



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA  
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
SECRETARÍA DE POSGRADO

*Los sistemas de salud hospital –  
céntricos: el caso de Sabaneta,  
Antioquia, Colombia.*

**Faver Andrés Álvarez Rúa**

Tesis para optar por el grado de Magíster en políticas de desarrollo

Director Arnaldo Medina, UNLP

Ensenada, 13 de julio de 2022

[Escriba texto]

## Contenido

Introducción.....	3
Presentación, tema de interés, área de interés y problema .....	6
Justificación.....	9
Hipótesis.....	12
Objetivos .....	12
General .....	12
Específicos.....	12
Metodología.....	12
Estado de la cuestión y Marco Teórico .....	13
Capítulo 1. Las reformas de la salud en América Latina. Estrategias y debates.....	18
El debate teórico sobre los sistemas de salud y el enfoque de la tesis.....	18
Los debates en Colombia.....	33
Capítulo 2. La situación de la salud en América latina y Colombia .....	40
El Contexto latinoamericano de la salud .....	40
La salud en Colombia.....	46
La economía.....	46
Los cambios en la orientación del modelo de salud .....	51
Los resultados y la satisfacción de los colombianos .....	63
Capítulo 3. La salud en Sabaneta .....	71
Generalidades y Situación social .....	71
El sistema de salud en Sabaneta.....	74
El Hospital Venancio Díaz Díaz .....	83
Las posibilidades de la red.....	89
Evolución del COVID 19 en Colombia y en Sabaneta .....	92
Capítulo 4. Las percepciones de los sabaneteños sobre el sistema de salud.....	100
La percepción general .....	100
La percepción en pandemia .....	111
Conclusiones .....	117
Bibliografía.....	120
Anexos .....	132

## **Introducción**

Esta tesis se propone abordar el modo en que impacta la descentralización de la salud en el Municipio de Sabaneta desde 2015 y hasta 2021 –año en que se realizó el trabajo de campo– especialmente en lo que hace a la introducción de las recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS): modelo basado en la atención primaria de la salud (APS) y redes, lejos del esquema hospital-céntrico, con estructuras modernas y equipos interdisciplinarios guiados por el enfoque de atención basada en los pacientes y el respeto de sus derechos. El año mencionado ya está vigente la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) como nexos entre el sistema de salud y la seguridad social, enmarcándose en cuatro estrategias que buscan una APS con enfoque familiar y comunitario, el cuidado, la gestión integral de riesgos, y enfoques diferenciales en poblaciones y territorios.

Para ello se buscó por un lado entender el rol de la Secretaría de Salud municipal y sus posibilidades a partir de su estructura y su presupuesto, así como a las definiciones de los planes. Por otro lado, se estudió la tarea del Hospital público dependiente de dicha secretaría, Hospital Venancio Díaz Díaz a la luz de las recomendaciones de la OPS y que a su vez son condicionantes para analizar la tarea de ambos organismos en la pandemia. En tercer lugar, se abordó el modo en que se encaró la actividad de prevención, tratamiento y apoyo a las familias durante la pandemia. Finalmente se buscó estudiar el grado de satisfacción de los pacientes a partir del análisis de sus percepciones.

La cuestión de la salud en América latina es de suma importancia lo mismo en Colombia. Si bien en la posguerra se habían constituido sistemas públicos que intentaron niveles elevados de inclusión, a partir de los años 70s en algún caso y especialmente desde los 90s, ha habido reformas basadas en la desregulación y la descentralización que no tuvieron el efecto deseado ni en términos de eficiencia, ni de inclusión o calidad (Medina y Narodowski, 2019)

En esos años 90s según la misma fuente se daba un fenómeno mundial en el cual las reformas eran mucho más equilibradas en lo que hace a la convivencia de lo público y lo privado y en cuanto al surgimiento de distintas formas de gestión. Uno de los ejes de estas reformas, observadas en la práctica de los países centrales y en los documentos oficiales de OMS y OPS es el consenso en relación a apartarse del modelo hospital - céntrico e ir hacia otro basado en la atención primaria y las redes para garantizar una universalidad real y una equidad en cuanto a la

calidad de la salud brindada los distintos segmentos de la población y las distintas regiones.

Recién en los años 2000 en nuestro continente y en nuestro país se intentaron corregir las anomalías de la década anterior, pero en un contexto socialmente difícil, con problemas fiscales graves y niveles de gasto en salud bajos; con propuestas innovadoras pero que se asientan en municipios e instituciones de la salud que se han formado en los preceptos de la competencia de la reforma de los 90 por lo cual se hace muy difícil emprender algunos cambios. En Colombia esto se ha reflejado primero en la gran reforma de 1993 y luego a partir de la crisis de los años sucesivos se han desarrollado algunos intentos de corrección, especialmente para igualar los derechos de las personas afiliadas al régimen contributivo y no contributivo y también para intentar una mayor coordinación de las políticas, sin embargo, los logros han sido limitados y la población tiene una sensación de estar escasamente protegida. Subsiste todo un andamiaje institucional que ha sido cuestionado (Jiménez Barbosa, 2009)

Por otro lado, este autor dice que la descentralización depositó en los municipios la responsabilidad de fijar las políticas y de garantizar la protección de los sectores vulnerables así como de desarrollar las tareas de prevención, promoción y de atención primaria mediante la ejecución de programas específicos, pero con un nivel de transferencia de fondos y capacidad recaudatoria escasos, y a partir de instituciones locales que en la mayoría de los casos no pudieron hacer frente a estas responsabilidades por tener una historia de muchas limitaciones y por falta de capacidades.

Incluso esta descentralización se llevó a cabo en paralelo con la de la educación, pero en este caso con más fondos y sobre la base de otro tipo de instituciones y los resultados han sido superiores. Lo descrito le cabe perfectamente a Sabaneta que, como veremos, es un municipio de un nivel socioeconómico superior al promedio de Colombia, que ha logrado un proceso de planificación y de modernización interesante en algunas áreas pero que las autoridades no lograron penetrar en la cuestión de la salud a pesar de haber llevado adelante algunas acciones positivas en ese sentido (Quintero Londoño, 2021). Esto hizo que el hospital siga teniendo un rol central incluso supuestamente en las actividades de prevención y promoción lo que hace muy difícil aplicar las innovaciones propuestas.

En cuanto a la estrategia metodológica, para responder a los primeros tres objetivos específicos se utilizó la herramienta análisis documental sobre una muestra de fuentes secundarias definidas

con el criterio no probabilístico estratégico o por conveniencia (Cea D'Ancona, 1996). De este modo, se seleccionaron los documentos oficiales y estudios de autores académicos latinoamericanos y de nuestro país. Para responder al cuarto objetivo específico sobre la satisfacción de los pacientes, se realizaron entrevistas que se desarrollaron de un modo abierto. El criterio de muestreo seguido para esta selección fue el mismo que se utilizó para las fuentes secundarias (no probabilístico estratégico o por conveniencia). Se ha entrevistado a 10 pacientes usuarios del hospital y otros 10 que fueron diagnosticados por COVID, todos habitantes del barrio de Calle Larga. También se han entrevistado 9 informantes claves, personal del hospital y de la Secretaría de Salud. La selección se realizó intentando que las personas habiten un barrio y se eligió el mencionado por el conocimiento del mismo. Al mismo tiempo se incluyeron pacientes que atravesaron el COVID. En cuanto a los informantes claves se buscaron perfiles que incluyan las diversas profesiones del sistema de salud.

La tesis se ha organizado de la siguiente manera:

En el capítulo 1 se desarrollan los elementos centrales del debate teórico tanto a nivel latinoamericano –de lo que se desprende nuestro enfoque- como de Colombia.

En el capítulo 2 se muestra el estado de la salud en América latina. Luego para entrar en Colombia se aborda primero su economía, la situación social y finalmente la reforma de la salud en a partir de los cambios en la orientación del modelo desde la Constitución del 91 y los resultados generados. El capítulo 4 se enfoca en el municipio de Sabaneta, el contexto, su situación social para luego entrar en su sistema de salud, el cual gira alrededor de su hospital, tema central de la tesis; en el capítulo 5 se muestra la percepción que tienen los sabaneteños sobre el sistema de salud del municipio y específicamente lo sucedido en pandemia. Luego se presentan las conclusiones.

Agradecer siempre será un momento esperado y placentero, serán pocas las palabras para tantos beneficios y ayudas recibidas; primero gracias a Dios, en memoria de mi padre, en presencia de mi madre y a la familia, a Cata mi compañera para la vida, gracias a Cesar, Yuli Paola, Norma, Iván Alonso, Carlos, Maritza por las experiencias vividas, a los docentes y a la Universidad de la Plata por los aportes en este proceso, al municipio de Sabaneta y CEDALC por el apoyo para cumplir este sueño y muy especialmente mi gratitud con el Doctor Patricio Narodowski, por su capacidad, liderazgo y calidad humana.

## **Presentación, tema de interés, área de interés y problema**

El contexto general de América latina en cuanto a la salud es delicado. OPS/OMS (2018b) plantea que el 30% de la población del subcontinente sufre barreras en el acceso por limitaciones financieras y otro 21% por cuestiones geográficas. Un porcentaje similar por cuestiones étnicas o culturales.

Si abordamos la capacidad de los servicios, observamos que el promedio latinoamericano para el 2017 en médicos y personal de enfermería, alcanza 3 de los primeros y 3 del segundo también cada 1.000 habitantes, lejos de la OCDE que cuenta con 3,5 médicos y 9 enfermeras. Colombia se encuentra en una situación bastante débil ya que si bien en cantidad de médicos se ubica cerca del promedio de la región con 2,1 cada 1.000 habitantes, el número de enfermeras se reduce. Países como Uruguay o Argentina, cuentan con 5 y 4 médicos por 1.000 habitantes. También Colombia se encuentra lejos de Cuba (extremo superior latinoamericano) que posee 7,56 enfermeras y 8,42 médicos cada 1.000 habitantes. Para tener un panorama completo a nivel mundial, según OPS/OMS (2018) Estados Unidos y Reino Unido tienen casi 13 médicos y enfermeras/os cada 1.000 habitantes. Los países con menor cantidad de personal son Guyana y Haití que poseen 0,7 médicos y 0,3 enfermero/as, el África Subsahariana presenta 1,1 médicos.

En relación a esperanza de vida al nacer, supervivencia hasta los 65 años y tasa de mortalidad en menores de 5 años países como Bolivia, Guyana, Trinidad y Tobago, y Haití, están por debajo del promedio latinoamericano con indicadores muy deteriorados.

Colombia cercano y por debajo de promedio presenta una tasa de mortalidad en menores de 5 años (cada 1.000 nacidos vivos) de 14,7, lejos de países como Cuba, Chile o Argentina, cuyas tasas se ubican en 5,4, 7,4 y 10,4 respectivamente. Luego en la esperanza de vida al nacer, con sesgos marcados entre mujeres y hombres en todos los países latinoamericanos, alcanza los 78,2 y 71 años en Colombia para mujeres y hombres respectivamente, apenas por encima del promedio regional que se ubica en 77,4 y 71,6. Nuevamente, Bolivia y Haití (entre otros) presentan los peores datos al evidenciar una esperanza de 72,1 y 67 y, 65,8 y 61,4 respectivamente para mujeres y hombres, lejos de países mejor ubicados como Chile (83,1 y

77,4), Cuba (81,9 y 78), Argentina (80,4 y 73) o Brasil (79,3 y 72,1). La supervivencia de las mujeres colombianas hasta los 65 años, nuevamente para el 2017, alcanza un 85% (por encima del promedio regional cuyo valor es de 83,2%) y en los hombres un 73,3%, en este último caso apenas por debajo de Latinoamérica (73,8%). La situación de este país está distante de Chile (89% para mujeres y 83,5 para hombres), Argentina (87,8 y 76,8), Cuba (88,7 y 83,8) o Costa Rica (90,1 y 83,6). En el extremo inferior nuevamente aparecen Haití y Bolivia con tasas cercanas al 74% y 67% en mujeres y, 66% y 59% en hombres, respectivamente (OCDE/Banco Mundial, 2020)

Pero un tema central es el organizativo, OPS (2008a) muestra que luego de las reformas basadas en la descentralización, los sistemas de salud en América latina, debido a la fragmentación tienen diferentes formas de organización en cuanto a sectores participantes (público, seguridad social, sector privado) y niveles de atención. El documento planteaba que el sistema público predominaba en el nivel primario de atención y en lugares rurales, aislados y con población de menores recursos y mayor vulnerabilidad social, con un bajo presupuesto y generando asimetrías en cuanto al riesgo afrontado por el sistema público en relación al privado. Por otro lado, para el mismo documento, si bien se ha puesto énfasis en la atención primaria, hay una tendencia al predominio del modelo curativo y de especialidad, centrado en los hospitales y en los cuidados individuales. OPS (2010) pone énfasis en que en América latina subsiste un modelo de atención centrado en la enfermedad, generalmente en episodios agudos y con eje en la atención hospitalaria. Y esto sucede contra todas las recomendaciones. Este es el tema central de esta tesis.

En Colombia el proceso ha sido similar y también las consecuencias, respecto al modelo, las reformas de los 90s abrieron la seguridad social a la libre competencia y orientaron el financiamiento ya no a la oferta sino a la demanda. Además, en cuanto a los establecimientos de salud, se evidencia un fuerte impulso al crecimiento de las entidades privadas (Guerrero, Prada y Chernichovsky, 2014). Al mismo tiempo se produjo una fuerte descentralización lo que agregó a todas las asimetrías generadas, las diferencias regionales.

Desde 2011 se intentó establecer un modelo basado en redes y APS pero que se choca con que el sistema sigue siendo hospital-céntrico y los hospitales se ven entre sí como rivales dentro del

mercado, estimulando más la fragmentación (OPS/OMS, 2011a). Para Bernal y Barbosa (2015) el enfoque de redes propuesto puede colaborar en la reducción de este fenómeno, sin embargo, hace falta determinar los roles que hacen a la articulación entre redes, regiones sanitarias y entidades territoriales, además de definir estándares de calidad y un enfoque de atención preventivo o curativo.

En la misma dirección Zuluaga (2021) plantea que en muchos hospitales, especialmente ubicados en zonas rurales no poseen las condiciones mínimas laborales exigidas a nivel nacional, hay fuerte presencia de profesionales contratados por periodos cortos (uno a tres meses), otros trabajando por orden de prestación; o finalmente algunos vinculados con terceros sin la debida cobertura de la seguridad social. La autora atribuye el problema a la ley 100, es decir, la transformación de los hospitales en ESE y su ingreso en un sistema de competencia en desigualdad de condiciones, perjudicando finalmente su autofinanciamiento debido a que reciben mayormente pacientes pertenecientes al régimen subsidiado o sin cobertura y teniendo que ponerse a vender servicios para poder contratar lo que necesitan. Para Guerrero, Prada y Chernichovsky (2014) el sector público sigue ocupándose de las actividades menos rentables y de los sectores vulnerables.

Glassman, Escobar, Giuffrida y Giedion (2010) la administración de los recursos por parte de los hospitales no es buena, porque reciben fondos de las alcaldías para la atención de los no afiliados para afrontar fuertes problemáticas, en cuanto a la contratación del personal los hospitales públicos tienen que afrontar una serie de rigideces de la legislación pública.

Adicionalmente se sobreestimó la capacidad que tenían los hospitales privados y EPS en territorios pequeños, ya que el mercado mismo hace funcionar a los servicios privados allí donde el ingreso es más elevado (donde la ganancia es más elevada), fomentando las disparidades regionales entre pequeñas y grandes ciudades, y entre personas de distintos ingresos. El fuerte proceso de descentralización provocó que los gobiernos departamentales y municipales tengan una mayor cantidad de recursos que administrar, y sin embargo la gran mayoría de ellos no contaba con las capacidades necesarias para poder administrarlos Y, por otro lado, el modelo es muy desigual regionalmente y especialmente allí donde hay mayoría de población rural que es donde los municipios tienen menores capacidades (Guzmán Finol, 2014).



Herrera Llamas, García Alarcón y Herrera Aguilar (2016) dicen que los niveles de cobertura nunca estuvieron más elevados, sin embargo, a partir de la encuesta Gallup aproximadamente el 80% manifiesta desaprobarción frente a la política en salud y, empeoramiento en la calidad y cobertura. Indicadores como esperanza de vida al nacer y mortalidad infantil reflejan este deterioro.

### **Justificación**

El municipio de Sabaneta fue fundado en el año 1903 y comenzó a contar con sus propias autoridades a partir del año 1968. Al año 2018 cuenta con 82.375 habitantes de los cuales un 85,4% vive en la cabecera (70.401 habitantes) (Departamento Administrativo de Planeación, 2018).

El PBI del municipio alcanza los \$ 2.693,32 millones de pesos (contra \$ 133.094 del departamento y 86.835 del Valle de Aburrá), explicado en un 32% por la industria manufacturera, un 15% por comercio y transporte, 9% derechos e impuestos, y algo similar en administración pública y defensa, entre otras actividades.

Según Municipio de Sabaneta (2016) la densidad poblacional de Sabaneta es de 3.457 habitantes por Km<sup>2</sup>. Según esta fuente la población con necesidades básicas insatisfechas es inferior al del país y de Antioquia, alcanzando un 4,84%, y la que se encuentra en situación de miseria un 0,52% (cabe destacar que las tasas de cobertura en educación y alfabetismo son elevadas). Del mismo modo, para Departamento Nacional de Planeación (2018) en el año 2017 un 6,36% de la población vive en condiciones de pobreza y un 1,36% en situación de indigencia, con un fuerte sesgo en contra de la población rural ya que particularmente allí los mismos niveles se elevan a 11,11% y 2,34% respectivamente.

En la mayoría de las variables de la salud analizadas observamos que Sabaneta encuentra mejores indicadores con respecto al Departamento, para el año 2015 y 2016. Nos referimos a las coberturas administrativas de vacunación con DPT 3, polio 3 dosis, los nacidos vivos que tuvieron cuatro o más consultas prenatales, la cobertura de parto institucional, hasta el porcentaje de partos atendidos por personal calificado. Caso contrario, la vacunación con triple

viral y BCG para nacidos vivos presentan un cuadro de situación en peores condiciones que el departamento, y específicamente en la última donde la cobertura apenas alcanza el 13.32% cuando en el departamento es de 95,92%.

En lo que hace a la cobertura de afiliados, ésta tomada de fuentes nacionales alcanza el 98,55% en 2016, por encima del Departamento y del país. Para el análisis de su composición tomaremos los datos directamente de la base del municipio, que probablemente considera un nivel de población superior – de casi 90 mil habitantes, que igual puede estar subestimada y un porcentaje de cobertura inferior (88%).

El municipio cuenta con un IPS público, el Hospital Venancio Díaz donde además radica la atención primaria (por eso el interés de esta investigación) , y 8 privados, alcanzando 1,05 camas cada 1000 habitantes, encontrándose ausentes camas de cuidados intermedios e intensivos. También, el número de ambulancias cada 1000 habitantes es de 0,079, y específicamente las básicas o medicalizadas son de 0,039 cada 1000. Según Municipio de Sabaneta (2016) cuenta con 25 IPS y 64 profesionales independientes.

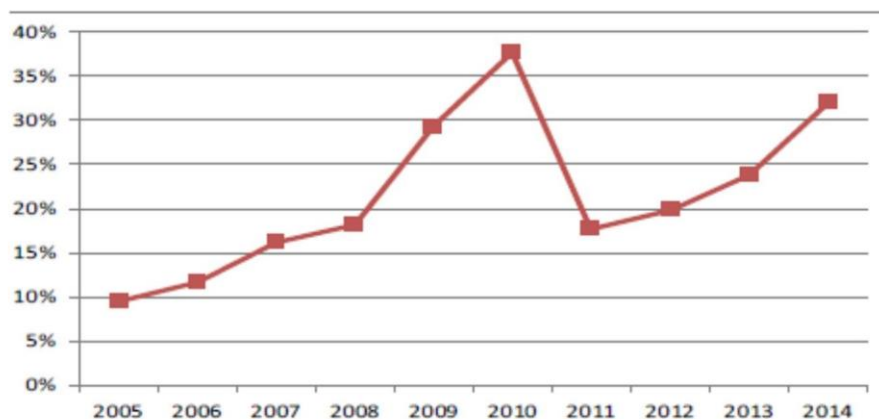
Para atender a personas pertenecientes al régimen subsidiado, el municipio tiene convenio con Savia Salud, conformada por una alianza entre la Alcaldía de Medellín, la Gobernación de Antioquia y la empresa Comfama que se encarga de operarla. Su trabajo se focaliza en los afiliados al régimen subsidiado, labor que comparte con distintos hospitales públicos y secretarías de salud, lo que le permite alcanzar una buena posición entre todos los actores participantes (Galeano Sarmiento y Posadas Jiménez, 2015).

El Hospital Venancio Díaz contaba con 45 camas de medicina interna (39, adultos; 2, pediátricas; y 4, obstetricia), 16 camillas de observación, 10 consultorios externos, un quirófano, una mesa de parto, tres unidades de odontología, tres unidades de odontología y una ambulancia. Se trata de un hospital de primer y segundo nivel en la medida de que se hacen procedimientos quirúrgicos y otras especialidades, incluso laboratorio (Municipio de Sabaneta, 2016).

La institución ha sufrido un deterioro notable en sus finanzas: si analizamos el índice de

endeudamiento vamos a ver que 2010 y 2014 son los años en que más elevado fue el porcentaje de deuda, alcanzando un 37% y 33% respectivamente.

Gráfico 33. Comportamiento del índice de endeudamiento. ESE Sabaneta. 2005-2014



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Información Hospitalaria y Minsalud.

Fuente: Centro de Investigaciones y Prospectiva (2015)

Dada la iliquidez y el alto endeudamiento se habla de crisis financiera, lo que repercute en los servicios, especialmente por la falta de capital de trabajo y la situación general.

En cuanto a la atención Alcaldía de Sabaneta (2016) en el Plan de Desarrollo Municipal 2016-2019 “Sabaneta de Todos” plantea que en este esquema basado en el hospital existe un defectuoso servicio de salud producto de la ineficiencia en el modelo de atención aplicado debido a barreras en los servicios del sistema, poca articulación entre sectores, falta de capacitación en cuanto al funcionamiento y afiliación del SGSSS, así como también en lo referido al alcance establecido por la estrategia APS y en las RISS, y por ultimo una mala utilización de los recursos que provoca un servicio precario. Todo lo anterior redundo en servicios poco oportunos, trato muy deshumanizado para los pacientes, sobrecostos, tasas de morbilidad y mortalidad elevadas en alza, recursos mal aprovechados, y baja cobertura de los distintos programas vigentes.

## **Hipótesis**

La reforma basada en la descentralización de Colombia no resolvió, ni un en un Municipio de un nivel de vida relativamente bueno como Sabaneta, los problemas de la calidad de la salud de los sectores vulnerables, ni permitió ir a un modelo moderno, basado en APS y redes, con equipos interdisciplinarios focalizados en los pacientes. Esto ha repercutido negativamente en las posibilidades para afrontar la Pandemia del Covid -19.

## **Objetivos General**

Estudiar el modo en que impacta la descentralización en el Municipio de Sabaneta, especialmente en lo que hace a la introducción de las recomendaciones de la OPS: modelo basado en APS y redes, lejos del esquema hospital-céntrico, con estructuras modernas y equipos interdisciplinarios guiados por el enfoque de atención basada en los pacientes y el respeto de sus derechos.

## **Específicos**

- Entender el rol de la Secretaría de Salud municipal y el uso de su autonomía así como el enfoque de salud aplicado y su impacto en el territorio, especialmente en lo que hace a la APS desde 2015.
- Analizar la tarea del Hospital a la luz de las recomendaciones de la OPS y el grado de satisfacción de los pacientes.
- Abordar el modo en que se encaró la actividad de prevención, tratamiento y apoyo a las familias en el primer año de la pandemia, el año 2020.

## **Metodología**

Se trabaja con documentos oficiales, otro tipo de información secundaria y documentos sectoriales de organismos internacionales, latinoamericanos y colombianos. Se realizó un trabajo de campo que incluyó 10 entrevistas abiertas, individuales, programadas, presenciales a informantes claves, actores del sector salud municipal y 20 pacientes del hospital, la mitad que hayan sido atendidos Covid. Se adjunta el formulario de preguntas.

## **Estado de la cuestión y Marco Teórico**

Desde la década de 1990 se han producido diversas reformas en los diversos países de América Latina. Y si bien los puntos de partida han sido diversos, aspecto que escapa a estatisis, tienen una tendencia común que parece estar lejos de los enfoques extremos. Ese cierto consenso será abordado en esta tesis con el pensamiento de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Para diferenciar aspectos diversos de las reformas se analizan los que hacen a los objetivos generales del sistema, el contexto en que se desarrollan, los aspectos que hacen al financiamiento y los que hacen al diseño y gestión del sistema, se ha tomado al pensamiento de esta institución como enfoque, por ser generalmente aceptado.

En cuanto al aspecto central del proyecto de investigación OMS (2008b) sostiene que los hospitales adquirieron una función central a partir de la incorporación de tecnología y alrededor de los especialistas, pero eso provocó una focalización extrema en ambos, lo que genera un tipo particular de atención, cara, ineficaz y muchas veces negativa para los pacientes porque pone en un segundo plano la dimensión humana y social de la salud. Hoy, incluso en los países de ingresos medios y bajos, las estrategias de la oferta y pero también la presión de la demanda hacia más tecnología y más atención especializada profundizan el problema.

Pero al mismo tiempo los hospitales gozan de prestigio y sus profesionales han contado históricamente con el aval de las instituciones vinculadas a la profesión médica como universidades, colegios profesionales, sociedades científicas. Este perfil a su vez influencia su estructura interna y la identidad del equipo profesional, que suele identificarse más con su profesión que con la institución misma (OPS/OMS, 2018a).

OMC (2017) decía que la institución hospitalaria con el tiempo se había ido transformando en un ámbito que refuerza el prestigio profesional dejando en un segundo lugar al sujeto como centro de la práctica clínica, y generando un impersonalismo incapaz de comprender las distintas subjetividades.

Para enfrentar esta cuestión, según OPS/OMS (2018a) en los países de la OCDE desde hace cuarenta años se vienen tomando medidas micro como educir las camas disponibles de los

hospitales, impulsar el hospital de día y la internación domiciliaria, aunque esto con fines financieros.

En este contexto, la atención primaria es crucial, incluso que en este nivel es fundamental la salud pública, de modo de poder promover políticas públicas saludables (OPS, 2008a y 2010). De aquí que las características más importantes de la atención primaria en red sean la centralidad en la persona, la integralidad, continuidad, y un punto de acceso sistemático (OPS, 2008b). El ya citado Schiavone (2003) define a la APS como una serie de acciones enfocadas en problemas salud- enfermedad de una población determinada; asistencia respaldada por un sistema de derivación de casos; mecanismos mediante el cual puede alcanzarse universalidad en la cobertura junto con participación comunitaria e intersectorial; y por último una filosofía sostenida en la igualdad social, autorresponsabilidad y desarrollo comunitario.

Dado que el sistema empieza a tener que ocuparse de los pacientes crónicos, la APS incluye mecanismos que fomentan el autocuidado y el uso de distintos recursos personales, familiares e intersectoriales. Al mismo tiempo, la APS y otros actores del territorio deben lograr, con la utilización de distintos mecanismos, desincentivar las consultas en urgencia hospitalaria (OPS/OMS, 2018a).

Este documento aborda el rol de los hospitales en el marco de las reformas basadas en APS y redes. Se dice que éstos adquieren un rol complementario como instituciones especializadas que apoyan al primer nivel de atención brindando servicios de salud preventivos y curativos, con alta capacidad de resolución, sin perder importancia, pero re direccionados. De este modo incluso se pone en debate la idea de que hay una mayor complejidad en el tercer nivel de atención ya que, pese a que el hospital tiene una mayor complejidad biomédica, la APS debe responder a toda la complejidad psicosocial, lo que exige otras competencias. OPS (2010) es clara cuando dice que es preferible que la atención primaria sea brindada en entornos extra hospitalarios como esquemas de cirugías ambulatorias, desarrollo de cuidados del hogar y centros ambulatorios. OMS (2016) recomienda reorientar el modelo asistencial a partir del seguimiento de la salud, atención primaria vinculada al ambiente familiar y comunitario con equipos multidisciplinarios y el reordenamiento de los hospitales secundarios y terciarios a los casos agudos y complejos, más cirugía ambulatoria, hospitales de día, atención escalonada,

historiales médicos electrónicos como articuladores entre profesionales y la utilización de telemedicina.

Schiavone (2003) plantea que el hospital tendrá un rol sumamente importante en la ejecución. Si clasificamos la APS como un nivel de asistencia, el hospital adquiere importancia en la atención de casos derivados. A partir de allí las funciones que debe cumplir el hospital son referencia y contra referencia, coordinación de los programas desalud, capacitación y formación del recurso humano, y participación comunitaria.

Especialmente bajo la lógica de las redes, que ahora abordaremos, el hospital debe impulsar integralmente una identidad, misión y visión diversas (OPS/OMS, 2011a). OPS/OMS (2018a) enfatizan el hecho de que la estructura del hospital tiene que cambiar, sobrepasando la idea tradicional que otorga determinados servicios o especialidades al hospital cuando podrían lograrse de una manera más eficaz en otros actores del territorio.

Debe cambiar esa mentalidad que los hace percibirse como centrales, administradores y profesionales deben ser flexibles, adaptativos y participativos, en el marco de modelos interdisciplinarios que fomenten una visión colaborativa, plural y de espacio terapéutico compartido con buena fortaleza técnica y acuerdos con fuertes componentes clínicos, también una mayor articulación entre la parte clínica y administrativa del hospital, con acuerdos de gestión, fomentando la planificación estratégica en función de las necesidades comunitarias y no de aquellas provenientes de equipos médicos especializados.

Y en paralelo en el mismo documento se plantean cambios en la forma de asignación de recursos ya que se abandona el pago retrospectivo, es decir basado en un presupuesto de referencia histórico sin ninguna vinculación con el nivel de actividad y se vaya a modelos en que las partes involucradas definen metas cuanti y cualitativas, mecanismos de control e incentivos sobre el cumplimiento de objetivos. Se propone un modelo prospectivo de capitas en el cual, el hospital y el financiador firman un contrato por un monto global en virtud de un conjunto de prestaciones ofrecidas, independientemente de los servicios efectivamente brindados. OPS/OMS (2011a) dice que la bibliografía y experiencia disponible determina como mejor al sistema de pago capitado, aunque que puede no ser así cuando aparecen comportamientos perversos producto de un mercado no regulado y da el caso colombiano.

Seguendo estas fuentes surge que este mecanismo de pago implica una transferencia de riesgos hacia el prestador, que puede mejorar los niveles de eficiencia, pero puede generar grandes déficits, como sucede en Colombia, ya que el hospital pierde la capacidad de controlar los gastos y ya tiene asignado un ingreso. La otra opción es el pago por prestación DGR.

Pero cuando el sistema de salud se articula alrededor de la atención primaria y se concibe al hospital como una institución especializada que apoya al primer nivel de atención, a su vez surgen diversos actores capaces de intervenir coordinadamente, generando el pluralismo en la atención. La necesaria coordinación lo convierte en un modelo de redes en la medida de que se combina la distribución de más recursos hacia servicios diversificados junto con una nueva gama de servicios especializados, siempre y cuando la atención primaria logre aprovechar ese potencial como vector para garantizar la salud en las comunidades (OPS/OMS, 2018a).

OMC (2017) hace una síntesis de cómo, a partir del giro que estaba tomando la vida hospitalaria surge la necesidad de volver a una dimensión social. En ese sentido menciona diversos hitos en los EEUU y en Europa especialmente desde los años 70, documentos que cuestionan el enfoque de la enfermedad como abstracto y entienden que existen personas que se enferman, resalta la primer Declaración de Derechos del Paciente -que reconoce el derecho a conocer su situación clínica y a elegir entre las distintas opciones posibles, con autonomía y libertad- y ya en los 90s la publicación de los principios de Ética Biomédica en la que hay ya menos lugar moral a la diferencia de conocimientos técnicos propia del vínculo entre el médico y el paciente.

Este análisis plantea que al profesional le cabe la responsabilidad de brindar toda la información clínica disponible para que el paciente tome la decisión que considere correcta sobre su enfermedad, siempre llegando a un acuerdo con el profesional. Y diferencia el vínculo paternalista –cuando el medico toma las decisiones-, interpretativo -cuando el profesional acompaña- o deliberativo – cuando hay un verdadero dialogo entre ambos para lograr una toma de decisiones compartidas-. En este marco se crea una relación de confianza y empatía, afectividad, trasmisora de seguridad y fundamentalmente dignidad y con la calidad suficiente en cuanto al diagnóstico, prevención y tratamiento.



Respecto al personal y al equipo, según OPS/OMS (2013) la idea de intersectorialidad e interdisciplinariedad van de la mano y son una parte fundamental del enfoque de equidad, justicia social y desarrollo sostenible. Significa tener habilidades particulares, responsabilidad social y profesional, y especialmente referido a la prevención, la comprensión de que los problemas vinculados a la salud son de naturaleza socio-ecológica, esto lleva a poner en el centro el dialogo con otras disciplinas, con profesionales de diferente formación y con los saberes de la comunidad, empatizando con las distintas culturas, para lo cual también es importante contar con principios de solidaridad, igualdad y respeto a la dignidad y así conformar grupos con distintas perspectivas. En ese sentido, se requiere la capacidad para utilizar herramientas de participación social con un enfoque de trabajo intersectorial, pensar estrategias de comunicación, estar ellos mismos en espacios sociales.

## **Capítulo 1. Las reformas de la salud en América Latina. Estrategias y debates**

### El debate teórico sobre los sistemas de salud y el enfoque de la tesis

En este capítulo se plantea el debate teórico sobre los sistemas de salud para llegar a un enfoque teórico que nos permita abordar el caso colombiano como contexto para encarar la situación de Sabaneta. Se lo hace a partir de la idea de que dicho debate refleja uno más general que es el de los modelos de desarrollo y el rol del Estado, lo que quedará claro en el estudio de las políticas aplicadas en Colombia.

A fin de encarar este capítulo se debe decir que desde la década de 1990 se han producido diversas reformas en los diversos países de América Latina tratando de resolver problemas que se abordan en el capítulo 2. Si bien los puntos de partida han sido diferentes, aspecto que escapa a esta tesis, tienen una tendencia común que parece estar lejos de los enfoques extremos (Medina y Narodowski, 2019). Ese cierto consenso será abordado en esta tesis con el pensamiento de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Para diferenciar aspectos diversos de las reformas se analizan los que hacen a los objetivos generales del sistema, al contexto en que se desarrollan, los relativos al financiamiento y los que hacen al diseño y gestión del sistema, esta tesis se enfoca en este último aspecto.

En cuanto al primer punto, hay gran coincidencia en que los sistemas deben apuntar a lograr una salud universal, más inclusiva y equitativa. Según OPS (2021a) por cobertura universal se entiende que todas las personas y comunidades tengan garantizado el acceso de igual calidad a los servicios de salud (incluyendo prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación), sin dificultades financieras.

Para OPS (2010) esto sucede en una época caracterizada por la caída en las tasas de fertilidad, el aumento de la expectativa de vida y el envejecimiento de la población, pero en nuestro subcontinente junto a la subsistencia de la pobreza. El aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas coexiste con los antiguos problemas (por ejemplo, enfermedades contagiosas y la mal nutrición) y surgen nuevos desafíos como el VIH/SIDA en su momento y ahora la actual pandemia. Al mismo tiempo, se verifica una tendencia a una mayor demanda de

cuidado individual por parte del público, generándose un fuerte incremento de los costos de atención. El problema según la fuente se profundizó con la descentralización. En realidad, según este documento tan importante de la institución, durante los años ochenta y noventa, las reformas aplicadas giraron en torno a cambios financieros, de gestión, de flexibilización laboral, descentralización y fomento a la competencia, todo de manera estandarizada, no tuvieron en cuenta los contextos particulares de cada país ni los objetivos sanitarios en sí mismos, lo cual devino en una profundización del problema.

En cuanto al aspecto del financiamiento, OPS (2003) considera que la clave está en los sistemas de protección asumiendo que en América Latina el problema central es la segmentación, es decir, la coexistencia de subsistemas con distintos arreglos de financiamiento, membresía y prestaciones, especializados en diversos segmentos de la población, generalmente determinados por su nivel de ingresos o por su posición social, características raciales, de género, de lenguaje y de costumbres. Titelman, Cetrángolo y Acosta (2015) como OPS (2003) sostienen que por eso se dan distintos tipos de exigencia respecto a gastos de bolsillo, formas de la cobertura y finalmente: la calidad de la atención.

Esta segmentación es tanto social como regional y especialmente por las grandes diferencias entre las zonas urbanas y rurales, problemática que según los autores se ha profundizado con la descentralización<sup>1</sup>.

Por eso se trabaja la cuestión de la mancomunidad solidaria de fondos. Para OPS (2021a) es central que la salud se financie con aportes de carácter solidario en los que cada persona aporta según su capacidad y el Estado aporta por los que no pueden hacerlo. Y también considera muy perjudicial el uso abusivo de los gastos de bolsillo porque genera exclusión y también ineficiencia.

Del mismo modo Heredia, Laurell Asa, Feo, Noronha, González-Guzmán y Torres-Tovar (2014) dicen que a la universalidad se puede llegar con diversos tipos de seguros para diversas poblaciones o con un sistema de salud unificado, y eso hace a los resultados reales

---

<sup>1</sup> OPS (2010) también atribuye el problema a la descentralización porque dice que fragmenta los niveles de atención

del modelo. Para los autores el sistema único como sucede en diversos países del mundo, permite una mejor el trabajo intersectorial, etc.

Un tema central de la universalidad es definir la cobertura requerida garantizar y para quien, teniendo en cuenta las restricciones financieras, lo que significa definir el alcance de la atención – por ejemplo, un grupo amplio u otro priorizado de enfermedades- y si los beneficiarios son todos o una subpoblación específica. El trabajo mencionado dice que es mejor que esa priorización sea explícita, como sucede en buena parte de América Latina, incluyendo Colombia y que se garantice la equidad.

En síntesis, para OPS (2008) se debe avanzar en el alcance poblacional que tiene la cobertura, logrando que personas con complicaciones de acceso o sin cobertura social puedan utilizar los distintos servicios sin que recaiga sobre ellas el costo económico de los mismos, luego se suman la profundidad de la cobertura y el nivel de cobertura. En el caso de la primera, es sumamente necesario incrementar los servicios esenciales para mejorar el acceso a esos servicios donde la demanda poblacional es más elevada, con buenos niveles de eficiencia para poder cumplir con sus expectativas (por ejemplo, la fijación de un paquete básico). Seguido a eso, mejorar los niveles de cobertura implica aumentar la cantidad de gastos que se erogan mediante mecanismos de aseguramiento o mancomunación, reduciendo de esa manera los pagos adicionales que deben realizarse a la hora de acceder a los distintos servicios.

Respecto al contexto, se trata de la necesidad de asumir la importancia de los llamados condicionantes de la salud. Según OPS (2008) los motivos que provocan inequidades provienen de determinantes sociales que son ajenos al sistema de salud. Por ello más allá de que el sistema de salud lleve adelante medidas desde adentro, es indispensable que se piensen políticas que abarquen a distintos sectores y actores. OPS (2021a) pide enfrentar también los problemas relativos a los recursos económicos, condición social, educación, hábitat, con un sistema que prioriza la tarea intersectorial.

Cecchini y Veras Soares (2014) dicen que, para enfrentar estas circunstancias, los países han encarado diferentes políticas de reducción de la pobreza y entre ellas han sobresalido los programas de transferencias monetarias condicionadas, los cuales han tenido un efecto positivo en cuanto al acceso a los servicios de salud por parte de grupos vulnerables e incluso en los

resultados de salud y nutrición. Pero no es suficiente, la tarea de integración de las actividades del Estado debería exceder las transferencias

En cuanto al rol de los actores, OP (2008a) muestra que los sistemas de salud en América latina, debido a la fragmentación tienen diferentes formas de organización en cuanto a sectores participantes (público, seguridad social, sector privado) y referido a los niveles de atención. El documento planteaba que el sistema público predominaba en el nivel primario de atención y en lugares rurales, aislados y con población de menores recursos y mayor vulnerabilidad social. Esto tiene un costado en términos de salud y financiero porque se perjudica la accesibilidad al sistema, aumenta la duplicación (de servicios e infraestructura), los costos e impide generar una respuesta acorde a las necesidades de las personas.

Por otro lado, para el mismo documento, si bien se ha puesto énfasis en la atención primaria, hay una tendencia al predominio del modelo curativo y de especialidad, centrado en los hospitales y en los cuidados individuales. OPS (2010) pone énfasis en que en América latina subsiste un modelo de atención centrado en la enfermedad, generalmente en episodios agudos y con eje en la atención hospitalaria.

Es que, como dice Schiavone (2003) en el marco de una publicación de OPS, desde finales del siglo XIX los hospitales brindaban servicios a la población enferma, enfocándose en la reparación del daño y en la utilización de tecnologías. También OMS (2008b) sostiene que los hospitales adquirieron una función central a partir de la incorporación de tecnología y alrededor de los especialistas, pero eso provocó una focalización extrema en ambos, lo que genera un tipo particular de atención, cara, ineficaz y muchas veces negativa para los pacientes porque pone en un segundo plano la dimensión humana y social de la salud. Hoy, incluso en los países de ingresos medios y bajos, las estrategias de la oferta y pero también la presión de la demanda hacia más tecnología y más atención especializada profundizan el problema.

Pero al mismo tiempo los hospitales gozan de prestigio y sus profesionales han contado históricamente con el aval de las instituciones vinculadas a la profesión médica como universidades, colegios profesionales, sociedades científicas. Este perfil a su vez influye en su estructura interna y la identidad del equipo profesional, que suele identificarse más con su profesión que con la institución misma (OPS/OMS, 2018a). De igual modo OMC (2017) decía que la institución hospitalaria con el tiempo se había ido transformando en un ámbito que refuerza el prestigio profesional dejando en un segundo lugar al sujeto como centro de la práctica clínica, y generando un impersonalismo incapaz de comprender las distintas subjetividades.

Para enfrentar esta cuestión, según OPS/OMS (2018a) en los países de la OCDE desde hace cuarenta años se vienen tomando medidas micro como reducir las camas disponibles de los hospitales, impulsar el hospital de día y la internación domiciliaria, aunque esto con fines financieros.

OPS (2010) es clara cuando dice que es preferible que la atención primaria sea brindada en entornos extra hospitalarios como esquemas de cirugías ambulatorias, desarrollo de cuidados del hogar y centros ambulatorios. OMS (2016) recomienda reorientar el modelo asistencial a partir del seguimiento de la salud, atención primaria vinculada al ambiente familiar y comunitario con equipos multidisciplinarios y el reordenamiento de los hospitales secundarios y terciarios a los casos agudos y complejos, más cirugía ambulatoria, hospitales de día, atención escalonada, historias médicas electrónicas como articuladores entre profesionales y la utilización de telemedicina.

En este contexto, la atención primaria es crucial, incluso que en este nivel es fundamental la salud pública, de modo de poder promover políticas públicas saludables, basadas en la centralidad en la persona, la integralidad, la continuidad, y un punto de acceso sistemático.

Al mismo tiempo, la APS y otros actores del territorio deben lograr, con la utilización de distintos mecanismos, desincentivar las consultas en urgencia hospitalaria (OPS/OMS, 2018a, OPS, 2008b y 2010). El ya citado Schiavone (2003) define a la APS como una serie

de acciones enfocadas en problemas salud- enfermedad de una población determinada; asistencia respaldada por un sistema de derivación de casos; con mecanismos para atraer al paciente, participación comunitaria e intersectorial; y por último una filosofía sostenida en la igualdad social, autorresponsabilidad y desarrollo comunitario. Dado que el sistema empieza a tener que ocuparse de los pacientes crónicos, la APS incluye mecanismos que fomentan el autocuidado y el uso de distintos recursos personales, familiares e intersectoriales.

Por el contrario, OPS/OMS, 2018a aborda el rol de los hospitales en el marco de las reformas basadas en APS y redes. Se dice que éstos adquieren un rol complementario como instituciones especializadas que apoyan al primer nivel de atención brindando servicios de salud preventivos y curativos, con alta capacidad de resolución, sin perder importancia, pero re direccionados. De este modo incluso se pone en debate la idea de que hay una mayor complejidad en el tercer nivel de atención ya que, pese a que el hospital tiene una mayor complejidad biomédica, la APS debe responder a toda la complejidad psicosocial, lo que exige otras competencias.

Schiavone (2003) plantea que el hospital tendrá un rol sumamente importante en la ejecución. El hospital adquiere importancia en la atención de casos derivados. A partir de allí las funciones que debe cumplir el hospital son referencia y contra referencia, coordinación de los programas de salud, capacitación y formación del recurso humano, y participación comunitaria.

Especialmente bajo la lógica de las redes, que ahora abordaremos, el hospital debe impulsar integralmente una identidad, misión y visión diversas (OPS/OMS, 2011a). OMS (2016) le presta especial atención a la necesidad de crear condiciones propicias para lograr que todos los actores se enmarquen dentro de un proyecto de transformación. Se trata de una tarea compleja ya que debe interferir sobre los ámbitos de dirección y administración, información, calidad, recursos humanos, marcos normativos y, de financiamiento e incentivos.

OPS/OMS (2018a) enfatizan el hecho de que la estructura del hospital tiene que cambiar, sobrepasando la idea tradicional que otorga determinados servicios o especialidades al hospital cuando podrían lograrse de una manera más eficaz en otros actores del territorio.

Debe cambiar esa mentalidad que los hace percibirse como centrales, administradores y profesionales deben ser flexibles, adaptativos y participativos, en el marco de modelos interdisciplinarios que fomenten una visión colaborativa, plural y de espacio terapéutico compartido con buena fortaleza técnica y acuerdos con fuertes componentes clínicos, también una mayor articulación entre la parte clínica y administrativa del hospital, con acuerdos de gestión, fomentando la planificación estratégica en función de las necesidades comunitarias y no de aquellas provenientes de equipos médicos especializados.

Y en paralelo en el mismo documento se plantean cambios en la forma de asignación de recursos ya que se abandona el pago retrospectivo, es decir basado en un presupuesto de referencia histórico sin ninguna vinculación con el nivel de actividad y se vaya a modelos en que las partes involucradas definen metas cuantitativas y cualitativas, mecanismos de control e incentivos sobre el cumplimiento de objetivos. Se propone un modelo prospectivo de *capitas* en el cual, el hospital y el financiador firman un contrato por un monto global en virtud de un conjunto de prestaciones ofrecidas, independientemente de los servicios efectivamente brindados. OPS/OMS (2011a) dice que la bibliografía y experiencia disponible determina como mejor al sistema de pago capitado, aunque que puede no ser así cuando aparecen comportamientos perversos producto de un mercado no regulado y da el caso colombiano.

Siguiendo estas fuentes surge que este mecanismo de pago implica una transferencia de riesgos hacia el prestador, que puede mejorar los niveles de eficiencia, pero puede generar grandes déficits, como sucede en Colombia, ya que el hospital pierde la capacidad de controlar los gastos y ya tiene asignado un ingreso. La otra opción es el pago por grupo de prestación (DGR por sus siglas en inglés).



Pero cuando el sistema de salud se articula alrededor de la atención primaria y se concibe al hospital como una institución especializada que apoya al primer nivel de atención, a su vez surgen diversos actores capaces de intervenir coordinadamente, generando el pluralismo en la atención. La necesaria coordinación lo convierte al sistema en un modelo de redes en la medida de que se combina la distribución de más recursos hacia servicios diversificados junto con una nueva gama de servicios especializados, siempre y cuando la atención primaria logre aprovechar ese potencial como vector para garantizar la salud en las comunidades (OPS/OMS, 2018a).

OPS (2010) planteó el concepto de Servicios integrales de salud como un continuo de servicios brindados a través de diferentes niveles y ubicaciones, de acuerdo a las necesidades presentadas por la población. La continuidad en tanto concepto es clave porque define a los servicios brindados como coherentes, conectados y asociados a las necesidades de las personas. La integración incluye los vínculos entre escalas y entre lo público y lo privado, de allí surge el concepto de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) definidas como el conjunto de organizaciones que brindan servicios de manera equitativa e integral a determinado grupo poblacional a fin de resolver todos por problemas que acabamos de ver.

Esto genera la exigencia de lograr acuerdos territoriales y extraterritoriales, normas que ordenan la estructura de la red, determinando los componentes, las funciones de cada componente, la forma de articularse. Por eso tienen que mejorarse los mecanismos de coordinación entre los distintos niveles de atención, privilegiando aquellos instrumentos de corte institucional, utilizando vías clínicas y no clínicas, especialmente si hablamos de sistemas que funcionan en la esfera pública (OPS, 2010).

OMS (2016) propone como instrumentos fundamentales para coordinar los servicios entre distintos sectores, la creación de circuitos asistenciales, los sistemas de derivación y contra derivación, la gestión de casos, etc. Del mismo modo, OPS/OMS (2018) dice que para lograr la coordinación asistencial, es central la referencia y contra referencia, porque esto permite que el proceso clínico se transforme en el eje de la gestión. También se menciona las iniciativas de conocimiento mutuo entre los distintos profesionales de la red, porque favorecen el

reconocimiento entre esos profesionales. Y adicionalmente, para lograr que la visión general del modelo se adapte a la red, deben generarse espacios de análisis sobre la situación, los acuerdos de salud complementarios que permitan la fijación de prioridades y estrategias conjuntas, etc. Para esto los distintos componentes deben tener competencias relacionales, capacidad de diagnósticos comunes y herramientas de acuerdo.

El concepto de investigación traslacional también exige que la red tenga tareas de investigación compartidas. Este enfoque traslacional según Salvador (s/f) pretende que la investigación básica tenga resultados reales y prácticos en favor de la salud, que debe existir una permanente interacción entre la investigación y la práctica para que los resultados de dichas investigaciones realmente tengan aplicación y brinden beneficios que se están buscando en los usuarios.

Para Terraza Núñez, Vargas Lorenzo, y Vázquez Navarrete, (2006) son centrales tanto el modo en que se diferencian las funciones y el diseño de las interdependencias, en un marco en que ya no alcanza con la definición de los procesos mediante guías y la presencia de planes. Por eso él también propone grupos de trabajo, profesionales de enlace, espacios de interacción con alto grado de unión de las experiencias. Si no se hacen grandes esfuerzos se sostiene que los problemas de coordinación entre niveles asistenciales, que se traducen en duplicación de diagnósticos, utilización de la urgencia, falta de seguimiento, listas de espera al especialista, etc. subsistirán inevitablemente.

Y esto es dinámico, OPS (2010) advierte acerca de que la red se desarrolla en virtud de las características y necesidades de una comunidad determinada y por ello, la misma en su desarrollo deberá modificarse constantemente a la par vayan cambiando las circunstancias de las personas, los recursos del sector y los avances tecnológicos que se den en materia de salud.

Pero un problema que debe ser tenido en cuenta es que las redes en un contexto de competencia pueden generar inequidad debido a la selección adversa, es decir que la red sirva para que ciertos segmentos de la demanda queden recluidos en cierto segmento de la oferta, si ésta no funciona bien la segmentación aumenta. OPS/OMS (2011) aclaraba los motivos planteando que el esquema de incentivos económicos y de competencia de las actuales estructuras de los sistemas, independientemente de si son privadas o públicas, hacen que los intentos de integración requieran de arreglos económicos. Por eso, como dice Ríos (2007) la implementación de la red en entornos competitivos es un proceso muy complejo y que requiere

de una fuerte regulación, como sucede en países desarrollados.

Respecto al personal y al equipo, según OPS/OMS (2013) la idea de intersectorialidad e interdisciplinariedad van de la mano y son una parte fundamental del enfoque de equidad, justicia social y desarrollo sostenible. Significa tener habilidades particulares, responsabilidad social y profesional, y especialmente referido a la prevención, la comprensión de que los problemas vinculados a la salud son de naturaleza socio-ecológica, esto lleva a poner en el centro el dialogo con otras disciplinas, con profesionales de diferente formación y con los saberes de la comunidad, empatizando con las distintas culturas, para lo cual también es importante contar con principios de solidaridad, igualdad y respeto a la dignidad y así conformar grupos con distintas perspectivas. En ese sentido, se requiere la capacidad para utilizar herramientas de participación social con un enfoque de trabajo intersectorial, pensar estrategias de comunicación, estar ellos mismos en espacios sociales

Una cuestión vinculada es el rol de la enfermería, en los últimos años se plantea el objetivo elevar su perfil, revalorizar su rol, maximizar su potencial. Para eso la OMS propone cambios en el modo de reclutamiento, exigencias de formación, estimular la cooperación interprofesional en los equipos de asistencia sanitaria. En ese sentido se retoma la figura de la enfermería de practica avanzada (EPA) ya implementado en Australia, Canadá, Estados Unidos, Hong Kong y Nueva Zelanda, para todos los niveles, pero especialmente en la atención primaria (OPS/OMS, 2018b).

Según la misma fuente, la EPA rompe con el rol tradicional en que el personal está supeditado a las órdenes de un médico en cada paso que da, y en que la atención se delega en auxiliares. Las tareas de la EPA abarcan el seguimiento de pacientes crónicos diagnosticados, servicios especializados para enfermedades crónicas complejas, gestión de la demanda de pacientes con enfermedades agudas leves. Es decir, esta figura gana mayor autonomía en las decisiones, en el marco de un equipo interdisciplinario y mediante el seguimiento de guías clínicas, aunque la normativa cambia de país en país e cuanto a diagnosticar y prescribir. Para afrontar este cambio, han sido centrales los posgrados.

Los resultados muestran que este nuevo rol da un mayor nivel de resolución especialmente en la

atención primaria, mejorando las distintas problemáticas, aumentando la accesibilidad de los servicios, logrando mayor adhesión al tratamiento y disminuyendo los costos.

En lo que hace a las relaciones humanas entre profesionales y pacientes, un tema clave de las propuestas es entender el proceso de la salud centrado en la persona y su entorno, por eso es indispensable que exista un vínculo fuerte y sostenido, con actitudes empáticas, de respeto y confianza, con decisiones compartidas entre la persona y el proveedor (OPS, 2010). Para OMS (2016) la cuestión de lograr modelos integrados, van de la mano de que éstos estén centrados en la persona. Dicho documento valora lo dictaminado por la Asamblea de la Salud del 2009 y la estrategia planeada, basada en dar responsabilidad y participación a los pacientes y sus comunidades a partir de estimular que las decisiones sean compartidas entre el paciente y su entorno con el profesional, mecanismos de autogestión que incluso permitan evaluar tratamientos, encuestas de satisfacción, agentes de salud comunitarios, mecanismos de participación.

OMC (2017) hace una síntesis de cómo, a partir del giro que estaba tomando la vida hospitalaria surge la necesidad de volver a una dimensión social. En ese sentido menciona diversos hitos en los EEUU y en Europa especialmente desde los años 70, documentos que cuestionan el enfoque de la enfermedad como abstracto y entienden que existen personas que se enferman, resalta la primer Declaración de Derechos del Paciente -que reconoce el derecho a conocer su situación clínica y a elegir entre las distintas opciones posibles, con autonomía y libertad- y ya en los 90s la publicación de los principios de Ética Biomédica en la que hay ya menos lugar moral a la diferencia de conocimientos técnicos propia del vínculo entre el médico y el paciente.

Este análisis plantea que al profesional le cabe la responsabilidad de brindar toda la información clínica disponible para que el paciente tome la decisión que considere correcta sobre su enfermedad, siempre llegando a un acuerdo con el profesional. Y diferencia el vínculo paternalista –cuando el medico toma las decisiones-, interpretativo -cuando el profesional acompaña- o deliberativo – cuando hay un verdadero dialogo entre ambos para lograr una toma de decisiones compartidas-. En este marco se crea una relación de confianza y empatía, afectividad, trasmisora de seguridad y fundamentalmente dignidad y con la calidad suficiente en cuanto al diagnóstico, prevención y tratamiento.

Y hay evidencia de que el proceso además de ser un fin en si mismo, resulta más eficiente y eficaz económica y clínicamente, debido a que –entre otras cosas- reduce las pruebas complementarias, genera mayor adherencia, etc.

Y más allá de este enfoque o tal vez por él, los países han avanzado en leyes de derechos del paciente que incluyen cuestiones como la intimidad del paciente, información clínica, consentimiento informado y anticipación en la planificación de su atención. OPS/OMS (2011b) le presta especial atención a la idea de que la salud es un derecho social e individual, que ambos estrechamente vinculados. Como el primero, requiere la participación del Estado y de la sociedad en su conjunto, garantizando la equidad. Pero en la esfera individual el sistema debe respetar la libertad individual de controlar la salud y el cuerpo, eso significa lograr la persona no sufra tratamientos que no tengan su consentimiento. De allí que hay un marco legal que garantiza que este derecho se ejecute sin ningún tipo de distinción, con trato digno y respetuoso, y supeditando cualquier intervención al consentimiento del paciente, pudiendo elegir los tratamientos y los profesionales, con acceso a toda la información sanitaria en base a distintas alternativas posibles, decidiendo entre tratamiento o muerte digna, pudiendo manifestar inconformidades con el servicio recibido.

Un tema transversal a los dos últimos es el de la igualdad de género (OPS/OMS, 2013). OPS (2021b) plantea que la política de igualdad de género “refleja el compromiso inalterable de la OPS con los principios de equidad, respeto a los derechos humanos y el ejercicio de ciudadanía, así como la voluntad de sumarse activamente a la corriente mundial dirigida a eliminar cualquier forma de discriminación por razones de género. Es una expresión asimismo de la determinación

institucional de fortalecer la eficacia y la eficiencia de la práctica de la salud pública en las Américas. Se trata de la igualdad de mujeres y los hombres para ejercer sus derechos de estar sanos, y también participar del sistema en sus diversas instancias. Al mismo tiempo se dice que esto exige medidas concretas. Y si bien las mujeres están peleando para empoderarse, las instituciones pueden apoyar esos procesos. La bibliografía de la institución sobre el tema pone de relieve tanto la cuestión de la mujer en el sistema de salud (algo que apareció fuerte en el tema enfermería) como en relación a la atención misma. En OPS (2020) se refleja esto mediante indicadores y se concluye acerca de que aún hay importantes diferencias en la salud entre hombres y mujeres y la necesidad de seguir trabajando en reducirlas y eliminarlas. También se dice que esto sucede a pesar de que los países han implementado políticas al respecto.

Y lo planteado hasta aquí respecto a atención primaria, el nuevo enfoque de los hospitales y las redes, la necesidad de coordinación, son procesos que, como vimos, están a su vez atravesados por una temática particular, la participación social, generalmente considerada clave en diversos enfoques. Heredia, Laurell Asa, Feo, Noronha, González-Guzmán y Torres-Tovar (2014) dicen que es el corazón del sistema y que por eso se ha institucionalizado (ellos mencionan los consejos de salud). OPS/OMS (2018a) valoran las juntas directivas en hospitales y centros de atención primaria, los consejos locales ciudadanos, en el caso de la red se propone tener espacios de trabajo conjunto que fortalezcan y retroalimenten el proceso.

Este enfoque general ha generado un verdadero consenso, los preceptos están presentes en la normativa de los países, incluso como veremos, de Colombia, pero en cuanto a los progresos reales, OPS (2008b) decía que lamentablemente este potencial de la atención primaria en red se encuentra desaprovechado y no alcanza a involucrar a otros sectores que tienen injerencia sobre la cuestión. OPS (2010) concluía en que en la región existen varias experiencias de buenas prácticas de redes integradas de servicios, mencionando a Brasil, Chile, Costa Rica y Cuba, pero la fragmentación sigue muy presente. Los procesos de integración han sido difíciles debido a que las estructuras organizacionales existentes crean barreras al desarrollo de las redes, resistencia al cambio.

Para Schiavone (2003) históricamente la APS no ha recibido el financiamiento necesario para su buen desarrollo, ya que, en caso de integrarse al presupuesto hospitalario, la institución

termina absorbiendo todos los recursos producto por tratarse de estructuras altamente demandantes, y en caso contrario, si aparece con un presupuesto propio se da un proceso de desintegración entre esta (APS) y el hospital. Parece el caso de Sabaneta.

A modo de síntesis, el enfoque que hemos sintetizado como de OPS plantea ciertas características que deben tener los sistemas que plantearemos en los siguientes puntos, los que serán tenidos en cuenta a la hora de analizar el caso colombiano y de Sabaneta

1) La salud debe financiarse con aportes de carácter solidario en los que cada persona aporta según su capacidad, son perjudiciales los gastos de bolsillo porque generan exclusión y también ineficiencia. El sistema único permite una mejor el trabajo intersectorial, etc.

2) La priorización realizada por el seguro debe ser explícita y ésta debe garantizar una cobertura universal equitativa, para lo cual es necesario incrementar los servicios esenciales y para eso los gastos

3) Se deben mejorar las condiciones sociales, de educación, hábitat, con un sistema que prioriza la tarea intersectorial. Los programas de transferencias monetarias deben permitir sostener la alimentación, de todos modos, la tarea de integración de las actividades del Estado, deberían ser mucho más amplias

4) Se debe cuidar el equilibrio en cuanto a que no sea el sistema público el que afronte todos los problemas de la salud y que el privado sólo asuma los espacios más rentables

5) Se debe abandonar el modelo curativo y de especialidad por caro, ineficaz y muchas veces negativo para los pacientes. La atención primaria debe ser brindada en entornos extra hospitalarios y reorientada al seguimiento de la salud, vinculada al ambiente familiar y comunitario con equipos multidisciplinarios. Los hospitales secundarios y terciarios deben reorientarse a los casos agudos y complejos, más cirugía ambulatoria, hospitales de día, atención escalonada, etc. compartiendo con otras instituciones especializadas el apoyo al primer nivel de atención brindando servicios de salud preventivos y curativos, con alta capacidad de resolución, sin perder importancia, pero re direccionados.

6) La estructura del hospital tiene que cambiar, lo mismo esa mentalidad que los hace percibirse como centrales, administradores y profesionales deben ser flexibles, adaptativos y participativos,

en el marco de modelos interdisciplinarios que fomenten una visión colaborativa. Y se plantean cambios en la forma de asignación de recursos ya que se abandona el pago retrospectivo

7) Se trata de ir a un modelo de redes con acuerdos territoriales y extraterritoriales, normas que ordenan la estructura de la red, determinando los componentes, las funciones de cada componente, la forma de articularse. Por eso tienen que mejorarse los instrumentos de corte institucional, como circuitos asistenciales, los sistemas de derivación y contra derivación, la gestión de casos, profesionales de enlace, iniciativas de conocimiento mutuo entre los distintos profesionales de la red, espacios de análisis sobre la situación, acuerdos de salud complementarios y otras herramientas de acuerdo. Y estar atentos a no generar inequidad debido a la selección adversa, entendiendo que se trata de un proceso muy complejo que requiere de regulación.

8) Generando equipos intersectoriales, con profesionales de diferente formación y dando un lugar de igual jerarquía al personal de enfermería y otros profesionales intervinientes

9) Y un vínculo con el paciente y su comunidad, basado en el respeto y la confianza, empatizando con los saberes de la comunidad, con las distintas culturas en juego, enfoque de género y hacia decisiones compartidas, incentivando mecanismos de autogestión en el tratamiento y de participación social efectivas, a partir de la idea de la salud como un derecho, no normas formales, como a veces parece suceder en Colombia.



## Los debates en Colombia

Una buena síntesis de la problemática general puede ser la que realiza el Ministerio de Salud y Protección Social (2016) que reconoce que al estimular un sistema de competencia en la salud se generaron imperfecciones como el descreme del mercado, racionamiento por parte del asegurador, barreras de entrada, reguladores captados por las IPS, concentración de la oferta, riesgo moral y selección adversa en los usuarios, deterioro en la capacidad resolutive de los niveles más bajos producto de la inducción a la demanda de servicios con alta tecnología, problemas en el flujo de recursos y gestiones deficientes en hospitales de alta complejidad, saturación del sistema de urgencias, disminución en la capacidad resolutive de servicios básicos, y recursos humanos limitados, concentrados principalmente en grandes centros urbanos. Herrera Llamas, García Alarcón y Herrera Aguilar (2016) parecen reflejar la crítica más radical cuando afirman que la reforma provocó que el paciente se transformara en un cliente de un negocio dejando de lado los principios de justicia y equidad. Este último principio se limita únicamente al subsidio que otorga el estado. Y plantean que esto se llevó a cabo en una realidad donde prima la desigualdad y mercado imperfecto, sin posibilidad real de participar de él en igualdad de condiciones.

Pero para ordenar el debate se utilizan los tópicos del apartado anterior:

1) El sistema único permite una mejor el trabajo intersectorial, etc.

Respecto al modelo de salud, se trataba de abrir la seguridad social a la libre competencia y orientar el financiamiento ya no desde la oferta sino desde la demanda. Además, en cuanto a los establecimientos de salud, se evidencia un fuerte impulso al crecimiento de las entidades privadas (Guerrero, Prada y Chernichovsky, 2014).

Uno de los aspectos más complejos de la descentralización es que provoca tensiones entre alcaldes y gerentes hospitalarios, producto por ejemplo de que el hospital en muchos casos tiene más presupuesto que la alcaldía, los gerentes tienen una formación técnica superior y se aprovechan de eso, o también porque los municipios exigen a las IPS una oferta de servicios superior a la que están en condiciones de suministrar (Guerrero, Prada y Chernichovsky, 2014).

De igual modo, para Prada (2018) debido a la descentralización hay una sensación de ausencia de autoridad, que da lugar a conflictos entre prestadores y aseguradores, Entidades Territoriales también contra aseguradores, y Entidades Territoriales con las Empresas Sociales del Estado. Y además las Entidades Territoriales fueron quedando como mensajeras de recursos, teniendo incluso que afrontar gastos por servicios no cubiertos al régimen subsidiado.

2) Se debe garantizar una cobertura universal equitativa, para lo cual es necesario incrementar los servicios esenciales.

Como plantean Herrera Llamas, García Alarcón y Herrera Aguilar (2016) el objetivo pasó a ser mejorar los porcentajes de afiliación, lo que en primer lugar no garantiza el acceso y en segundo lugar, la calidad. Tampoco la calidad al menos en los términos como se plantea en Colombia, es sinónimo de buenos resultados finales. Un tema central del modelo es que subsiste la dicotomía entre quien pertenece al régimen contributivo, al subsidiado y los no afiliados (Arias, 2016).

3) La tarea de integración de las actividades del Estado deberían ser mucho más amplias.

El estado no deberá limitarse a diseñar y ejecutar acciones aisladas y cortoplacistas, pues éstas van haciendo quedar al sistema como una colcha de retazos; por esto, entre las tareas que se tienen que realizar de manera permanente, según el Ministerio de Salud (2012), se citan la liquidez, el fortalecimiento de los esquemas de vigilancia y control de todos los procesos del sistema y realizar los ajustes necesarios de las desviaciones que se detectan en el mencionado control.

De acuerdo con el Presidente Santos (2012), se deben tomar medidas de gran calado, que además de las anteriores, incluyan para alcanzar los objetivos de tener una medicina preventiva, con atención asegurada para todos, de alta calidad y un manejo eficiente de los recursos: facilitar el normal y constante flujo de los recursos dentro del sistema que eviten la suspensión o atraso en el servicio, fortalecer el seguimiento a la EPS, con reglas claras de manejo pues se involucran gran cantidad de recursos y una alta cantidad de actores, fortalecer el sistema de información integrado, de manera que se facilite el seguimiento a los recursos (para evitar corrupción y

despilfarros) y otras variables del sistema como la de seguimiento a las enfermedades, la de calidad de la atención y del servicio, el reconocimiento de la importancia del talento humano del sector como esencia del sistema.

Complementario a lo anterior, el Ministerio de Salud (2016), en el MIAS (Modelo Integral de Atención en Salud) plantea la Política de Atención Integral Salud “Un sistema de salud al servicio de la gente” como pilares de los avances en las actividades del Estado, entre ellas la cobertura universal en el aseguramiento, ampliación y unificación en el plan de beneficios, crecimiento en la oferta de servicios, y mayor acceso a los mismos, política farmacéutica fortalecida, disminución en los gastos de bolsillo, actualización en la normatividad que regula todo el sistema de salud.

De acuerdo con el mismo MIAS (2016), se presentan dificultades en la ejecución de la política entre otros aspectos: el sistema está enfocado en la enfermedad y no en la gente, hay altas cargas de enfermedad, poca resolutivez en el nivel I, bajo desarrollo en los niveles II y congestión en los niveles III; también se evidencia fragmentación y desintegración en la atención, además de inequidades en salud, regionales y poblacionales; otros aspectos que ha debilitado el sistema son los problemas originados en la descentralización, la débil participación comunitaria las fallas en la regulación la baja reputación que se ha generado con los agentes del sistema.

Todo lo anterior evidencia que la integración debe mirarse tanto en las actividades como en la integración y ejecución de las mismas, pues si falla lo primero afecta lo segundo y viceversa.

4) Que no sea el sistema público el que afronte todos los problemas de la salud

El sistema público afronta los temas menos rentables y de los sectores vulnerables (Guerrero, Prada y Chernichovsky, 2014). Los autores dicen que las EPS mantienen una visión cortoplacista al no realizar actividades preventivas en materia de salud y que el aseguramiento y la salud pública quedaron a cargo de los municipios con toda la heterogeneidad existente. Y, por otro lado, el modelo es muy desigual regionalmente yespecialmente allí donde hay mayoría de población rural que es donde los municipios tienen menores capacidades (Guzmán Finol, 2014).

Galeano Sarmiento y Posadas Jiménez (2015) llaman la atención acerca de que ese abordaje

puede generar un debilitamiento en el rol del estado, abriendo juego a un estado neoliberal donde el rol principal en la contratación de los servicios públicos quede ocupado por el sector privado aumentando la inequidad en el sistema de salud.

5) Se debe abandonar el modelo curativo y de especialidad. La atención primaria debe ser brindada en entornos extra hospitalarios

Ministerio de Salud y Protección Social (2016) dice que el modelo ha generado problemas en la cantidad y calidad de los recursos especialmente en la atención primaria y un uso inadecuado de los recursos especializados en mediana y alta complejidad producto de los incentivos para inducir a la demanda, y porque las acciones llevadas a cabo para promocionar la salud son muy endebles. Cuando miramos las tasas de ocupación por nivel apreciamos que en el nivel más bajo ésta estaba en el 40% entre el año 2007 y 2012, mientras que el segundo y tercer nivel alcanzaban un 97% y 91% respectivamente, en el año 2012 el 88% de los partos eran derivados a instituciones de mayor complejidad. Lo que además explica el marcado aumento de cesáreas.

6) La estructura del hospital tiene que cambiar

Para Arias (2016) los prestadores no pueden subsistir por el diferencial entre la prima promedio anual que ronda en 200 dólares y el acceso que genera a una gran cantidad de servicios, hay un desequilibrio entre ingresos y egresos, situación que puede observarse desde hace varios años. En el caso del recobro de las tecnologías No POS, solamente el 85% es reembolsado por el FOYGA, finalmente obligando a las EPS a utilizar recursos del POS a esos efectos. El tema se transfiere luego a las IPS. Por otro lado, aumenta la concentración de EPS e IPS.

OPS/OMS (2011a) sostenía que las EPS además cuentan con una alta integración vertical lo que genera un gran desafío para el sistema y el texto también menciona el hecho de que la cuestión tarifaria necesariamente debe dejar de estar a merced de la libre competencia, porque eso también fomentó un flujo irregular de recursos junto con acumulaciones de carteras en los distintos actores. Por otro lado, como vimos, las empresas aseguradoras del régimen subsidiado cobran un monto porcentual por persona proveniente de la caja correspondiente al régimen contributivo. Luego, estas empresas aseguradoras envían a los afiliados subsidiados a los

hospitales públicos quienes deben atender una amplia gama de prácticas en todos los niveles de complejidad. Entonces la institución hospitalaria debe cargar con todo el riesgo financiero, calculo que pertenece al asegurador, para lo cual tampoco está preparada ya que su tarea no es calcular riesgos y costos de un grupo poblacional determinado.

Glassman, Escobar, Giuffrida y Giedion (2010) van en la misma dirección cuando dicen que muchas EPS (principalmente las que gestionaban el régimen subsidiado) operaban como intermediadoras financieras a la vez que transferían el riesgo a los hospitales por medio de contratos de capitación para distintos servicios. Se verifica además una dualidad porque los proveedores dan prioridad a los pacientes del régimen contributivo

Según los autores citados, la administración de los recursos por parte de los hospitales no fue buena, por un lado, por lo expuesto, por el otro porque reciben fondos de las alcaldías para la atención de los no afiliados y otros temas del PAB, generándose un gasto excesivo en cuestiones no necesarias. En cuanto a la contratación del personal los hospitales públicostienen que afrontar una serie de rigideces de la legislación pública. Adicionalmente se sobreestimó la capacidad que tenían los hospitales privados y EPS en territorios pequeños, ya que el mercado mismo hace funcionar a los servicios privados allí donde el ingreso es más elevado (donde la ganancia es más elevada), fomentando las disparidades regionales entre pequeñas y grandes ciudades, y entre personas de distintos ingresos. El fuerte proceso de descentralización provocó que los gobiernos departamentales y municipales tengan una mayor cantidad de recursos que administrar, y sin embargo la gran mayoría de ellos no contaba con las capacidades necesarias para poder administrarlos

Orozco Gallo (2014) muestra que al año 2012 el 43% se encontraba en riesgo financiero, y contra otras opiniones, que los servicios hospitalarios no eran más ineficientes antes de la reforma, especialmente los de mayor nivel de complejidad, por otro lado, hubo fuertes retrocesos en la productividad durante el periodo 2003-2011.

Un informe de Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (2017) dice que el problema de sus afiliados es más financiero que económico, aunque hay un número importante de IPS con resultados negativos. De un modo u otro, el promedio de días para recuperar la atención brindada para hospitales públicos se ubica entre 136 y 165 días y, en el caso de los privados,

entre 192 y 201. El 37,9% es con las EPS del régimen contributivo(37,9%) y el 30,2% con las EPS del régimen subsidiado, siendo la más importante Savia Salud; 21,7% a entidades de medicina prepaga y planes complementarios y un 10,2% de la deuda le corresponde a Entes Territoriales, Fosyga y otros. Y las EPS que se encuentran con medidas especiales de vigilancia agrupan el 50,8% de todos los afiliados al sistema de salud, lo que equivale a 23,4 millones de personas. Según la fuente por eso la construcción de unidades disminuyó un 47,6% durante el periodo 2014-2017.

Zuluaga (2021) plantea que en muchos hospitales, especialmente ubicados en zonas rurales no poseen las condiciones mínimas laborales exigidas a nivel nacional, hay fuerte presencia de profesionales contratados por periodos cortos (uno a tres meses), otros trabajando por orden de prestación; o finalmente algunos vinculados con terceros sin la debida cobertura de la seguridad social. La autora atribuye el problema a la ley 100, es decir la transformación de los hospitales en ESE y su ingreso en un sistema de competencia en desigualdad de condiciones, perjudicando finalmente su autofinanciamiento debido a que reciben mayormente pacientes pertenecientes al régimen subsidiado o sin cobertura y teniendo que ponerse a vender servicios para poder contratar lo que necesitan. Y todo atravesado por las dificultades generadas por la dependencia de las ESE y la política, especialmente el modo en que se interrumpen o desvían los procesos cada cuatro años por el cambio de autoridades.

7) Se trata de ir a un modelo de redes con acuerdos territoriales y extraterritoriales. En lo que hace a la estrategia de redes, es claro que el enfoque se basa en la idea de gobernanza, mediante la cual se intenta coordinar actores heterogéneos en función de la aplicación de políticas. Ríos (2007) se han promovido fuertemente las redes como elementos centrales de la reforma, pero las evaluaciones realizadas mostraban por entonces bajas coberturas de aseguramiento, amplias inequidades y múltiples barreras para el acceso, si bien es una evaluación previa al 2011, las cosas no han cambiado radicalmente.

OPS/OMS (2011a) dice que los hospitales se ven entre sí como rivales dentro del mercado y no como compañeros de un mismo proceso. Por eso y otras cuestiones el documento plantea que la cuestión de las redes no se resuelve con los Consejos Territoriales o instituciones similares en la medida de que el diseño mismo expone a las instituciones a toda una serie de riesgos para los cuales no están preparadas y estimula la fragmentación.

Para Bernal y Barbosa (2015) el enfoque de redes propuesto puede colaborar en la reducción de este fenómeno, sin embargo, hace falta determinar los roles que hacen a la articulación entre redes, regiones sanitarias y entidades territoriales, además de definir estándares de calidad y un enfoque de atención preventivo o curativo.

Ministerio de Salud y Protección Social (2016) menciona la existencia de procesos de referencia y contra referencia débiles, poca circulación de información entre prestadores, y procesos de articulación deficientes.

8) Generando equipos interdisciplinarios/ 9) Atención centrada en el paciente

Banco Mundial (2019) plantea que existe mucha debilidad en los distintos mecanismos que permiten medir las habilidades clínicas de los prestadores, y por otro lado todo el modelo de atención está fragmentado ya que hay una mala comunicación entre la atención primaria y los médicos especialistas, y porque además los pacientes deben asistir a distintas instituciones de salud en búsqueda de diferentes especialidades, producto de los distintos contratos que fijan las EPS. No se ha avanzado en la multisectorialidad, multidisciplinariedad ni se ha focalizado en el paciente.

En el capítulo sucesivo se aborda la evolución general de nuestro país, las políticas implementadas y los resultados.

## Capítulo 2. La situación de la salud en América latina y Colombia

### El Contexto latinoamericano de la salud

El acceso a la salud en América Latina presenta grandes desigualdades, entre países por su condición económica, países pobres y países ricos y dentro de cada país, clases de altos ingresos y clases de ingresos bajos. Lo mismo sucede a nivel regional.

La OPS (2018), en la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 hace un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la región, da cuenta de que la mortalidad materna se ha reducido de 67/100.000 nacidos vivos en 2005 y ha pasado en el 2015 a 52, la tuberculosis se ha reducido al ubicarse en 22,1 casos por 100.000 habitantes en el 2014, pero por ejemplo, el dengue ha sufrido grandes incrementos pues en el 2011 se reportaron 1.699.072 y en el 2015 8.207.797, la obesidad también muestra incrementos al pasar del 6.9% a 7.2% en el 2015.

De acuerdo con informe presentado por la OPS (Organización Panamericana de la Salud) y la CEPAL (Comisión Económica para América Latina) (2021) es perentorio que los gobiernos incrementen las inversiones en salud, para poder fortalecerlos, reformularlos si es del caso, para salir de la crisis sanitaria actual, dado el impacto que ha tenido la pandemia del COVID 19 en los sistemas de salud de los distintos países. De acuerdo con lo expresado por Etienne, (2020) directora de la OPS, por esta situación además se ha visto interrumpida la atención de mujeres embarazadas, personas con padecimientos crónicos y la vacunación normal de los niños, también se ha afectado el diagnóstico y tratamiento de la Hepatitis B y C.

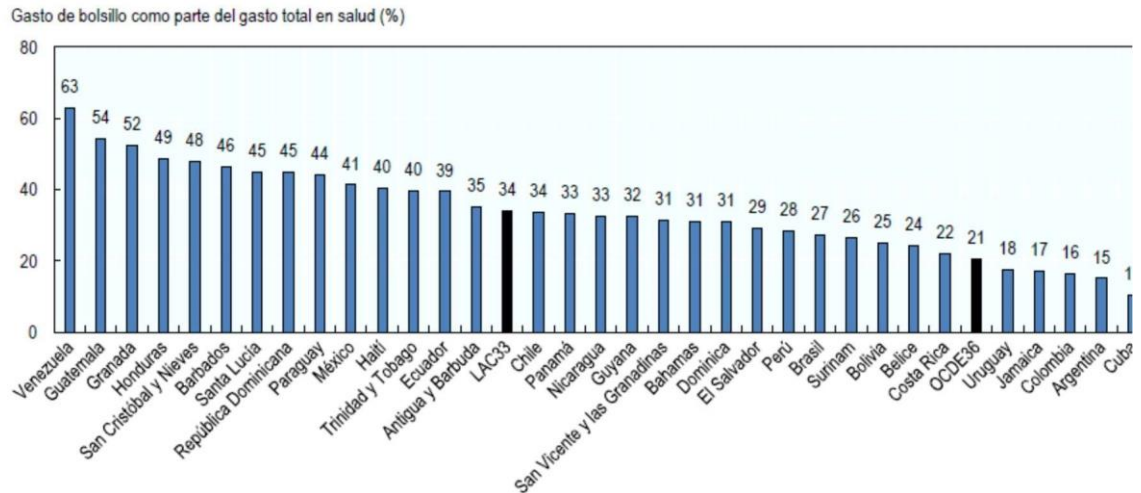


Destaca la funcionaria que más de 300 mil niños, en su mayoría de México y Brasil, han carecido del servicio básico de vacunación a que tiene derecho todo niño, y que el 97% de los países de la región, reportaron interrupciones en la atención en salud de los servicios tradicionales.

Con el fin de afrontar todas las situaciones que los sistemas de salud presentan, la agenda define, entre sus objetivos, la reducción de la tasa de mortalidad materna, la mortalidad de recién nacidos, poner fin a epidemias como el SIDA, tuberculosis, enfermedades tropicales, entre otras acciones. Lo anterior, muestra un panorama poco alentador, dadas las grandes inversiones que deben hacer los gobiernos en todos los frentes y que la salud debe tener prioridad pues las condiciones sanitarias así lo exigen.

OPS/OMS (2018b) plantea que el 30% de la población del subcontinente sufre barreras en el acceso por limitaciones financieras y otro 21% por cuestiones geográficas. Un porcentaje similar por cuestiones étnicas o culturales. En cuanto al gasto en salud por parte de los gobiernos de la región con respecto al PIB, se ha notado un incremento del 3,1% en el 2006 y en el 2014 se ubicó en el 4% pero esto está lejos de los promedios de los países centrales y es sumamente insuficiente. El gasto per cápita en América latina se refleja en el gráfico

**Figura 1. Gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total en salud en 33 países de LAC, 2**



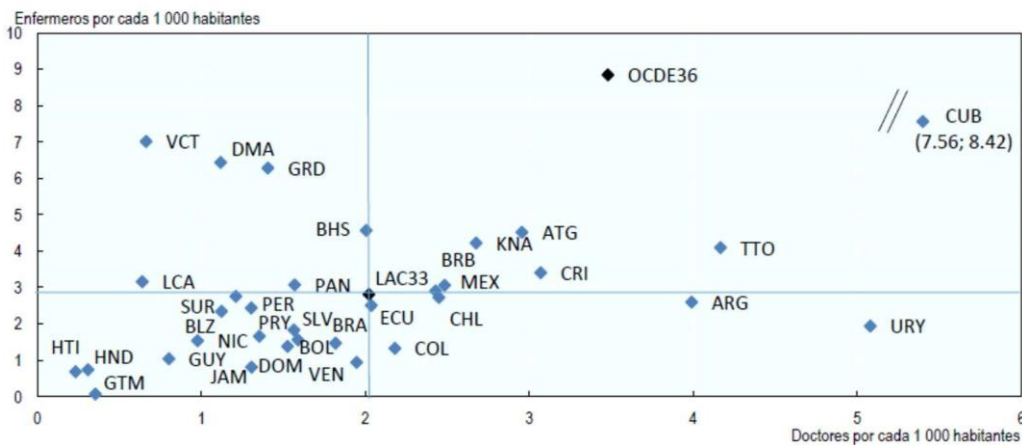
Fuente: OCDE/Banco Mundial (2020)

En cuanto al gasto de bolsillo (el pago en el momento de la atención) en salud, nos encontramos con valores elevados como el caso del promedio latinoamericano que alcanza un 34%. Venezuela y Guatemala presentan los porcentajes más elevado. Colombia, Argentina y Cuba están entre los que presentan el gasto de bolsillo menor, ubicándose en un 16%, 15% y 10% respectivamente. Chile y Brasil están entre los países cercanos al promedio ya que el gasto de bolsillo asciende a 34% y 27% respectivamente.

Según la misma fuente, en cuanto a la capacidad de los servicios, el promedio latinoamericano para el 2017 en médicos y personal de enfermería, alcanza 2 de los primeros cada 1.000 habitantes y 1,2 del segundo, lejos de la OCDE que cuenta con 4 médicos y 9 enfermeras. Colombia se encuentra en una situación bastante débil ya que cantidad de médicos se ubica está con 2,1 y el número de enfermeras se reduce más aún. Países como Uruguay o Argentina, cuentan con 5 y 4 médicos por 1.000 habitantes.

También Colombia se encuentra lejos de Cuba (extremo superior latinoamericano) que posee 7,56 enfermeras y 8,42 médicos cada 1.000 habitantes.

Figura 2. Número de médicos y enfermeras en 33 países de LAC, 2017 o último año disponible



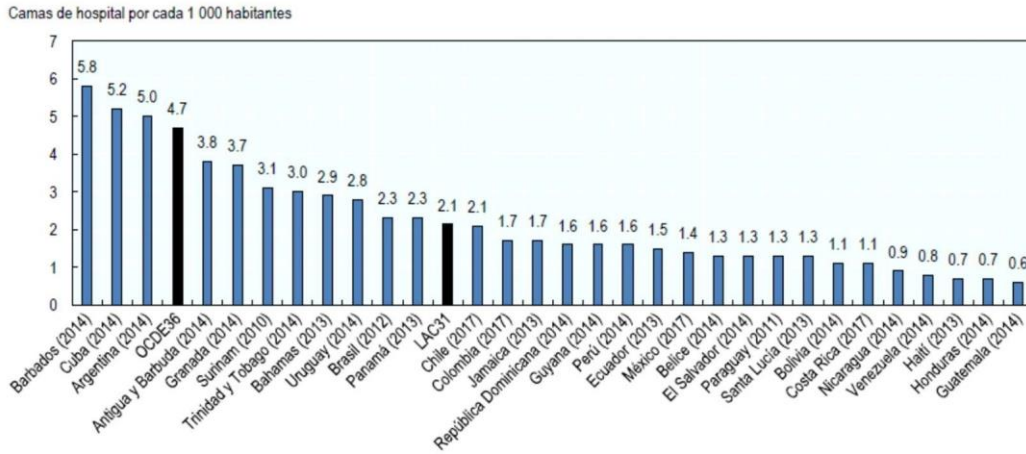
Fuente: OCDE/Banco Mundial (2020)

VEAMOS EL PANORAMA A NIVEL MUNDIAL SEGÚN OPS/OMS (2018). Estados Unidos y Reino Unido tienen casi 13 médicos y enfermeras/os cada 1.000 habitantes. Los países con menor cantidad de personal son Guyana y Haití que poseen 0,7 médicos y 0,3 enfermero/as, el África Subsahariana presenta 1,1 médicos.

Al analizar la cantidad de enfermeras/os por cada médico, se aprecia una gran desigualdad mundial, los países africanos cuentan con 8 enfermeras/os por médico; el Pacífico Occidental 1,5; EE.UU y Canadá 4; y países como Colombia, Chile, El Salvador, Guatemala, Honduras, Perú, entre otros, 1 o menos.

En el número de camas la OCDE alcanza 4,7 c/ 1.000 y Latinoamérica 2,1, con países como Barbados (5,8), Cuba (5,2) y Argentina (5) ubicados en el extremo superior, o del lado opuesto Haití (0,7), Honduras (0,7) y Guatemala (0,6). Luego encontramos a Brasil (2,3), Chile (2,1) y Colombia (1,7) cercanos al promedio, pero el último sensiblemente por debajo.

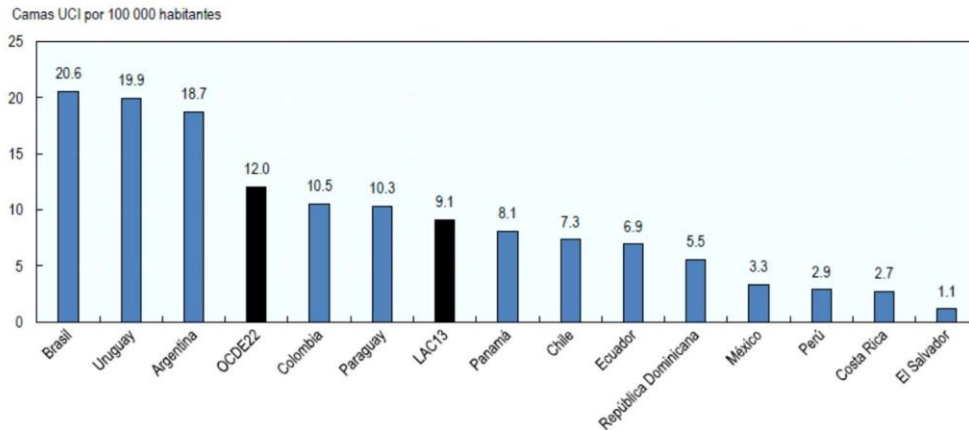
**Figura 3. Número de camas hospitalarias en LAC y promedio OCDE, último año disponible**



Fuente: OCDE/Banco Mundial (2020)

Al 2020, las camas UCI cada 100.000 habitantes muestran que Latinoamérica en promedio posee 9,1, con Brasil (20,6), Uruguay (19,9) y Argentina (18,7) en el extremo superior y, Costa Rica (2,7) y El Salvador (1,1) en el inferior. Chile nuevamente presenta valores cercanos al promedio al contar con 7,3 camas UCI y Colombia está apenas por encima con 10,5.

**Figura 4. Capacidad de camas de cuidados intensivos en países LAC seleccionados y promedio OCDE, 2020 (o año más cercano)**



Fuente: OCDE/Banco Mundial (2020)

En cuanto al estado de salud confeccionado para el año 2017 la misma fuente indica que Bolivia, Guyana, Trinidad y Tobago, y Haití, están por debajo del promedio latinoamericano con indicadores muy deteriorados. Estos países presentan tasas de mortalidad infantil superiores al 26, cuando el promedio latinoamericano se ubica en 18,6 (si observamos particularmente Haití, el valor se eleva a 71,7). Colombia en cambio está levemente por debajo de promedio con una tasa de mortalidad en menores de 5 años (cada 1.000 nacidos vivos) de 14,7, lejos de países como Cuba, Chile o Argentina, cuyas tasas se ubican en 5,4, 7,4 y 10,4 respectivamente.

En la esperanza de vida al nacer el promedio de los países latinoamericanos alcanza los 78,2 y 71 años en mujeres y hombres respectivamente, Colombia se ubica en 77,4 y 71,6, lejos de los países mejor ubicados como Chile (83,1 y 77,4), Cuba (81,9 y 78), Argentina (80,4 y 73) o Brasil (79,3 y 72,1). La supervivencia de las mujeres colombianas hasta los 65 años, nuevamente para el 2017, alcanza un 85% (por encima del promedio regional cuyo valor es de 83,2%) y en los hombres un 73,3%, en este último caso apenas por debajo de Latinoamérica (73,8%). La situación de este país está distante de Chile (89% para mujeres y 83,5 para hombres), Argentina (87,8 y 76,8), Cuba (88,7 y 83,8) o Costa Rica (90,1 y 83,6).

En el extremo inferior nuevamente aparecen Haití y Bolivia con tasas cercanas al 74% y 67% en mujeres y, 66% y 59% en hombres, respectivamente.

Tabla 1.2. Tablero sobre el estado de salud

Mejor que  
  Cerca de  
  Peor que....promedio de países LAC

País	Esperanza de vida al nacer (Mujeres)	Esperanza de vida al nacer (Hombres)	Supervivencia hasta los 65 años (Mujeres)	Supervivencia hasta los 65 años (Hombres)	Tasa de mortalidad en menores de 5 años
	En años	En años	%	%	Por 1.000 nacidos vivos
<b>LAC31</b>	77.4	71.6	83.2	73.8	18.6
<b>OCDE36</b>	83.4	78.1	90.9	84.1	4.5
Antigua y Barbuda	78.9 <input type="checkbox"/>	74.0 <input checked="" type="checkbox"/>	85.1 <input type="checkbox"/>	78.6 <input checked="" type="checkbox"/>	7.0 <input checked="" type="checkbox"/>
Argentina	80.4 <input checked="" type="checkbox"/>	73.0 <input type="checkbox"/>	87.8 <input checked="" type="checkbox"/>	76.8 <input type="checkbox"/>	10.4 <input checked="" type="checkbox"/>
Bahamas	78.8 <input type="checkbox"/>	72.7 <input type="checkbox"/>	83.7 <input type="checkbox"/>	73.7 <input type="checkbox"/>	7.2 <input checked="" type="checkbox"/>
Barbados	78.4 <input type="checkbox"/>	73.6 <input checked="" type="checkbox"/>	88.0 <input checked="" type="checkbox"/>	79.9 <input checked="" type="checkbox"/>	12.4 <input type="checkbox"/>
Belice	73.6 <input type="checkbox"/>	67.9 <input type="checkbox"/>	80.3 <input type="checkbox"/>	67.6 <input type="checkbox"/>	14.2 <input type="checkbox"/>
Bolivia	72.1 <input type="checkbox"/>	67.0 <input type="checkbox"/>	74.3 <input type="checkbox"/>	66.6 <input type="checkbox"/>	34.9 <input type="checkbox"/>
Brasil	79.3 <input checked="" type="checkbox"/>	72.1 <input type="checkbox"/>	85.2 <input type="checkbox"/>	73.4 <input type="checkbox"/>	14.8 <input type="checkbox"/>
Chile	83.1 <input checked="" type="checkbox"/>	77.4 <input checked="" type="checkbox"/>	89.0 <input checked="" type="checkbox"/>	83.5 <input checked="" type="checkbox"/>	7.4 <input checked="" type="checkbox"/>
Colombia	78.2 <input type="checkbox"/>	71.0 <input type="checkbox"/>	85.0 <input type="checkbox"/>	73.3 <input type="checkbox"/>	14.7 <input type="checkbox"/>
Costa Rica	82.9 <input checked="" type="checkbox"/>	77.8 <input checked="" type="checkbox"/>	90.1 <input checked="" type="checkbox"/>	83.6 <input checked="" type="checkbox"/>	9.0 <input checked="" type="checkbox"/>
Cuba	81.9 <input checked="" type="checkbox"/>	78.0 <input checked="" type="checkbox"/>	88.7 <input checked="" type="checkbox"/>	83.8 <input checked="" type="checkbox"/>	5.4 <input checked="" type="checkbox"/>

Fuente: OCDE/Banco Mundial (2020)

De acuerdo con lo investigado, se pueden decir que los países de la región, deben darle mayor prioridad a sus sistemas de salud, pues la pandemia del COVID 19 ha demostrado sufragilidad y ha afectado la atención de otras enfermedades y de grupos poblacionales como las maternas, los niños y algunas enfermedades tradicionales, que siguen cobrando vidas.

También se identifica a la pobreza como un causante de muchas enfermedades y generadora de altos costos ya que las condiciones de insalubridad en la cual vive la población dan lugar a la aparición y propagación de enfermedades lo que intensifica la problemática.

### La salud en Colombia

#### La economía

A fin de entender el contexto en el cual se realizó la reforma y funciona el sistema de salud actual debe describirse mínimamente la evolución de la política económica, los cambios en el rol del Estado y de la normativa específica del sector. Eso haremos en los próximos párrafos

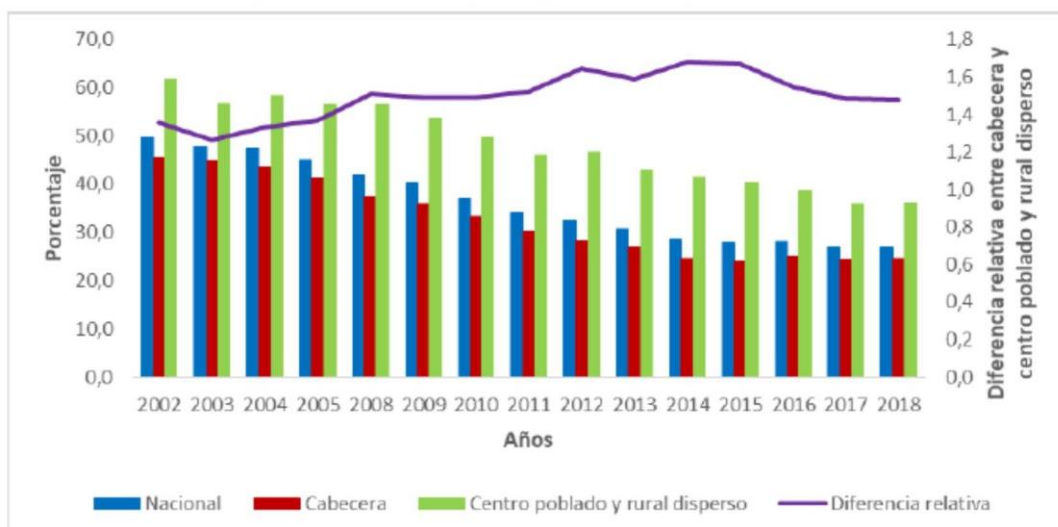
En el plano económico el país, durante los dos períodos del presidente Santos y el gobierno del presidente Iván Duque, se siguió el mismo modelo de economía abierta y desregulada; si bien hubo un cierto crecimiento (2% promedio), la deuda externa subió en ese mismo período de 66,792 millones de dólares a 126.686 y la inflación en el 2018, se ubica en el 9.1% (Portafolio, 2018). Durante el gobierno del presidente Santos se avanzó en el proceso de paz (Burbano Villamarin, 2018; Yarce Tamayo, 2018). El proceso ha sufrido vaivenes.

Como resultado, en lo social, para el año 2018 el 14,13% de la población colombiana registraba necesidades básicas insatisfechas (3,74% miseria, 5,31% viviendas inadecuadas, 3,58% servicios inadecuados, y 4,06% en condiciones de hacinamiento). A su vez, la pobreza monetaria se acercaba al 30% y con una mayor incidencia en áreas rurales (1,7 veces más que las cabeceras municipales), con grandes diferencias entre los distintos departamentos. Por ejemplo, departamentos como Chocó, La Guajira, Cauca, Magdalena, Córdoba, Cesar, Norte de Santander, Nariño, Sucre, Caquetá, Huila, Bolívar y Tolima, tenían la pobreza monetaria mucho más elevada que el promedio a nivel nacional (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019)<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> En Narodowski y Zugbi (2020) se muestra que tal vez los valores de pobreza en Colombia estén subestimados

Gráfico 21. Incidencia de pobreza monetaria según área, 2002 - 2005 y 2008 - 2018



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2019)

La pobreza multidimensional para el mismo año alcanzaba al 19,6% de la población, con Guainía (65%), La Guajira (51,4%), Chocó (45,1%), Norte de Santander (31,5%) y Caquetá (28,7%), como los departamentos que mayor incidencia presentaron entre las distintas regiones. El índice multidimensional de condiciones de vida (IMCV) es de 43,58 puntos en el Departamento de Antioquia es de 47,89 para el AMVA.

La misma fuente muestra que la pobreza extrema a nivel nacional asciende a 7,2%, nuevamente con fuertes disparidades entre las cabeceras municipales y la zona rural (también centros poblados) cuando el valor para las primeras alcanza un 4,9% mientras que en la segunda un 15,4%.



Tabla 5. Semafonización de indicadores de pobreza según departamento y área, 2018

Departamento	NBI - Total	NBI - Urbano	NBI - Rural
Antioquia	10,67	6,67	26,77
Atlántico	11,28	10,68	22,76
Bogotá, D.C.	3,36	3,34	11,03
Bolívar	26,56	21,69	41,40
Boyacá	10,04	4,93	17,81
Caldas	8,91	6,92	15,00
Caquetá	23,48	16,60	39,01
Cauca	18,27	12,38	22,12
Cesar	22,82	18,53	36,42
Córdoba	34,82	21,66	51,65
Cundinamarca	6,26	4,60	10,83
Chocó	65,40	68,29	62,58
Huila	12,68	9,26	18,05
La guajira	53,01	28,95	74,96
Magdalena	26,50	21,64	38,43
Meta	13,31	7,95	31,71
Nariño	21,59	16,20	26,61
Norte de Santander	18,26	13,28	37,01
Quindío	6,73	6,29	9,98
Risaralda	8,14	5,08	19,21
Santander	9,45	6,25	20,07
Sucre	28,98	24,11	37,99
Tolima	12,06	7,61	22,83
Valle del cauca	6,18	5,23	11,83
Arauca	32,26	25,78	45,32
Casanare	15,89	11,78	27,11
Putumayo	18,41	11,75	27,10
Archipiélago de San Andrés	14,84	19,29	5,88
Amazonas	34,92	25,82	45,60
Guainía	59,21	39,77	79,24
Guaviare	27,80	15,47	47,87
Vaupés	68,89	30,64	86,17
Vichada	67,62	32,46	85,18
Colombia	14,13	9,42	30,22

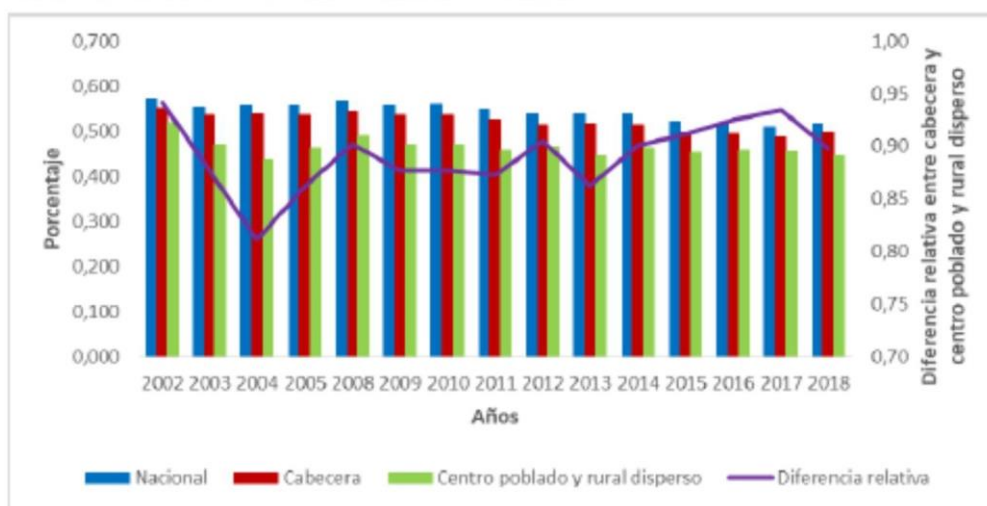
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2019)

Enfocando el análisis en el departamento de Antioquia, vemos que con respecto a los niveles nacionales está en una buena ubicación. Su índice de necesidades básicas insatisfechas total se ubica casi 4 puntos por debajo del nacional (10,67 contra 14,13), y tanto para las zonas urbanas como para las rurales, la incidencia es menor pero igualmente alarmante (6,67 contra 9,42 – nacional-, para zonas urbanas; y 26,77 contra 30,22 para rurales). Observando el desempleo de Medellín y del Área Metropolitana con respecto al nivel nacional para el año 2019, vemos que la misma se encuentra en el centro de la distribución.

La cuestión de la pobreza está asociada a diversos factores, uno es la mala distribución del ingreso, en cuanto a la evolución del coeficiente de Gini, si bien durante el periodo 2002- 2018 hubo una pequeña mejora en términos generales, la diferencia relativa ha sido muy variable y al año 2018 se presenta apenas por abajo del valor correspondiente al año 2002.

Cabe destacar que constantemente las zonas rurales presentan un menor coeficiente, lo cual habla de una mejor distribución del ingreso, pero con durante este periodo los avances no han sido muy positivos ya que mantiene un nivel similar al presentado en el año 2003 o 2005.

Gráfico 23. Coeficiente de Gini según área, 2002 - 2005 y 2008 - 2018



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2019)

Colombia, en términos de educación presenta contrastes; por un lado, se ven las mejoras en la cobertura en algunos niveles y por el otro, sigue teniendo deficiencias en cuanto a la calidad educativa.

De acuerdo con el MEN (Ministerio de Educación Nacional) (2016), en educación media (grados décimos y once) se incrementó la cobertura en 10,61% y en secundaria, el aumento fue del 7,37%. En Primera Infancia, se incrementó la población atendida en 1.160.284 en el 2016, pues en el 2011 se había atendido 589.000 niños. La misma fuente indica que en cuanto a la calidad, si bien ha mostrado mejoría, todavía debe seguir empeñada en mejorar y ser más equitativa. De acuerdo con Celia (2017) se debe trabajar en la educación en la Primera Infancia pues es ahí donde se evidencia un gran impacto social. Según Escallón Largacha (2017) las

principales necesidades se centran en el cierre de las brechas existentes entre la educación privada y la pública y de la calidad de la educación pública con respecto a la privada y que esto refleje la igualdad de oportunidades para todos los ciudadanos sin discriminación alguna. Ángulo (2020) plantea objetivos similares.

En relación a la salud, tema al que volveremos, hemos visto diversos indicadores preocupantes al analizar América Latina, Banco Mundial (2019) reconoce que los niveles de muertes por el no acceso o la mala calidad en la atención, las tasas de mortalidad materna y años de vida perdidos por neumonía son muy elevados, incluso comparados en algún caso con México.

### Los cambios en la orientación del modelo de salud

Como en buena parte de mundo la salud en Colombia se basaba en el rol de los médicos independientes que atendían a la elite y los primeros hospitales de la caridad religiosa. El primer antecedente de la seguridad social es la Ley de Indemnizaciones por accidentes de trabajo. En 1945 el gobierno crea la Caja Nacional de Previsión, que funciona como un fondo de seguridad social para brindar cobertura de salud a los empleados gubernamentales y en 1946 nace el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS), luego sólo ICS, destinado a cubrir al personal del sector privado con financiación del gobierno, los patrones y trabajadores (Glassman, Escobar, Giuffrida y Giedion, 2010)

Los autores reflejan el aumento notable posterior de las instalaciones hospitalarias especialmente de la caridad alcanzándose en los años 60s un promedio de 3,5 camas y un médico cada 1.000 habitantes en los municipios grandes al tiempo que se empezaban a observar las asimetrías regionales. En 1969 se aprueba el Plan Nacional Hospitalario con el objetivo de impulsar la construcción de hospitales regionales pero las disparidades persisten hasta hoy. Siguiendo la misma fuente, otro hecho importante es en el año 1975 –luego de varios vaivenes– la creación del Sistema Nacional de Salud con el objetivo de integrar toda la infraestructura hospitalaria independientemente de la propiedad privada o pública. El sistema comienza a funcionar en el contexto del Plan Nacional de Salud que intentaba integrar las instituciones como subsistemas que ofrecían servicios determinados (Ramírez- Moreno, 2010). Pero el esquema siguió dividido entre lo que correspondía al ICSS, las cajas públicas y los hospitales

públicos que atendían a los no cubiertos

Para inicios de la década de los 90s, el 18% de la población tenía aseguramiento, alcanzando a un 50% de los trabajadores asalariados. El 82% de la población sin cobertura debía acceder a los servicios públicos de salud, insuficientes y de menor calidad (Jiménez Barbosa, 2009). Había 982 hospitales a nivel nacional de los cuales 705 eran públicos. Sin embargo, era muy frecuente encontrar serias deficiencias en los hospitales, la mayor crítica provenía de la escasez de recursos humanos e insumos, especialmente en el nivel 1. Sobre esta base se planteó la reforma posterior del sistema (Glassman, Escobar, Giuffrida y Giedion, 2010)

La reforma en Colombia va más allá de la salud, es más general y se basa en la descentralización. Según Guerrero, Prada y Chernichovsky (2014), la misma, entendida como proceso mediante el cual se transfieren las responsabilidades desde el sector público nacional a estructuras gubernamentales subnacionales o autónomas, se inicia en 1986 con la elección popular de alcaldes y en 1991 de gobernadores. Luego, se dictan diversas normas para que los gobiernos locales contaran con mayores recursos legales a la hora de ejercer sus nuevas funciones.

Siguiendo la misma fuente, la ley 10 (1990) apuntó sobre el subsistema público de salud, transfiriendo a los municipios los servicios de primer nivel de atención (hospitales locales, centros y puestos de salud) y a los departamentos aquellos servicios correspondientes al segundo y tercer nivel (hospitales regionales, universitarios y especializados). Por otro lado, la Ley organiza los SILOS (Sistemas Locales de Salud) que articulan el sector público y privado, los hospitales, comunidad y distintas personas que conforman el entorno, como aproximación a la APS (Correa González, 2017). A las entidades territoriales les encomendó la tarea de crear unidades administrativas separadas de la Secretaría de Salud; éstas debían crear formalmente una dirección local de salud y dotar a los establecimientos de la personería jurídica y administrativa necesaria para poder brindar servicios de primer nivel. Además, se definió una junta tripartita en los hospitales con representantes de la comunidad, científicos y políticos, que enviarían una terna de posibles directores para el establecimiento, al jefe de la entidad territorial, logrando autonomía respecto de la administración local. El municipio podía agregar servicios de prestadores privados con el objetivo final de fortalecer la red de atención.

La Constitución de 1991 de la República de Colombia, se refiere en sus artículos 44, 48, 49, 50 y 386 de manera clara a los temas relacionados con los derechos a la salud.

Garantiza esta Constitución, que el Estado es el encargado y responsable de satisfacer todas las necesidades, como las de salud, educación, saneamiento ambiental y agua potable; por lo cual determina que el presupuesto de gastos para estos rubros tiene una alta prioridad y está por encima de cualquier otro y que dichos recursos no pueden tener destinación diferente que afecte el servicio.

Con base en lo anterior, se define que el mismo Estado debe ser el encargado de ordenar todo el sistema de prestación de servicios de salud, definir las políticas para el funcionamiento del sistema y atención a los habitantes.

En estas definiciones, se contempla la participación de entidades privadas en la prestación del servicio de salud, establece y reglamenta su participación en el sistema y ejerce vigilancia y define los mecanismos de control para garantizar la calidad del servicio; enfatiza eso sí, que la seguridad social es de carácter obligatorio y el Estado es el responsable de prestarlo, sea por cuenta propia o con la participación de los privados, este ha sido un aspecto central de la problemática.

También define la constitución las competencias y aportes de cada ente (nación, entidades territoriales y privados) en el sistema, siempre bajo la lupa de la normatividad vigente en el país.

El artículo 49 define que los servicios de salud se organizarían en forma descentralizada, el 356 establece el porcentaje de recursos a distribuir entre departamentos y distritos, las transferencias se calcularían a partir de un porcentaje fijo de los recursos nacionales, lo cual hizo que durante el periodo 1994-2001, los destinados a salud, educación y saneamiento crecieran un 10% anual en términos reales, aumento que puede parecer elevado, pero es muy insuficiente (Chernichovsky, 2014)

En 1993 se inicia la reforma que da al sistema su forma actual. Siguiendo la fuente citada se aprueba la ley 60 que permite ofrecer a los gobiernos locales servicios de segundo y tercer nivel de complejidad, exigiendo requisitos en el manejo de recursos, similares a los establecidos por

la ley 10 (transferencia condicionada a la demostración de capacidad para brindar el servicio correspondiente).

Ese mismo año la Ley 100 crea el Sistema General de la Seguridad Social (SGSSS) como un modelo de aseguramiento social universal, aunque con restricciones. El modelo tiene dos regímenes distintos uno contributivo para personas con capacidad de aportar y otro subsidiado, en este caso con parámetros determinados por los datos del SISBEN, un ente que caracteriza a la población para acceder a beneficios sociales. El sistema supone que untrabajador en relación de dependencia o independiente que gana por encima del ingreso mínimo, aporta al régimen contributivo. Aquella persona identificada por el SISBEN como pobre, está cubierto por el régimen subsidiado (Glassman, Escobar, Giuffrida y Giedion, 2010). El Régimen Subsidiado se financia mediante un mecanismo de solidaridad a través de subsidios cruzados provenientes de trabajadores de la economía formal, junto con aportes del gobierno nacional y local (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

En el esquema, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) funcionan como aseguradoras en ambos regímenes. El financiamiento se canaliza a través de las EPS para que éstas solventen el costo de la atención provista por los hospitales. Se esperaba resolver así la cuestión de la inconsistencia en los recursos transferidos por los gobiernos con respecto a los servicios brindados y las necesidades de la comunidad.

Los proveedores pasaban a ser Institutos Prestadores de salud (IPS) y los hospitales públicos comenzaron a funcionar como empresas sociales del estado (ESE), con su propia estructura jurídica, económica y administrativa, con una junta directiva (con integrantes de la comunidad y del sector privado). A esto se suma la posibilidad de poder desarrollarse dentro del marco normativo establecido para contrataciones en el sector privado, y en línea con esto, la posibilidad de dar servicios de salud con contratos económicos que permitían el recupero de los costos operacionales. (Glassman, Escobar, Giuffrida y Giedion, 2010).

Se establece que, toda la estructura de servicios del subsector oficial perteneciente a las entidades territoriales, se deberían integrar con el SGSSS, ampliando las competencias de departamentos, distritos y municipios con el objetivo de garantizar una adecuada prestación y coberturas de los servicios de salud (Guerrero, Prada y Chernichovsky, 2014).

Respecto a la cuestión local, la Ley 100/1993 elimina los SILOS y a partir de allí no se pudieron evidenciar resultados en materia de promoción y prevención articuladas.

BID (2018) dice que el sistema funciona bajo un modelo de competencia en dos niveles, uno donde las EPS compiten por los potenciales afiliados a partir de diferencias en la amplitud de los planes de cobertura o calidad de los servicios, y un segundo nivel donde las IPS compiten entre ellas por lograr firmar contratos con distintas EPS dependiendo la calidad y el precio de los servicios ofrecidos.

Las direcciones de salud específicas tendrían a su cargo el sistema de subsidios destinado a la población vulnerable, fomentando además acuerdos con EPS, creando empresas solidarias de salud y nuevas ESE. Los municipios para poder recibir los fondos destinados a la población sin cobertura debían cumplir con ciertos requisitos a los que se le agregaba la certificación del Ministerio de Hacienda y Crédito Público. En caso de no contar con esta última certificación, la ruta de acceso al financiamiento era muy compleja, debiendo ser autorizada por el Ministerio de Hacienda, el de Salud, el departamento y la asamblea, el municipio y con su consejo, más la EPS indicada (Glassman, Escobar, Giuffrida y Giedion, 2010).

Todos los planes y programas están enmarcados dentro del POS, que según el Ministerio de Salud (2022) abarca los servicios de salud en prevención y la recuperación, el pago de las incapacidades por causa de accidentes laborales, enfermedades generales y la maternidad, también incluye los insumos y los medicamentos a que tiene derecho el usuario.

Se crea el FOSYGA con funciones claves en cuestiones de financiamiento, que delegó el trabajo operativo de la recaudación en las EPS, haciendo que asuman el riesgo financiero.

Surge además el Consejo Nacional de Seguridad Social. De acuerdo con la página oficial del ADRES, esta entidad es la encargada de administrar los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia.

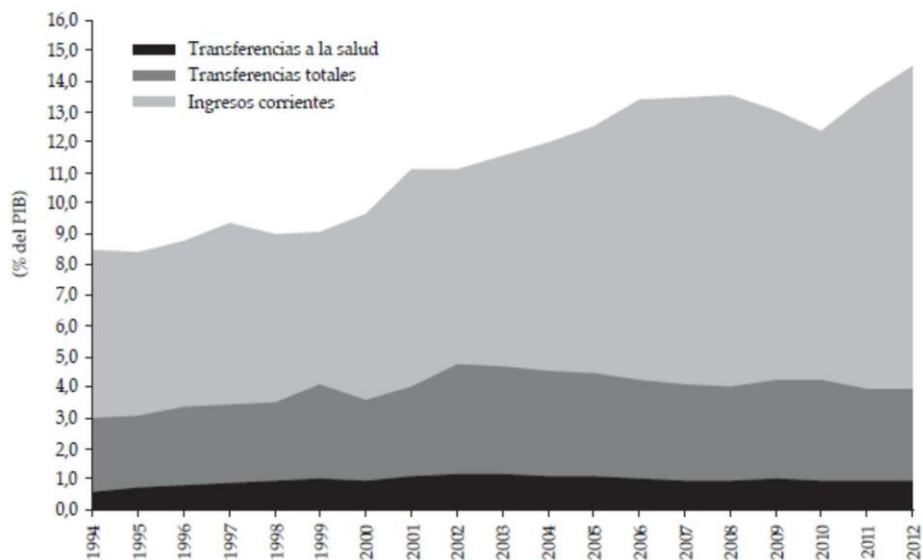
También debe encargarse de determinar cuáles son los medicamentos genéricos y esenciales del POS, definir los criterios de selección de los beneficiarios del régimen subsidiado de salud, entre muchas otras.

Por otro lado, el Consejo Nacional de la Seguridad Social en Colombia es un organismo de dirección dentro del Sistema de Seguridad social en Salud, que pertenece al MINSALUD que debe definir el POS según lo establecido en la ley 100 de 1993; establecer, entre otras funciones, los valores de las cotizaciones que deban realizar los afiliados y el régimen que deben adoptar las EPS para las incapacidades producto de enfermedades generales y maternidad. También deber encargarse de determinar cuáles son los medicamentos genéricos y esenciales del POS, definir los criterios de selección de los beneficiarios del régimen subsidiado de salud, entre muchas otras.

Por su parte, el Plan de Atención Básica (PAB) debe garantizar un paquete de intervenciones en promoción, prevención y la vigilancia de los factores de riesgo. Estos servicios colectivos son responsabilidad de la entidad territorial, contratando a hospitales o a distintos prestadores de la jurisdicción. Se prevé que estas acciones se afronten de manera independiente, sin quitar recursos a la atención (Glassman, Escobar, Giuffrida y Giedion, 2010). El acuerdo 117 (1998) hace obligatorio el cumplimiento de las actividades de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés público. En el año 2000, la constitución sufrió modificaciones en este aspecto y se desacoplaron los recursos provocando finalmente que la tasa de crecimiento de aquellos destinados a salud cayera a 3% anual en términos reales. El grafico nos permite evidenciar lo expuesto.



**Gráfico 2. Ingresos corrientes de la Nación y transferencias del SGP como porcentaje del PIB (1994-2012)**



Fuente: Guerrero, Prada y Chernichovsky (2014)

En el año 2001, la ley 60 se deroga y se aprueba la 715. Allí, la distribución de los niveles de salud entre departamentos y municipios no cambiaría, pero si comenzaba a perder relevancia la función prestación de servicios mientras crecía el número de afiliados y disminuía las personas no afiliadas a alguna EPS. El financiamiento del aseguramiento si quedó a cargo del municipio que además sería vigilado por el departamento, agregando al primero la tarea de proveer atención colectiva y el compromiso por dar servicios de prevención determinados en el Plan Obligatorio de Salud a la población integrante del régimen subsidiado. Esta responsabilidad es devuelta a las EPS luego en la ley 1122 del año 2007.

El decreto 1011 (2006) formaliza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud que será aplicado a los distintos proveedores de servicios (Prestadores de Servicios, Entidades Promotoras, adaptadas, departamentales, distritales, municipales, Empresas de Medicina Prepaga, entre otras). Adicionalmente el decreto 3518 (2006) crea el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Municipio de Sabaneta, 2016).

Por otro lado, se crean los subsidios parciales vinculados al Régimen Contributivo en virtud de las unidades de pago por capitación. De este modo se limita las coberturas en salud a la

población con capacidad de contribuir al sistema y las personas identificadas por el SISBEN en niveles 1, 2 y 3, excluyendo a una gran población de clase media (generalmente vinculada a la informalidad) debido al alto costo que implica afiliarse al régimen contributivo y se da un deterioro en los servicios del régimen subsidiado (Jiménez Barbosa, 2009).

Ley 1122 (2007) fue expedida, para mejorar la calidad del servicio a los usuarios en cuanto a la seguridad social y, de acuerdo con Arenas Monsalve (2007) la norma pretende un equilibrio financiero para darle sustentabilidad al sistema y poder brindar atención y cobertura a todos los habitantes del territorio nacional; además fija con claridad las responsabilidades de las EPS con sus afiliados. También considera la ley los mecanismos para que los pagos que se generen dentro del sistema y para el adecuado funcionamiento del mismo se den oportunamente y que de igual manera se contemplan los mecanismos de seguimiento y control al sistema como parte de la responsabilidad del Estado. Un aspecto muy importante que introduce de esta norma, es que establece la afiliación y atención a las personas privadas de la libertad.

Por su parte la resolución 425 del año 2008, define cómo será elaborado y controlado el Plan de Salud Territorial fijando además los ejes del mismo en aseguramiento, desarrollo de servicios, salud pública, promoción social y prevención de riesgos (profesionales, emergencias y desastres) (Municipio de Sabaneta, 2016).

El mal funcionamiento del sistema basado en la competencia y con grandes restricciones en cuanto al apoyo a sectores vulnerables se refleja en las más de 110 mil tutelas registradas durante el 2012 (Herrera Llamas, García Alarcón y Herrera Aguilar, 2016). Las mismas tienen su origen en un 33% en la vulneración en el derecho de acceso a la salud y un 56,4% han sido impuestas contra las entidades de aseguramiento solo apuntaban a negativas de atención de prestaciones del Plan Obligatorio de Salud (POS) (Jiménez Barbosa, 2009). Las sentencias C-463 y T-760 de la Corte Constitucional del 2008 establecieron que se debían actualizar íntegramente los POS y realizar la misma tarea por lo menos una vez al año, exigiendo además al Ministerio de Protección Social las acciones necesarias para garantizar la cobertura universal sostenible y sin diferencias en la calidad de atención. Si bien el POS fue modificado y hubo un cierto aumento del presupuesto, como veremos, la inequidad persiste hasta ahora.

Por entonces se aprueba el Plan Decenal de Salud Pública 2011-2021 con el objetivo de integrar todos los sistemas a la salud, guiando la acción a partir de una dimensión prioritaria que

abarcaría aspectos relevantes para garantizar la salud y el bienestar del individuo, y otra dimensión transversal cuyo foco se posicionaba sobre las competencias en entidades territoriales y nacionales de salud (Correa González, 2017).

La Ley 1438 de 2011 modifica el Sistema General de Seguridad Social en Salud con el objetivo de articular la acción del Estado con las instituciones y la comunidad, en el marco de la estrategia “Atención Primaria en Salud”, respondiendo formalmente al consenso internacional ya mencionado. Según la misma norma, la estrategia combina los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial y la participación social, comunitaria y ciudadana, tres componentes que se consideran integrados e interdependientes (Centro de Investigaciones y Prospectiva, 2015). En la interpretación de Municipio de Sabaneta (2016) se robustece así el SGSSS en la medida de que busca integrar al gobierno con las instituciones y la sociedad y mejorar todos los determinantes del proceso a partir de las redes. Uno de los objetivos de esta tesis es verificar si esto se dio en la práctica en el municipio bajo análisis especialmente en lo que hace a la APS y su relación con los actores del sistema.

En 2012 por otro lado, la ley 1607 modificó la fuente de financiamiento para empleadores de trabajadores que aporten menos de 10 SMLMV, por el Impuesto sobre la Renta para la Equidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Mediante la resolución 1841 de 2013 el Ministerio de Salud y de la Protección Social formuló el plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Las metas y objetivos que se propone el plan son en primer lugar la equidad en salud, mejora en los determinantes de la misma y disminución del impacto de la carga en la enfermedad, y en segundo lugar garantizar efectivamente el derecho a la salud y mejorar las condiciones de vida de la población (Municipio de Sabaneta, 2016). Lo anterior se realiza en términos de salud ambiental, convivencia social y salud mental, seguridad alimentaria y nutricional, derechos sexuales y reproductivos, vida saludable y enfermedades transmisibles, salud pública en emergencias y desastres, vida saludable y condiciones no transmisibles, salud y ámbito laboral, gestión diferencial de las poblaciones vulnerables, fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión en salud (Municipio de Sabaneta, 2016).

En 2015 se dicta la Ley estatutaria 1751 que regula el derecho fundamental a la salud y establece mecanismos de protección ampliando el accionar, promoviendo la protección frente a distintas enfermedades, utilizando determinantes sociales como aspectos claves a tener en cuenta

(Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). Surge la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) como nexo entre el sistema de salud y la seguridad social, enmarcándose en cuatro estrategias que buscan una APS con enfoque familiar y comunitario, el cuidado, la gestión integral de riesgos, y enfoques diferenciales en poblaciones y territorios.

Como cuestiones claves la ley propone la atención primaria en salud en poblaciones especiales principalmente, más participación en el sistema por parte de los usuarios, establecer redes de servicios públicas, privadas o mixtas, eliminar prohibiciones dadas por autorizaciones administrativas en la prestación de servicios de urgencias con sanciones penales en caso de negaciones de servicios, y elimina el POS, dando a todos los afiliados una cobertura total sin aprobación. En paralelo se norma la autonomía médica. En ese marco surge el MIAS (Modelo Integral de Atención en Salud). Las acciones propuestas son las Redes Integrales de Atención en Salud (RIAS) que permiten definir a los distintos actores del sistema entre los que puede estar las aseguradoras y los prestadores de servicios y el Fortalecimiento del Recurso Humano en Salud (RHS) (Correa González, 2017). Estos instrumentos se incluyen según lo establecido por Ministerio de Salud y Protección Social (2016) en el documento de ASIS que permite identificar problemáticas relevantes y hacer un orden de prioridades de las distintas necesidades poblacionales. Luego las entidades aseguradoras deben hacer un trabajo similar a fin de caracterizar las problemáticas centrales de sus afiliados, finalmente se llega al Plan Territorial de Salud que contenga el Plan de Intervenciones colectivas. La Gestión Integral de Riesgos en Salud (GIRS) coordina, monitorea y ajusta las acciones de cada grupo de riesgo definido por el RIAS.

En el 2015 también se lanza el plan de Salud Pública de Intervenciones colectivas que apunta a realizar con fondos extras una serie de actividades sociales, gratuitas, a cargo del Estado. Además, se proponen acciones individuales de alta externalidad de detección temprana y protección específica. El plan se compone de la gestión de insumos de interés público, seguimiento a las estrategias de promoción, control de vectores para prevenirlos, roedores y plagas, centros de escucha, información en salud, jornadas de vacunación, visita domiciliaria, vacunación antirrábica, medicamentos, etc. (Dirección de Promoción y Prevención, 2015).

A partir de allí, el Plan de Desarrollo 2014-2018 otorga facultades al Ministerio de Salud y

Protección Social para establecer la Política de Atención Integral en Salud, focalizando la misma en desarrollar rutas de atención, operar distintas redes integrales de servicios y fortalecer el nivel primario, logrando finalmente que la salud se convierta en un nexo entre la seguridad social y el Sistema de Salud.

En 2016 el decreto 780 estableció los comités de Participación Comunitaria en Salud (COPACO) como un espacio de coordinación entre el Estado y los distintos actores sociales, que formalmente deben estar compuestos por el alcalde municipal, el jefe de la Dirección de Salud municipal, el director del establecimiento de salud más relevante de la zona, y un representante de cada organización social o comunitaria existente (OPACS, s/f).

En este período, se incorpora una serie de actividades para aportar al acuerdo de paz, en ese marco, se implementó el Plan Nacional de Salud rural con el objetivo de mejorar la oferta de servicios en esas zonas, a partir del mejoramiento de la infraestructura y la implementación de un nuevo modelo de atención.

Según las mismas fuentes, en ese contexto se organiza la Red Integral de Prestación de Servicios (RED) que contempla a un conjunto de prestadores de servicios de salud articulados públicos o privados, que trabajan sobre un territorio específico, siempre incluyendo un componente primario y otro complementario de prestación. Se espera que los prestadores primarios formen equipos multidisciplinarios en salud a cargo de un grupo determinado de familias, a las cuales deben guiar en dentro del plan integral de cuidado primario y a partir de perfiles definidos a nivel nacional, condiciones y características de los territorios. Estos equipos, los mismos deben estar acompañados de un proceso de mejora tecnológica que abarque tanto la capacitación del médico general en medicina familiar, sino también una serie de herramientas que permitan un diagnóstico más rápido junto con plataformas de telemedicina y sistemas de información.

Complementariamente la IPS debe garantizar que exista una trazabilidad de la historia clínica perteneciente a la persona adscrita en todo el sistema de salud, para poder coordinar las acciones y mantener un seguimiento del paciente.

Finalmente, el Decreto 064 de 2020 busca adoptar medidas que garanticen la afiliación en el

Sistema General de Seguridad Social en Salud, especialmente en recién nacidos y menores de edad y su grupo familiar, así como los migrantes identificados con el Permiso Especial de Permanencia.

El ministerio citado dice que en todo este proceso desde 2011 de este modo se ubica la problemática dentro del Sistema de Salud y no del Sistema de Seguridad Social en Salud, y aquel es reconocido además como derecho social, dándose un giro rotundo al adoptar el enfoque colectivo de salud buscando impulsar acciones de promoción de la salud, prevención y atención, mediante acciones colectivas, lo que lo diferencia del enfoque de la Ley 100. De alguna manera se complementa la norma de 2011 y se generan nuevos instrumentos, al menos formalmente. Zuluaga (2021) dice que, debido a la poca voluntad política, no se dictaron normas que permitan su aplicación. La autora sostiene que lo mismo ocurre con las mayores competencias otorgadas a la Superintendencia Nacional de Salud.

## Los resultados y la satisfacción de los colombianos

Según datos relevados por BID (2018) en 2014 el gasto en salud total colombiano equivalió al 7,2% del PBI (U\$S 570 por persona); el 75% del gasto fue público y el 25% restante privado, mientras que el gasto de bolsillo ronda como ya dijimos el 15% del gasto total.

Prada (2018) pone el foco en el hecho de que la actual estructura tiene una escasez de recursos para la población pobre no asegurada. Para Bernal y Barbosa (2015) por eso hay problemas de sostenibilidad lo que podría afectar la cobertura a personas más vulnerables y la inversión en el sistema, producto de los pagos que deben realizarse a los distintos servicios.

Como reflejo de lo planteado, Colombia tiene una población afiliada que representa el 94,4%, pero la registrada dentro del régimen de cobertura subsidiado es un 45,5%, mientras un 44,9% pertenece al régimen contributivo y un 4,1% al régimen de excepción, un 5,6% no está afiliado, esto hace que la mitad de la población deba ser atendida por un Estado que gasta menos que buena parte de los países vecinos. Antioquia tiene un 93,6% de la población que se encuentra afiliada, un nivel superior de afiliados al régimen contributivo, con un 57,1%. No obstante, es uno de los municipios que menos cantidad de afiliados al régimen subsidiado presenta.

Tabla 22. Coberturas de afiliación al SGSSS según departamentos y régimen de afiliación, 20

Departamento	Subsidiado	Contributivo	Excepción	Total
Guainía	94,8%	13,1%	2,2%	110,0%
Sucre	87,6%	17,4%	2,5%	107,6%
Vichada	83,9%	9,6%	1,8%	95,3%
Cesar	77,4%	29,4%	2,3%	109,1%
Arauca	75,4%	16,5%	2,1%	94,0%
Córdoba	73,6%	16,5%	2,3%	92,3%
Chocó	71,6%	9,4%	2,5%	83,5%
Putumayo	71,2%	11,9%	2,6%	85,8%
Magdalena	70,7%	28,1%	2,3%	101,1%
Norte de Santander	70,4%	30,1%	2,0%	102,6%
La Guajira	69,9%	12,9%	1,5%	84,3%
Amazonas	67,3%	19,8%	2,6%	89,7%
Cauca	67,1%	19,4%	1,9%	88,4%
Bolívar	65,8%	29,1%	2,0%	96,9%
Huila	63,7%	26,5%	2,1%	92,4%
Nariño	62,3%	14,6%	1,8%	78,7%
Caquetá	61,6%	14,5%	2,1%	78,1%
Vaupés	59,5%	7,6%	2,6%	69,7%
Casanare	59,4%	39,9%	2,6%	102,0%
Atlántico	52,7%	43,9%	1,5%	98,1%
Guaviare	50,9%	14,2%	1,6%	66,7%
Tolima	50,9%	33,9%	1,9%	86,6%
Boyacá	50,4%	34,7%	2,4%	87,4%
Meta	49,9%	41,3%	1,8%	92,9%
Santander	43,9%	51,8%	3,3%	99,0%
Quindío	41,4%	46,0%	1,7%	89,2%
Risaralda	40,1%	54,6%	1,6%	96,3%
Caldas	39,3%	45,8%	2,0%	87,1%
Valle de Cauca	36,5%	52,3%	1,2%	90,1%
Antioquia	34,9%	57,1%	1,6%	93,6%
Cundinamarca	30,4%	48,8%	1,1%	80,3%
San Andrés	16,6%	53,9%	1,3%	71,8%
Bogotá D.C.	14,2%	76,8%	1,7%	92,7%
<b>Colombia</b>	<b>45,5%</b>	<b>44,9%</b>	<b>4,1%</b>	<b>94,4%</b>

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2019)

En lo que hace a la oferta, aumenta la concentración. La cantidad de EPS para los afiliados al régimen contributivo experimentó una caída de entre 2 y 15 EPS según el departamento durante el periodo 1998-2013, lo que se contrapone al mencionado aumento de afiliados.

En esa fecha se distribuían entre 18, lo que significa elevada concentración. A partir de allí, SaludCoop, Nueva EPS, Salud Total, Suramericana y Famisanar, concentraban el 73% de los afiliados (Según Guzmán Finol, 2014).

La misma fuente indica que en el régimen subsidiado, también puede verse la caída de las EPS entre 1999-2013, ya que en el último año mencionado apenas sumaban 35 (15 Cajas de Compensación Familiar, 13 Empresas Promotoras de Salud, y 7 Empresas Solidarias de Salud). Esto sucedió en buena medida porque se fijó una cantidad mínima de afiliados atendidos por una entidad para poder operar, en el marco de la política que supuestamente buscaba que las



entidades incrementen su capacidad de administrar el riesgo. En este régimen la concentración es menor ya que las 6 principales entidades con más afiliados concentran apenas por encima del 50%.

En cuanto a proveedores de salud, según Ministerio de Salud y Protección Social (2019) al año 2019 existen 18.819 IPS (19,4% públicas, 80,4% privadas, resto mixtas), concentradas principalmente en municipios de alta densidad poblacional y desarrollo, como es el caso de Bogotá y Antioquia que concentran el 15,4% y el 10,7% de las IPS, respectivamente.

Municipios como Caquetá, Arauca, Amazonas, San Andrés y Providencia, Guaviare, Vichada, Guainía y Vaupés registraron densidades menores al 1%. Según Guzmán Finol (2014) de los 1.124 municipios de Colombia, el 97% contaba con IPS pública (1.091 municipios) mientras que el 44% (504 municipios) solo tenían IPS pública, pero solo en 57 eran de mediana complejidad y en 41 alta complejidad.

En el siguiente cuadro de Guerrero, Prada y Chernichovsky (2014) se presenta la distribución de camas, discriminada por el tipo de entidad, pública, privada o mixta y por condiciones de edad o de salud, en él se aprecia que el 57% están en entidades privadas, el 42% en públicas y solo un 2% en instituciones mixtas en 2013.

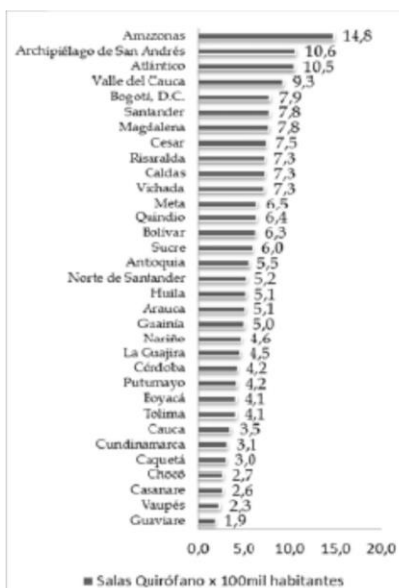
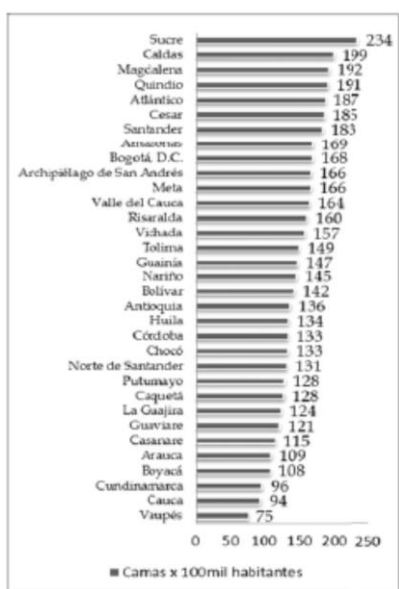
## Camas según propiedad

	Privada	%	Pública	%	Mixta	%	Total
Adultos	18.926	56%	14.320	42%	781	2%	34.027
Cuidado Agudo Mental	294	49%	312	51%		0%	606
Cuidado Intensivo Adulto	3.091	83%	560	15%	68	2%	3.719
Cuidado Intensivo Neonatal	1.438	83%	291	17%	13	1%	1.742
Cuidado Intensivo Pediátrico	596	83%	113	16%	11	2%	720
Cuidado Intermedio Adulto	1.567	79%	341	17%	75	4%	1.983
Cuidado Intermedio Mental	248	47%	276	53%		0%	524
Cuidado Intermedio Neonatal	1.638	73%	600	27%	18	1%	2.256
Cuidado Intermedio Pediátrico	310	83%	62	17%	2	1%	374
Farmacodependencia	895	80%	230	20%		0%	1.125
Obstetricia	2.947	37%	5.015	62%	70	1%	8.032
Pediátrica	4.708	44%	5.688	54%	196	2%	10.592
Psiquiatría	2.903	70%	1.248	30%	10	0%	4.161
Unidad de Quemados Adulto	39	36%	67	62%	2	2%	108
Unidad de Quemados Pediátrico	47	59%	29	36%	4	5%	80
Total	39.647	57%	29.152	42%	1.250	2%	70.049

Fuente. REPS (Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud). (2013)

En cuanto a las camas cada cien mil habitantes vemos que Antioquia se encuentra aproximadamente en el centro de la distribución con 136, por detrás de Sucre que alcanza las 234. Algo similar ocurre con las salas quirófano, porque Antioquia nuevamente vuelve a ubicarse cerca del centro de la distribución con 5,5 salas cada cien mil, mientras que Amazonas ubicada en primer lugar alcanza las 14,8 salas.

## Camas por departamento



Fuente: Guzmán Finol (2014)

Estos datos son consecuencia de un cierto aumento del gasto y una expansión irregular en los servicios principalmente en el sector privado y en aquellos sectores de complejidad tecnológica más elevada. Ministerio de Salud y Protección Social (2016) dice que durante el periodo 2013-2016 la capacidad instalada del sistema mostró un crecimiento del 6,6% y un 6,5% en las camas, pero en esta última variable el sector público muestra una caída del 1,6% mientras que en el privado creció un 12,5%. Por el contrario, las ambulancias crecieron un 19,8% pero gracias al 26% de las instituciones públicas contra el 14,7% de las privadas. Algo parecido sucedió con las salas de parto que se redujeron un 8,7%, explicado principalmente por una reducción equivalente al 20,1% en los privados. Cuando focalizamos el análisis en los establecimientos públicos vemos que los servicios de primer y segundo nivel de complejidad redujeron su oferta 2,8% y 1,5% respectivamente durante el periodo 2013-2016. Pero hubo un crecimiento del 9,8% en las IPS públicas del tercer nivel de atención.

Siempre según datos del Ministerio de Salud y Protección Social (2019) para 2017 a nivel nacional Colombia cuenta –como se mencionó en el capítulo 1- con 21 médicos cada 10.000 habitantes, pero nuevamente con fuertes disparidades regionales ya que Bogotá, Atlántico, Risaralda, Santander, Valle del Cauca, Huila y Antioquia muestran valores muy superiores y Chocó y Vaupés tienen muchos menos. Ya hemos visto que el promedio está por debajo de diversos países de América Latina.

Algo similar ocurre con el número de enfermeras cada 10.000 habitantes, cuando a nivel nacional hay 12 cada 10.000, con máximos en Bogotá donde alcanza las 22,1 enfermeras, y municipios como Norte de Santander (10,4), Boyacá (10,2), Nariño (10,1), Magdalena (10,1), Sucre (9,9), Huila (9,5), Arauca (9,4), Bolívar (9,3), Tolima (9,1), Cauca (9,1), Vaupés (9,0), Antioquia (8,7), Cundinamarca (8,4), Putumayo (7,5), Córdoba (6,8), La Guajira (6,5), Chocó (6,3) y Caquetá (5,5), todos debajo del promedio nacional.

Luego al mirar los profesionales en odontología, se aprecia que a nivel nacional Colombia cuenta con 10 profesionales cada 10.000 habitantes, con fuerte concentración en Bogotá, Amazonas, Quindío, Caldas y Casanare. En cuanto a los fisioterapeutas, el promedio

nacional es de 6 cada 10.000, nuevamente con Bogotá en el nivel de densidad más elevado seguido de Valle del Cauca, Santander, Norte de Santander y Cauca, mientras que las regiones más deficitarias son Caquetá, Guaviare, Chocó y Vaupés.

La fuente indica que cuando se analiza la cobertura de control pre natal en los distintos departamentos se observa que, los departamentos que poseen una situación económica más desventajosa tienen 11 puntos porcentuales menos de cobertura con respecto a aquellos de mejor pasar económico.

Los programas que surgen de la planificación nacional en salud son algo generales. Según Gaviria (2015) el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 presenta como objetivos en materia de salud Equidad, Sostenibilidad y Legitimidad; se enfoca en asegurar la prestación del servicio; la sostenibilidad, que pretende garantizar la correspondencia entre recursos y beneficios y la legitimidad, que tiene que ver con la confianza de la país y la elaboración de acuerdos entre los diferentes participantes del sector.

Adicionalmente, en el Plan Estratégico Sectorial 2014-2018 (PES) expedido por el Ministerio de Salud y la Protección Social (2015), se formulan las estrategias a desarrollar durante el cuatrienio en los ejes: Gestión misional y de gobierno, transparencia, participación y servicio al ciudadano, Gestión del talento humano, Eficiencia Administrativa y Gestión financiera. La mira del gobierno, según el PES que se pueda responder de manera oportuna e integrada a los retos que presenta el sector con la vinculación de todos los artífices del sector de la salud y la seguridad social. Apuntan las acciones del Ministerio a reducir en 14000 las muertes por enfermedades transmisibles, garantizar el bienestar de toda la población en concordancia con los Objetivos del Milenio formulados por la ONU (PES 2015). Se plantea la mejora de las condiciones vida, especialmente en el sector rural de la población, continuar con la reducción de la mortalidad infantil y de las mujeres en maternidad.

En el marco del Plan Nacional de Salud rural, en Antioquia se avanzó en un diagnóstico participativo sobre la capacidad instalada y calidad de los servicios y se mejoraron o construyeron centros de salud en Vigía del Fuerte y Yondó (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). Según la misma fuente se capacitó a 270 profesionales de la salud

pertenecientes al departamento, municipios y comunidades rurales, en temas como derecho sexual y reproductivo, practicas obstetricias, anticoncepción, prevención del embarazo en adolescencia, violencia sexual, IVE, nutrición e infancia, salud mental, y consumo de sustancias psicoactivas. Adicionalmente se capacitaron otros 47 profesionales pertenecientes a hospitales locales en Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (Clínico). En cuanto a la Atención Primaria en Salud se implementó una estrategia extramural e intercultural además de haber entrenado a líderes comunitarios para que puedan ser auxiliares de salud pública. Todas estas acciones, dentro del área perteneciente a Antioquia, fueron implementadas en los municipios de Ituango, Vigía del Fuerte, Remedios, Anorí y Dabeiba.

Los resultados son parte del debate, Ministerio de Salud y Protección Social (2019) plantea que Colombia ha logrado mejorar indicadores como la esperanza de vida, la mortalidad infantil y la muerte por enfermedades transmisibles, sin embargo desde hace un tiempo viene experimentando un proceso de envejecimiento poblacional, lo cual exige que una nueva estrategia para llevar adelante acciones que permitan fortalecer el sistema de atención frente al aumento de la mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles.

Herrera Llamas, García Alarcón y Herrera Aguilar (2016) dicen que los niveles de cobertura nunca estuvieron más elevados, sin embargo, a partir de la encuesta Gallup aproximadamente el 80% manifiesta desaprobación frente a la política en salud y, empeoramiento en la calidad y cobertura. Indicadores como esperanza de vida al nacer y mortalidad infantil reflejan este deterioro. En el caso del primero, según la OMC al año 2012 era de 79 años, sin embargo, cuando se amplía el concepto a esperanza de vida sana la edad se reduce a 68 años. En el segundo indicador se observa la fuerte desigualdad regional que aún persiste en materia de salud, cuando a nivel nacional la tasa de mortalidad infantil es 17,25%, mientras que en regiones como Vichada alcanza el 36,87%.

BID (2018) muestra una encuesta de percepción en la cual un 14,7% afirma que se requieren cambios menores, un 51% que hacen falta cambios fundamentales y un 30,3% que lo que se exige es una reconstrucción completa del sistema. Respecto al acceso a un centro de atención primaria se advierte que han visitado uno una vez al año, un 31,8% indica que posee un médico o servicio al que acude regularmente, solo un 7,5% de los encuestados indica contar con Atención Primaria en Salud centrada en el paciente. Los afiliados al régimen subsidiado muestran niveles de satisfacción muy inferior a los del contributivo.

Banco Mundial (2019) ofrece una visión aún más optimista, valora el progreso que ha tenido Colombia en la promoción de una agenda de calidad dentro de su sistema, logrando indicadores cercanos a países integrantes de la OCDE, y dice que con el paso del tiempo los pacientes están cada vez más conformes, pero dice que varios indicadores de salud son preocupantes. Además, advierte que estos y otros indicadores empeoran si se analizan en áreas rurales, por ejemplo, menciona que allí una consulta pediátrica tiene una demora promedio de 38,7 días; para una cirugía general es de 20,1 días en áreas rurales y 14,1 en urbanas. Veremos que sucede en Sabaneta.

## Capítulo 3. La salud en Sabaneta

### Generalidades y Situación social

El municipio de Sabaneta fue fundado en el año 1903 y comenzó a contar con sus propias autoridades a partir del año 1968. Al año 2018 cuenta con 82.375 habitantes de los cuales un 85,4% vive en la cabecera (70.401 habitantes) (Departamento Administrativo de Planeación, 2018). Limita al norte con Envigado e Itagüí, al sur con Caldas, al occidente con La Estrella y Medellín, y finalmente al oriente con Envigado. Con otros nueve municipios, integra el Área Metropolitana del Valle de Aburrá.

De acuerdo con el Área Metropolitanas (2019), esta entidad fue creada mediante la Ordenanza Departamental N° 34 de noviembre 27 de 1980, para la promoción, planificación y coordinación del desarrollo conjunto y la prestación de servicios en los municipios que la conforman.

El Área Metropolitana del Valle de Aburrá es una entidad administrativa de derecho público que asocia a los 10 municipios que conforman el Valle de Aburrá: Medellín es la ciudad núcleo, alrededor de la cual están conurbados los municipios de Barbosa, Girardota, Copacabana, Bello, Itagüí, Sabaneta, Envigado, La Estrella y Caldas; vinculados entre sí por dinámicas e interrelaciones territoriales, ambientales, económicas, sociales, demográficas, culturales y tecnológicas que para la programación y coordinación de su desarrollo sustentable, desarrollo humano, ordenamiento territorial y racional prestación de servicios públicos requieren un ente coordinador. Actúa como autoridad de transporte público metropolitano y autoridad ambiental urbana. También funge como ente articulador planificador y de coordinación territorial, además de ser ente articulador en seguridad y convivencia, mediante un esquema asociativo territorial. La Junta Metropolitana la conforman los 10 alcaldes del Valle de Aburrá y la preside el alcalde de Medellín, ciudad núcleo.

Según la misma fuente, Área Metropolitanas (2019) el PBI del municipio alcanza los 3365 millones de pesos (contra 134 billones del departamento y 86.835 millones del Valle de Aburrá), explicado en un 32% por la industria manufacturera, un 15% por comercio y

transporte, 9% derechos e impuestos, y algo similar en administración pública y defensa, entre otras actividades.

Según Municipio de Sabaneta (2016) la densidad poblacional de Sabaneta es de 3.457 habitantes por Km<sup>2</sup>. Según esta fuente la población con necesidades básicas insatisfechas es inferior al del país y de Antioquia, alcanzando un 4,84%, y la que se encuentra en situación de miseria un 0,52%. Del mismo modo, para Departamento Nacional de Planeación (2018) en el año 2017 un 6,36% de la población vivía en condiciones de pobreza y un 1,36% en situación de indigencia, con un fuerte sesgo en contra de la población rural ya que particularmente allí los mismos niveles se elevan a 11,11% y 2,34% respectivamente.



Fuente: Departamento Nacional de Planeación (2018).

El índice multidimensional de condiciones de vida (IMCV) le otorga 53,02 puntos a Sabaneta, en una mejor posición con respecto al Valle de Aburrá y al departamento cuya puntuación alcanza como vimos los 47,89 y 43,58 puntos, respectivamente.

Los datos promisorios del municipio se verifican en otras variables que hacen a las condiciones de vida de la población. Si se observan las coberturas de educación en los niveles primarios, secundarios y medios, puede verse que el municipio al año 2016 contaba con tasas de cobertura por encima del 100% en todos los niveles, y notablemente por encima de los valores departamentales.



Eventos de Notificación Obligatoria	Antioquia	Sabaneta
Tasa de cobertura bruta de Educación categoría Primaria (MEN 2016)	110.53	143.57
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Secundario (MEN 2016)	100.83	157.74
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Media (MEN 2016)	70.46	108.83

Fuente: Municipio de Sabaneta (2017)

En relación a la salud Sabaneta encuentra mejores indicadores con respecto al Departamento, para el año 2015 y 2016. Nos referimos a las coberturas administrativas de vacunación con DPT 3, polio 3 dosis, los nacidos vivos que tuvieron cuatro o más consultas prenatales, la cobertura de parto institucional, hasta el porcentaje de partos atendidos por personal calificado. Caso contrario, la vacunación con triple viral y BCG para nacidos vivos presentan un cuadro de situación en peores condiciones que el departamento, y específicamente en la última donde la cobertura apenas alcanza el 13.32% cuando en el departamento es de 95,92%.

Determinantes intermedios de la salud – Sistema sanitario del Municipio de Sabaneta.

Determinantes intermedios de la salud	Antioquia	Sabaneta
Cobertura de afiliación al SGSSS (MSPS 2016)	93.8	98.55
Coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos	95.92	13.32
Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año (MSPS 2016)	94.79	97.95
Coberturas administrativas de vacunación con polio 3 dosis en menores de 1 año (MSPS 2016)	94.33	97.95
Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año (MSPS 2016)	95.47	92.80
Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal (EEVV-DANE 2015)	91.24	97.88
Cobertura de parto institucional (EEVV-DANE 2015)	99.43	99.86
	99.48	100.00

Fuente: Municipio de Sabaneta (2017)

El cuadro sucesivo nos muestra que Sabaneta no ha tenido en el año 2017 una buena performance en términos de tasa de mortalidad cada 1000 habitantes ya que registra un 6,84 contra un 4,92 de Antioquia y un 4,62 de Colombia. La tasa de fecundidad ubica a este municipio entre Antioquia y Colombia. Los datos son poco alentadores para un municipio

considerado privilegiado por los indicadores económicos y sociales generales.

	Colombia	Antioquia	Sabaneta
Tasa de mortalidad (x cada 1000 habitantes)	4,62	4,92	6,84
Razon de mortalidad materna a 42 días	51,01	27,33	ND
Tasa de fecundidad (x cada 1000 mujeres en edad fértil)	50,68	43,19	48,79
Tasa de mortalidad infantil en menores de 1 año	10,7	9,1	6

Fuente: Municipio de Sabaneta (2020).

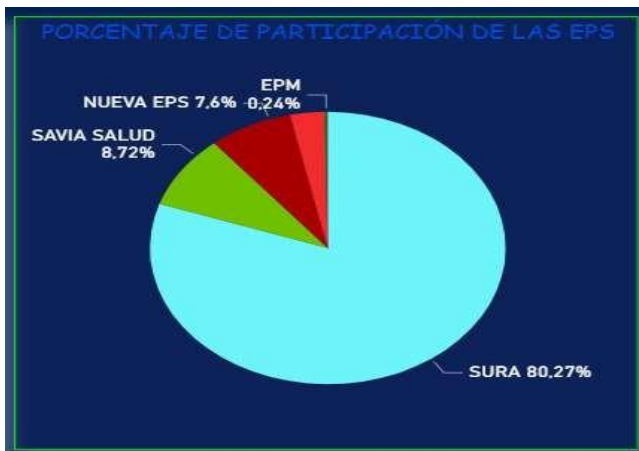
### El sistema de salud en Sabaneta

En este punto se empiezan vislumbrar elementos que hacen a los objetivos de la tesis entender el rol de la Secretaría de Salud de Sabaneta y sus posibilidades a partir de su estructura y su presupuesto, así como a las definiciones de los planes.

La cobertura de afiliados, tomada de fuentes nacionales alcanza en 2020 el 97.21%. Por régimen, se identifica que a nivel nacional el 48% están afiliados al régimen contributivo, el 47% al subsidiado en febrero 2022; en el departamento, el comportamiento es 62% y 36% respectivamente. La cobertura en el municipio de Sabaneta es inferior, pero el 88% están en el contributivo y en el subsidiado el 11%.

En cuanto a la participación de las EPS en el mes de septiembre en el Municipio de Sabaneta, encontramos que presenta mayor porcentaje de asegurados Sura con un 80,27%, seguido de Savia Salud con un 8,72%, la Nueva Eps con un 7,60% y otras entidades con un 3%<sup>3</sup>. Pero Savia Salud representa el 88% en el régimen subsidiado.

Distribución % por régimen. Municipio de Sabaneta, septiembre, 2021



**Fuente:** Coberturas en aseguramiento. <https://dssa.gov.co>, 15 de Septiembre 2021.

Según Municipio de Sabaneta (2016b) el municipio cuenta con una IPS pública (Hospital Venancio Díaz), y 8 privados, alcanzando 1,05 camas cada 1000 habitantes, encontrándose

---

<sup>3</sup> Los datos según (Alcaldía de Sabaneta, 2016) eran diferentes: por ejemplo, Sura tenía el 68%.

ausentes camas de cuidados intermedios e intensivos. También, el número de ambulancias cada 1000 habitantes es de 0,079, y específicamente las básicas o medicalizadas son de 0,039 cada 1000. Según Municipio de Sabaneta (2016) cuenta con 64 profesionales independientes.

Realizando un análisis más puntual de los servicios declarados por Municipio de Sabaneta (2017) vemos que los habitantes de Sabaneta pueden elegir en general entre pocas alternativas, 8 para acceder al servicio de odontología general y psicología; 7 servicios de medicina general; 6 de ortodoncia; 5 dermatología, nutrición por dar algunos ejemplos; 4 opciones diferentes en fisioterapia; 3 en laboratorio clínico, psiquiatría, servicios de detección temprana (en problemas de desarrollo, embarazo y cáncer), planificación familiar y vacunación; 2 opciones en el servicio de radiología e imágenes diagnósticas, anestesia, cirugía general/ortopédica/plástica y estética, medicina física y del deporte, oftalmología, ortopedia y traumatología, pediatría y, atención en el parto y al recién nacido. Por último, el municipio brinda una única opción en servicios de ecocardiografía, endoscopia digestiva, cardiología, otorrinolaringología, neuropediatría, urología, atención al consumidor de sustancias, geriatría, transporte asistencial básico y, servicio de urgencias, entre otras.

En cuanto al gobierno municipal, su situación fiscal es regular, está ubicado en el lugar 10 a nivel departamental y en el puesto 44 a nivel nacional, el índice de desempeño fiscal le da al municipio un total de 81,2 puntos, introduciéndolo en la categoría denominada “solvente”.

Fuente: Departamento Nacional de Planeación (2018).

Índice de Desempeño Fiscal (9)			Componentes IDF	
IDF	Total IDF	81,20	Autofinanciamiento	33,93
	Ranking Departamento	10	Respaldo a la deuda	13,18
2017	Ranking Nacional	44	Dependencia de las regalías de la Nación	11,97
			Capacidad de generación de recursos	82,03
			Magnitud de la inversión	70,04
			Capacidad de ahorro	60,25

Esto se explica principalmente por una buena puntuación en las variables que miden la capacidad de generación de recursos (82,03), magnitud de la inversión (70,04) y capacidad de ahorro (60,25). Sin embargo, en otras como deuda o dependencia de recursos de la nación, la situación es delicada.

La Secretaría de Salud cuenta con personal de planta o personal vinculado a la administración municipal y 65 contratistas con los cuales cubren los indicadores de producto que tienen en el plan de desarrollo, distribuidos en la Dirección de aseguramiento y prestación de servicios en salud y en la Dirección de salud pública, la cual tiene a su cargo la Subdirección de vigilancia y control de factores de riesgos (alimentos y establecimientos de comercio). En relación con la Infraestructura, la secretaría cuenta una planta física de 2 pisos perteneciente al municipio de Sabaneta.

Las organizaciones comunitarias disponen del Consejo Municipal de Seguridad Social en Salud (CMSSS), formado con el objetivo de la planificación, seguimiento y monitoreo de las políticas del Sistema General de Seguridad Social en Salud, además realiza recomendaciones a la Dirección de Salud sobre el PAB en el territorio. Está integrado por el alcalde, los responsables de salud y de hacienda, un representante del Ministerio de Trabajo, de los sindicatos, otro del prestador de salud, las EPS y representantes de la comunidad (Municipio de Envigado, 2021). También se ha conformado el Comité de Participación Comunitaria en Salud (COPACO), organismo creado por el Estado cuyo fines organizar los temas principales referentes a la salud y exigir a los distintos organismos que fortalezcan los procesos de participación ciudadana para lograr una retroalimentación (OPACS, s/f)

Según la misma fuente los objetivos de este comité son lograr reuniones entre autoridades locales, instituciones y organizaciones comunitarias para identificar y luego priorizar las problemáticas en salud más relevantes, permitir que las organizaciones sociales abocadas a la temática puedan participar en el proceso de planificación local, y finalmente lograr que esa participación ciudadana se transforme en un control social sobre los planes, programas y recursos de la localidad en cuestión. Como ya vimos en base al decreto 780 de 2016 están compuestos por el alcalde municipal, el jefe de la Dirección de Salud municipal, el director del establecimiento de salud más relevante de la zona, y un representante de cada organización social o comunitaria existente. En ambos casos se han verificado algunas reuniones informativas.

En cuanto al presupuesto, durante el periodo 2015-2021 el total de los recursos creció un 156% valorado en términos constantes a valores de 2015. Sin embargo, el 2021 lejos está de ser el año

de mayores recursos, esto sucedió en el 2020 en que los recursos ascienden a \$20.109.356.556.

Evolución recursos 2015=100. Valores constantes a precios 2015



**Fuente: elaboración propia en base a Municipalidad de Sabaneta (2022).**

En cuanto a su composición, al 2015 los recursos eran explicados en un 43% por SGP, 39% por FOSYGA, y un 18% por la Empresa Industrial y Comercial del Estado Administradora del Monopolio Rentístico de los Juegos de Suerte y Azar (COLJUEGOS).

Aquellos ingresos provenientes del SGP y COLJUEGOS se incrementaron un 49% y 42% en términos reales respectivamente, durante el periodo 2015-2021. Aquellos cuya fuente es FOSYGA, disminuyeron un 79% en términos reales en el mismo periodo.

A partir del año 2018, comienzan a registrarse en el sector salud los fondos provenientes del impuesto a la Industria y Comercio General, y el Predial Unificado Urbano (componentes del Fondo Local de Salud -FLS-), que al año 2018 representaron un 39% y 7% de los ingresos totales, respectivamente. El fondo local de salud tiene unas fuentes de financiación y una estructura definidas según la resolución 3042 de 2007 los cuales especifican claramente de dónde llegan los recursos y en que se deben gastar. Los recursos mencionados para el año 2018 son recursos que hacen parte de la asignación que hace Hacienda municipal a la Secretaría de Salud para cubrir los gastos de inversión que maneja el ente territorial. Estos recursos de Industria y comercio y Predial unificado son los recursos propios con los que cuenta el municipio para garantizar el funcionamiento de la entidad.

Para el año 2018 se hizo una retroalimentación e inclusión de un nuevo rubro presupuestal que

mejora la asignación de los recursos INGRESOS DE LA SUBCUENTA DE RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD: SGP ADRES Y PGN COLJUEGOS (Artículos 59 y 60 de la Ley 715 de 2001) RECURSOS PROPIOS (Ente Territorial – Departamento) REGALIAS RENDIMIENTOS FINANCIEROS FONPET (Artículo 147 de la Ley 1753 de 2015).

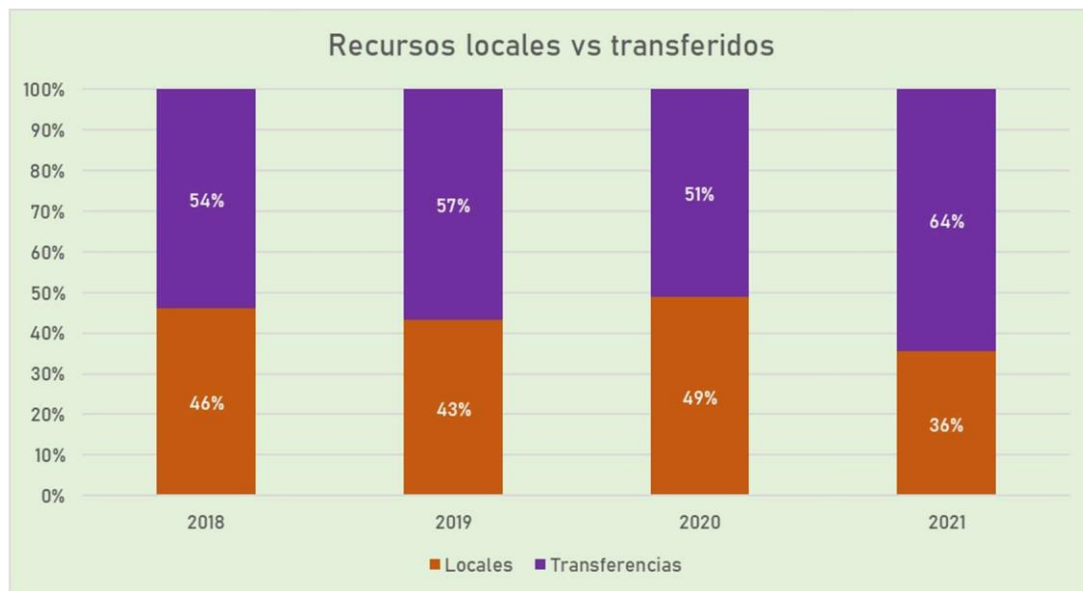
En los años siguientes (2019, 2020 y 2021), los fondos recibidos del impuesto a la industria y el comercio representaron un 38%, 45% y 28% respectivamente, sobre el total de recursos, y los registrados del Predial Unificado Urbano representaron un 5%, 4% y 8%, sobre el total de los mismos años. También surgen los fondos de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), que para ese año 2018 representaron un 6% del total. Ese año también se contó con recursos del FONPET por un monto equivalente a \$916.348.476 (6% sobre la totalidad de recursos) que cofinanciaron también el régimen subsidiado. Téngase en cuenta que este rubro es el recurso “comodín” que se incrementa o disminuye dependiendo de la dinámica poblacional con la que cuentan los municipios (nacimientos, defunciones, traslados, retiros, movilidades, etc.).

Al 2021 los recursos son explicados en un 28% por el impuesto a la industria y comercio, 25% SGP, 20% ADRES, 10% COLJUEGOS, 8% impuesto Predial Unificado Urbano, 5% transferencias departamentales, 3% FOSYGA, y 1% ingresos corrientes de la nación.



Fuente: elaboración propia en base a Municipalidad de Sabaneta (2022).

Si lo miramos en relación al porcentaje de fondos propios desde la conformación del Fondo Local, la evolución es la siguiente



Fuente: elaboración propia en base a Informe mensual de ejecución de presupuesto de ingresos (Municipio de Sabaneta, 2021).



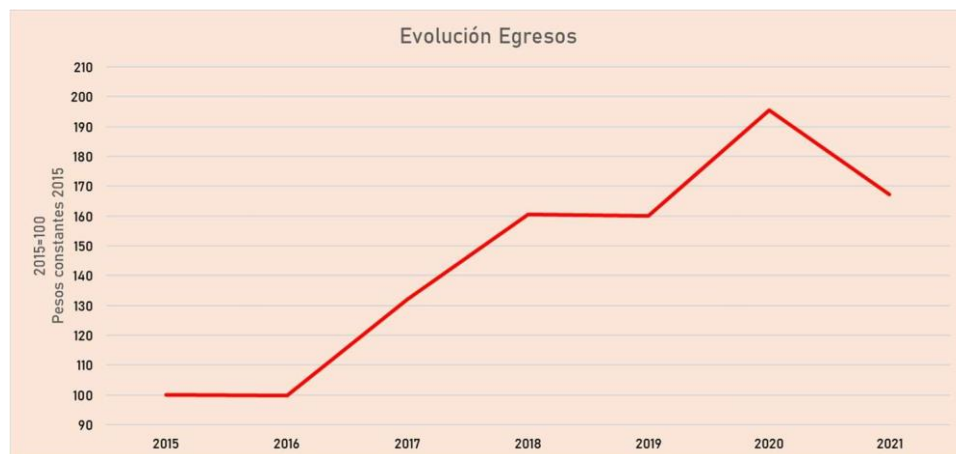
Respecto a los egresos de 2015 a 2017, estos superan a los ingresos en 55%, 46% y 64%, tal vez porque los fondos propios se contabilizaban en rentas generales. Desde 2018 este problema no surge porque existe el ya mencionado Fondo Local.

Por el lado de los egresos vemos que en términos reales el total gastado en salud se incrementó en un 67% durante el periodo 2015-2021, explicado por incrementos equivalentes a 81% y 61% en los gastos de personal y el rubro Fortalecimiento gestión y aseguramiento de la salud que representa mayormente la cobertura a las personas del régimen no contributivo y sin cobertura que mantuvieron una tendencia creciente durante todo el periodo. Es importante destacar que el 2021 no es el año de mayores gastos ya que se encuentra un 14% por debajo del 2020 como vimos con los recursos. El gasto público per cápita asciende a U\$S 54,12.

En el caso de los programas de prevención de la salud e inversiones, en el 2016 cayeron un 33% con respecto al 2015 en términos reales, y luego mostraron una tendencia creciente hasta el año 2020 llegando al 91% respecto al 2015. Al 2021 estos gastos ascienden al 41% por encima del año base. En dólares significó en 2021 U\$S 1.385.589.

Egresos 2015=100.

Valores constantes a precios 2015

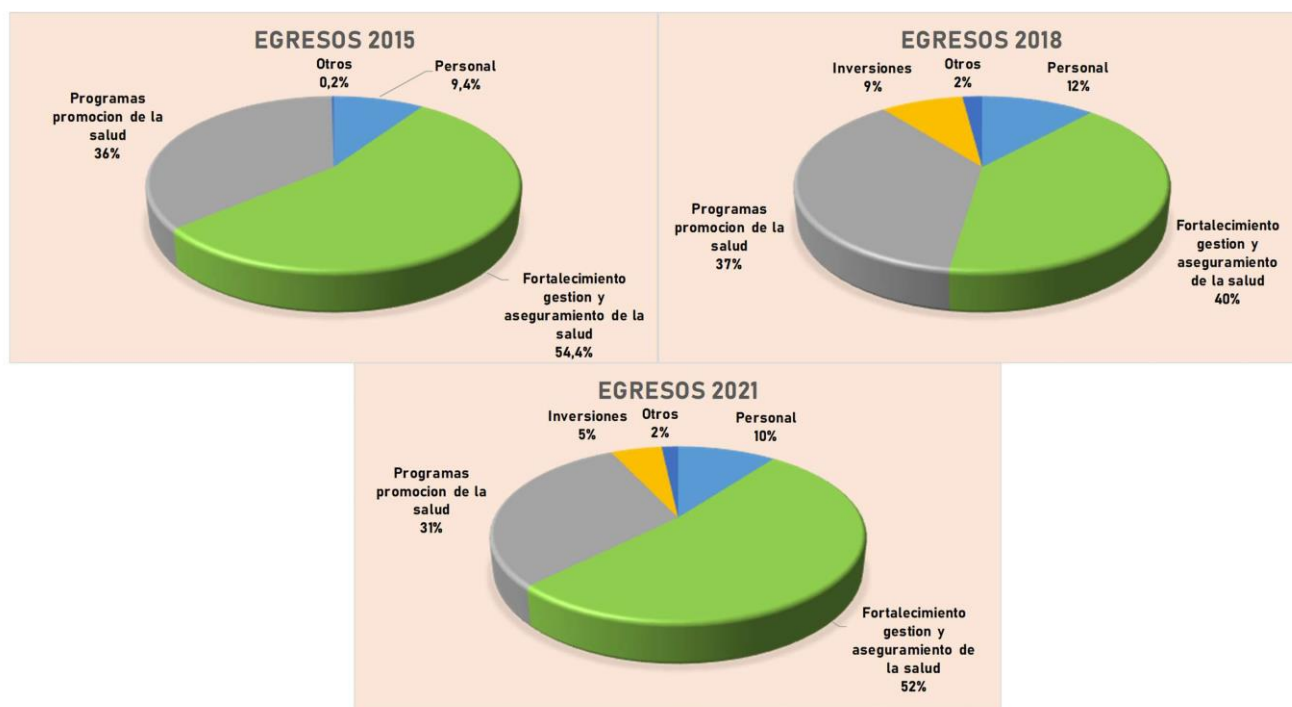


Fuente: elaboración propia en base a Municipalidad de Sabaneta (2022).

El caso de la inversión se presenta algo similar. Primero cabe destacar que en el presupuesto del año 2015 no se evidencia explícitamente gasto de inversión realizado.

Recién a partir del año 2016, como resultado de una serie de obras encaradas en el ESE Venancio Díaz Díaz, comienza a apreciarse un considerable nivel. En el año 2016 representó el 6% del gasto total, en 2018 un 9% y en 2021 un 5%.

Si miramos el total para 2021 el gasto en personal representa el 10%, los programas de prevención el 31% y el programa de aseguramiento el 51%, cabe anotar que los recursos del aseguramiento son situación de fondos y no ingresan al presupuesto municipal efectivamente.



Fuente: Elaboración propia en base a “Informe mensual de ejecución de presupuesto de gastos”.

## El Hospital Venancio Díaz Díaz

En este ítem se presentan elementos que aportan al estudio de la tarea del Hospital Venancio Díaz siempre a la luz de las recomendaciones de la OPS y que a su vez son condicionantes para analizar la tarea de ambos organismos en la pandemia.

Para atender a personas pertenecientes al régimen subsidiado, el municipio tiene convenio con Savia Salud, conformada por una alianza entre la Alcaldía de Medellín, la Gobernación de Antioquia y la empresa Comfama que se encarga de operarla. Su trabajo se focaliza en los afiliados al régimen subsidiado, labor que comparte con distintos hospitales públicos y secretarías de salud, lo que le permite alcanzar una buena posición entre todos los actores participantes (Galeano Sarmiento y Posadas Jiménez, 2015).

Lo hace en el municipio a través del Hospital Venancio Díaz y una amplia red de prestación (cabe destacar que en 2015 se aplicó la ley de movilidad –Decreto 3047, 2013-). Este decreto tiene como objeto permitir la movilidad de un régimen subsidiado hacia el régimen contributivo y viceversa, focalizados en niveles I y II del Sisbén que por cambios o intermitencias en sus condiciones socioeconómicas deben moverse de un régimen a otro y no quieran cambiar de entidad Promotora de Salud – EPS.

El Hospital Venancio Díaz contaba con 45 camas de medicina interna (39, adultos; 2, pediátricas; y 4, obstetricia), 16 camillas de observación, 10 consultorios externos, un quirófano, una mesa de parto, tres unidades de odontología, tres unidades de odontología y una ambulancia. Se trata de un hospital de primer y segundo nivel en la medida de que se hacen procedimientos quirúrgicos y otras especialidades, incluso laboratorio (Municipio de Sabaneta, 2016). Debido a la pandemia se agregaron 20 camas UCI<sup>4</sup>. Alcaldía de Sabaneta (2020) decía por entonces: “con las adecuaciones que se realizaron al Hospital, Sabaneta pasará a tener un hospital de tercer nivel”.

Se ofrecen urgencias médicas las 24 horas al día en patologías como clínica, sutura, fracturas, reanimación en pacientes críticos, terapia respiratoria, y tratamiento de

---

<sup>4</sup> Isaza Giraldo M (2020) informa que existen 20 camas UCI y 7 camas para cuidados especiales.

intoxicados. En 2016 se estableció el convenio 823 por el cual el Hospital ejecuta el PIC mediante la estrategia APS incluyendo un conjunto de actividades de seguimiento, capacitación, etc. Y se efectuó un contrato para dar servicios a población sin afiliación que incluye odontología, urgencias, medicamentos (Secretaría de Salud, 2019).

En cuanto a su plantel relevante en la atención de los pacientes, observamos cuatro médicos generales, 11 auxiliares en enfermería, dos en consultorio dental y otro en higiene oral, un enfermero profesional, además de otra gran cantidad de cargos administrativos u operativos.

Fuente: Centro de Investigaciones y Prospectiva (2015)

Tabla 13. Recurso humano vinculado. ESE. Venancio Díaz Díaz. Sabaneta. 2014

EMPLEO	TIPO DE CONTRATACIÓN	Nº DE CARGOS
Gerente Empresa Social del Estado	Vinculado	1
Subdirector Administrativo	Vinculado	1
Subdirector Científico	Vinculado	1
Profesional Universitario	Vinculado	1
Técnico Operativo	Vinculado	4
Técnico Operativo	Vinculado	1
Auxiliar Administrativo	Vinculado	2
Secretario(a)	Vinculado	1
Médico General	Vinculado	4
Enfermero Profesional	Vinculado	1
Técnico Área Salud- Sistemas de Información	Vinculado	1
Técnico Operativo- Trabajo Social	Vinculado	1
Técnico Área Salud- Regencia de Farmacia	Vinculado	1
Auxiliar área salud- Enfermería	Vinculado	11
Auxiliar área salud Higiene Oral	Vinculado	1
Auxiliar Administrativo Secretario Clínico	Vinculado	3
Auxiliar área salud- Consultorio dental	Vinculado	2
<b>TOTAL DE CARGOS</b>	<b>VINCULADOS</b>	<b>37</b>

Fuente: SIHO y Minsalud.

Gráfico 31. Comportamiento del índice de liquidez. ESE Sabaneta. 2005-2014

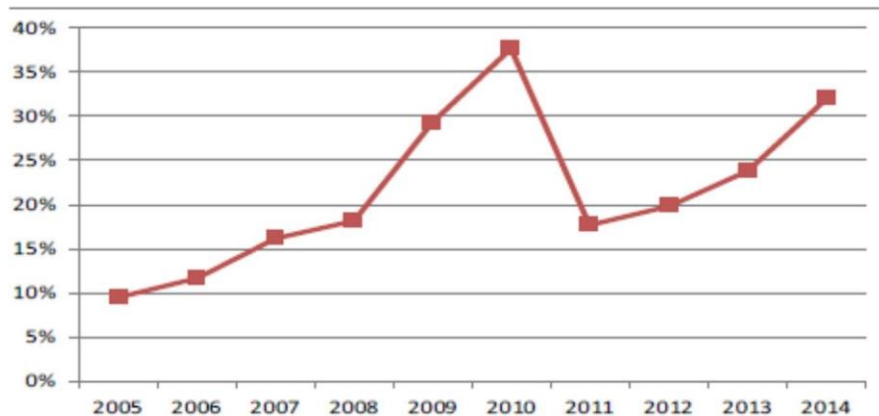


Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Información Hospitalaria y Minsalud.

Fuente: Centro de Investigaciones y Prospectiva (2015)

El tema ha sido el deterioro notable en el índice de liquidez durante el periodo 2008-2014, llegándose al peor momento en 2010. Tal es así que, si analizamos el índice de endeudamiento (la contrapartida de la iliquidez es el financiamiento necesario para cubrir los gastos no abonados), vamos a ver que 2010 y 2014 son los años en que más elevado fue el porcentaje de deuda, alcanzando un 37% y 33% respectivamente.

Gráfico 33. Comportamiento del índice de endeudamiento. ESE Sabaneta. 2005-2014

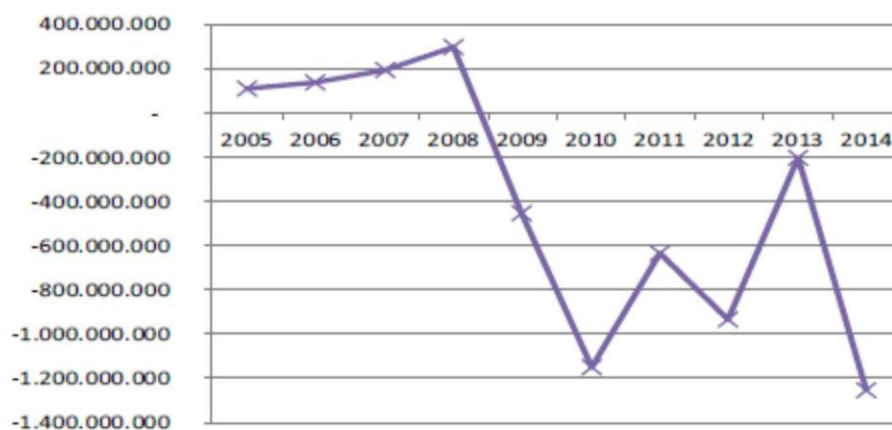


Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Información Hospitalaria y Minsalud.

Fuente: Centro de Investigaciones y Prospectiva (2015)

Dada la iliquidez y el alto endeudamiento se habla de crisis financiera, lo que repercute en los servicios, especialmente por la falta de capital de trabajo. Este aspecto puede verse en el gráfico adjunto observándose el riesgo que corre el funcionamiento normal de la institución. Lamentablemente no tenemos datos más actuales pero Ramírez Tapias (2017) incorpora el año 2015 y llega a similares resultados focalizándose en el problema de la acumulación de pasivos a corto plazo y mostrando que la demora en los pagos a proveedores alcanzaba los 230 días y que la situación repercute en la postergación de los gastos en infraestructura ya que se utilizan los fondos para cubrir pasivos. Y el autor marca que esto se da en un contexto en el cual las transferencias públicas han mejorado en diversos años, aunque siguen siendo insuficientes para cubrir los gastos operacionales.

**Gráfico 35. Comportamiento del capital de trabajo. ESE Sabaneta. 2005-2014**



**Fuente:** Elaboración propia con datos del Sistema de Información Hospitalaria y Minsalud.

Fuente: Centro de Investigaciones y Prospectiva (2015)

Naturalmente el panorama exige decisiones y el tema de la salud aparece en los planes. En el plan de desarrollo 2012-2015 se promovió la integración mediante el programa “Promoción Social en Red Pública y Privada” como subprograma de la estrategia APS. En ese período se impulsaron por un lado el programa escuelas saludables y por otro el equipo de orientación y avance de la estrategia APS Renovada (Municipio de Sabaneta, 2012) Alcaldía de Sabaneta (2016) en el Plan de Desarrollo Municipal 2016-2019 “Sabaneta de Todos” plantea que existe un defectuoso servicio de salud producto de la ineficiencia en el modelo de atención aplicado debido a barreras en los servicios del sistema, poca articulación entre sectores, falta de capacitación en cuanto al funcionamiento y afiliación del SGSSS, así como también en lo

referido al alcance establecido por la estrategia APS y en las RISS, y por último una mala utilización de los recursos que provoca un servicio precario. Todo lo anterior redundará en servicios poco oportunos, trato muy deshumanizado para los pacientes, sobre costos, tasas de morbilidad y mortalidad elevadas en alza, recursos mal aprovechados, y baja cobertura de los distintos programas vigentes. Es el reflejo de lo planteado para Colombia.

Entonces, y a partir de cuestiones como las mencionadas anteriormente, el plan se propone elevar los afiliados, incrementar a 2.500 el número de familias alcanzadas por festivales o acciones colectivas de prevención y salud pública, así como que más del 60% de la población asista a festivales informativos sobre los beneficios del SGSSS y sus planes.

Complementan lo anterior una serie de capacitaciones en consumo de sustancias psicoactivas, en acoso y explotación sexual, y tráfico de personas, asesorías psicológicas, jornadas de inspección sobre el agua potable, campañas de vacunación a animales, fumigaciones, cursos de manipulación de alimentos y manejo de residuos sólidos, etc. En Secretaría de Salud (2019) se evalúan los logros a partir de las metas mencionadas y se las da en general por cumplidas.

Pero en la dimensión de salud del IMCV de 2017 el municipio se ubica con 3,76 puntos lejos del ideal planteado en 6,69. El acceso a la salud y la percepción sobre la calidad de los servicios de salud muestran los peores indicadores con 0,62 y 0,59 puntos respectivamente, por detrás de personas en el hogar con sistema contributivo (0,90) y sistema de salud del jefe de hogar (1,65) (Departamento Administrativo de Planeación, 2018).

Según el diagnóstico de Municipio de Sabaneta (2020) que a su vez recoge otras fuentes, la población percibe que el hospital brinda un mal servicio. En el Plan de desarrollo 2020- 2023 se considera el tema de la salud como uno de los problemas principales del municipio y se identifica como urgente el armado de un equipo de trabajo y un plan de acción que reestructuren el sector y corrijan problemáticas a largo plazo. El Plan propone tres líneas de acción en términos de salud mediante tres programas distintos: S1, la salud es un derecho fundamental (mejorando el porcentaje de afiliación tanto para el régimen contributivo como para el subsidiado); S2, programa integral de salud mental (disminuyendo las personas con conductas suicidas y reintegrando a las personas con problemas de consumo); y S3 fortalecimiento del modelo de acción integral en salud con énfasis en vulnerabilidad

(disminuyendo la mortalidad infantil, en menores de años, por cáncer de cuello uterino, materna, dengue, y mejorando la cobertura en vacunación junto con los servicios hospitalarios).

En cuanto al Hospital, según sostiene Departamento Nacional de Planeación (2021) en el marco de la presentación del Proyecto de ampliación, remodelación y adecuación del mismo con fondos de programas nacionales, departamentales y municipales, el edificio presenta problemas de vulnerabilidad frente a la ocurrencia de sismos y una dimensión escasa para atender a la población de Sabaneta; al mismo tiempo advierte acerca de la desactualización de los equipos y los espacios inadecuados. El documento valora algunas mejoras, especialmente la incorporación de camas para enfrentar la pandemia, pero al mismo tiempo reconoce la insatisfacción en los pacientes.

Sin embargo, según ESE Hospital Venancio Díaz Díaz (2020) por ejemplo, durante el mes de septiembre del año 2021 se realizaron 181 encuestas a distintas personas con el objetivo de calificar los servicios brindados y las respuestas fueron muy positivas al evidenciar que el 67,4% de los encuestados calificaron la atención como muy buena, y el 32,6% restante como buena, no habiendo calificaciones regulares, malas o muy malas. Los servicios de medicina general, crónicos, hospitalización, gestantes, ortopedia, vacunación y fisioterapia fueron calificados como muy buenos; el servicio farmacéutico, laboratorio, odontología, rayos x, tuvieron calificaciones muy buenas o buenas; la Unidad de Cuidados Intensivos fue calificada como buena. Era de esperar que, luego de observar estas calificaciones, la totalidad de los encuestados indicara que “definitivamente sí” o “probablemente sí” recomendaran la institución a familiares o amigos. Esta evaluación se retoma en el trabajo de campo.



## Las posibilidades de la red

Dado este panorama y profundizando el análisis en la cuestión del acceso, un punto determinante es la distancia que deben recorrer las personas. Desde las veredas María Auxiliadora y Pan de Azúcar, la distancia máxima de traslado es de 12 kilómetros o 15 minutos, seguido por Cañaveralejo y La Doctora que se ubican a 8 y 6 kilómetros respectivamente, y el tiempo de traslado es de aproximadamente 10 minutos. En todos estos casos el tipo de transporte utilizado es público. No hay postas rurales.

**Tabla 6. Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en kilómetros municipio Sabaneta, 2013**

Municipios	Tiempo de llegada desde la vereda al municipio, en minutos.	Distancia en Kilómetros desde la vereda al municipio	Tipo de transporte desde la vereda al municipio
María Auxiliadora	15	12	Transporte público
Pan de Azúcar	15	12	Transporte público
Cañaveralejo	10	8	Transporte público
La Doctora	10	6	Transporte público

Fuente: Municipio de Sabaneta (2016b)

Luego si analizamos la distancia a otros municipios desde Sabaneta, vemos que Medellín implica un tiempo mayor de traslado (35 minutos) ya que se encuentra a 14 kilómetros, mientras que a Envigado, Itagüí y La Estrella, el tiempo es de 20, 10 y 10 minutos respectivamente. Todas distancias cubiertas por el servicio de transporte público.

**Tabla 7. Tiempo de traslado, tipo de transporte, distancia en kilómetros desde el municipio de Sabaneta hacia los municipios vecinos, 2013**

Municipio	Municipio vecino	Distancia en Kilómetros entre el municipio y su municipio vecino*	Tipo de transporte entre el municipio y el municipio vecino*	Tiempo estimado del traslado entre el municipio al municipio vecino*	
				horas	minutos
Sabaneta	Medellín	14	Publico		35
Sabaneta	Envigado	10	Publico		20
Sabaneta	Itagüí	6	Publico		10
Sabaneta	La Estrella	6	Publico		10

Fuente: Planeación Municipal

Fuente: Municipio de Sabaneta (2016b)

Al observar el tiempo de traslado hacia otra institución de salud con mayor nivel de complejidad, en este caso la E.S.E. San Vicente de Paúl de Caldas, vemos que es de 30 minutos de viaje.

Como el problema de la coordinación (es central en el AMVA, la Red Metropolitana de Salud se estableció en el Plan de Gestión 2012-2015 “Pura Vida” del AMVA y fue formalizada en el año 2013 mediante el Acuerdo Metropolitano N° 9. Es importante por que tiene como objetivo facilitar la integración de los servicios de salud públicos, o sea las ESE, las IPS y las secretarías de Salud priorizando la estrategia de Atención Primaria en Salud Renovada. Consta de un Fondo proveniente del SGP para afrontar la atención especialmente de la población que no está asegurada y actividades que hacen a la salud pública, aunque éstos últimos son escasos (Centro de Investigaciones y Prospectiva, 2015). Según la misma fuente, la red opera –como sucede también en tareas similares del municipio- a través del Hospital Venancio Díaz Díaz, mediante un contrato que abarca acciones en Atención Primaria en Salud que incluye Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia focalizada en las veredas, el programa Red de Salud Mental desarrollado por el Centro de Salud Mental de Envigado. Se delegan en las ESE las acciones en salud sexual y reproductiva, violencia intrafamiliar, vigilancia epidemiológica, y atención a la población pobre no asegurada.

Galeano Sarmiento y Posadas Jiménez (2015) dicen que la Red promovió procesos de formación, y con el correr del tiempo ganaron espacio los aspectos vinculados a la participación ciudadana para estimular y mejorar las acciones de ligas de usuarios y/o COPACOS, pero aun este tipo de cuestiones tienen menos importancia que otras.

A su vez hubo inicialmente 12 proyectos diseñados colectivamente, apuntados a tratar temas como el manejo de la pólvora, salas de crisis, enfermedades crónicas y red de ambulancias, impulsados por actores (a favor y en contra) que tienen intereses sobre esastemáticas.

Y por otro lado se definió la creación de la Corporación red prestadora de servicios de salud en el Valle de Aburrá (HOSPIRED) integrada por 10 ESE pertenecientes al Valle cuyo fin es brindar servicios integrales.

Más recientemente y en el marco del Consejo Metropolitano de Salud, se anunció la creación de la Unidad de Salud Pública Metropolitana, a cargo del Área Metropolitana del Valle de Aburrá con fines similares (Área Metropolitana del Valle de Aburrá, 2021). Este tipo de acciones pueden ser de gran ayuda, pero aún son incipientes.

La reacción del municipio consistió en dictar en el 2018 el Acuerdo Municipal 08, que facilita la aplicación en Sabaneta de la Red Metropolitana de Salud y las Redes de Prestación de Servicios fomentando la participación de la Administración Municipal, la Secretaría de Salud, el Hospital Venancio Díaz Díaz para promover acciones en línea con la ley y decretos nacionales. En esas acciones encontraremos educación y promoción, prevención de riesgos, tratamiento y rehabilitación, todas articuladas con la Red Primaria de Salud del municipio con el fin de asegurar un primer contacto con el usuario, pudiendo luego planificar las acciones a partir de las familias y comunidades. Al mismo tiempo se aprueba la participación de la Secretaría de Salud y el Hospital en la Red Prestadora de Salud en el Valle de Aburra promoviendo la oferta de servicios de ese origen (Concejo de Sabaneta, 2015). No hay evaluaciones sobre las acciones concretas de la red al menos, hechas públicas hasta el momento.

## Evolución del COVID 19 en Colombia y en Sabaneta

En este apartado se aborda el modo en que se encaró la actividad de prevención, tratamiento y apoyo a las familias en la pandemia.

De acuerdo con CNN Español (2020), en su informe Cronología del coronavirus, los primeros casos de coronavirus en el mundo, son reportados entre el 12 y el 29 de diciembre de 2019 en Wuhan (China) y en Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social, en su boletín 050 del 06 de marzo de 2020 da cuenta del primer caso de contagio de COVID 19 en una paciente de 19 años, que venía desde Italia y el 11 de marzo del mismo año, la OMS declara al coronavirus como una pandemia.

Según el mismo comunicado, en cabeza del Comité Nacional de Emergencias, se ha desarrollado la fase de preparación; en la cual, durante ocho semanas se han venido diseñando las estrategias para enfrentarlo, pues en esa fecha ya se habían reportado 96 países con casos identificados.

Para afrontar la situación surgida por la pandemia, el gobierno expide medidas de emergencia sanitaria, entre ellas la resolución 385 (2020) para lo que se denomina la fase de contención, con medidas como: cierre de aeropuertos para evitar que visitantes pudieran contagiar, aislamiento preventivo (cuarentena a nacionales que eran repatriados), confinamiento de la población, con restricciones para salir a abastecerse y/o laborar, cierre temporal de empresas de productos no esenciales e implementación de esquemas de teletrabajo para empleados, en su mayoría, con cargos en oficina, en la educación, se implementó la modalidad de educación virtual, a fin de minimizar el riesgo en un sector amplio de la población, tanto de estudiantes, como docente y directivos docentes.

De acuerdo con Torres (2020), estos cierres, serán más fuertes en algunos sectores, así, por ejemplo: agricultura y energía pueden continuar operando al 100%; la construcción se cierra al 100%, el comercio se cierra en aproximadamente un 100%; el transporte sufre una contracción del 50% aproximadamente.

Adicional a las medidas citadas, se desarrollan agresivas campañas de comunicación donde se difunden y se concientiza a la población sobre los esquemas de autocuidado, como el uso del tapabocas (mascarilla), lavado permanente de manos, lavado de alimentos antes de su preparación y consumo, uso de alcohol y antibacteriales para desinfectar las manos, lavado de ropa cuando se regresaba de la calle.

Paralelamente, el gobierno nacional toma acciones para fortalecer el sector salud específicamente, las Unidades de Cuidados Intensivos para atender el incremento progresivo de personas contagiadas, con la importación de equipos especializados de atención sin el cobro del IVA y el incremento considerable de camas. Este fortalecimiento se evidencia en la apropiación de 6 billones de pesos.

Según la Presidencia de la República (2020), a nivel social, el gobierno del presidente Iván Duque enfrenta la crisis con la destinación de mayores recursos para aproximadamente 3 millones de hogares en los programas de Familias en Acción, Jóvenes en Acción y Colombia Mayor, según el mandatario cada hogar recibiría en el 2020 \$1.440.000 y en el 20201 \$960.000.

Adicionalmente, dentro de las medidas, el gobierno nacional, amparado en la emergencia sanitaria decretada, expide el decreto 461 (2020) que le brinda facultades a los gobernadores y alcaldes para que reorienten el uso y destinación específica de recursos sin tener que esperar la autorización de las asambleas y los consejos.

También se implementó el Programa de Pruebas, Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible es una de las estrategias implementadas por el Gobierno Nacional para cortar las cadenas de contagio posible.

A diferencia de lo que fue el aislamiento preventivo obligatorio, la aplicación del PRASS no tiene un carácter masivo, sino que busca el confinamiento de las personas infectadas o con sospecha de estarlo.

De acuerdo con Fernández (2020), el Ministerio de Salud y Protección Social definió cuatro roles fundamentales para el programa: las secretarías de salud, los líderes PRASS, los equipos de rastreo y los equipos territoriales de vigilancia y control en salud pública.

Según su explicación, las secretarías de Salud son las encargadas de la implementación del PRASS en cada territorio, de coordinar acciones de aseguramiento en salud y con el Centro de Contacto Nacional de Rastreo la búsqueda efectiva y oportuna de casos y contactos. Los líderes PRASS apuntan a la coordinación del programa formulando, implementando y haciendo seguimiento a la ejecución de los planes. A. los equipos de rastreo, pertenecen trabajadores de la salud, profesionales y técnicos personal para el rastreo vía telefónica y presencial y para la evaluación de los casos detectados. Los equipos territoriales de vigilancia y control en salud pública, monitorean, hacen seguimiento y analizan la información para retroalimentar el PRASS

En cuanto a cantidad de contagios y fallecidos, de acuerdo con Blu Radio (2022) en Colombia se han recuperado 5.914.212 personas, han fallecido 139.489 y se encuentran 5494 casos activos, para un total de 6.059.195 casos. Si lo comparamos con otros países de la región, Brasil acumula mayor cantidad de contagios seguido de México y Colombia y en relación con las muertes, en orden de mayor a menor está Brasil, México, Perú y Colombia. Por los casos por número de habitantes los países con mayor cantidad de muertes son Chile y Perú, Colombia no forma parte de ese lote.

La vacunación en Colombia se inició, de acuerdo con MINSALUD (2022), el 17 de febrero de 2021, en la fase 1, con tres etapas; la primera, con 1.453.432 dosis, la segunda, con 6.620.274 el 8 de marzo y la tercera, el 22 de mayo, con 9.325.861 dosis; continúa la fase dos, con la etapa cuatro y 8.346.318 dosis y la etapa cinco, con 15.750.703 dosis.

La etapa uno, abarcaba trabajadores de la salud y apoyo de atención a áreas COVID -19 y personas de 80 y más años de edad. La etapa dos, dirigida a otros trabajadores de la salud, personal de apoyo que laboran en áreas no COVID-19 y comunidad entre los 60 y 79 años.

La etapa tres, se orientó a personas entre los 50 y 50 años, personal del sector educativo, militares y sector educativo, personas entre 16 y 59 años con comorbilidades y la guardia indígena. La etapa cuatro, incluía edades entre 40 y 49 años, penados, habitantes en riesgo de brotes, bomberos y personal de socorro, pilotos auxiliares y de ocupaciones de alto riesgo y la etapa cinco, la población mayor de 16 años y los no priorizados en las etapas anteriores.

Con corte al 22 de marzo de 2022, en el país, según MINSALUD se han aplicado 79.932.662; con esquema completo van 34.495.258 personas, con dosis única 6.303.705, con primera dosis, se han vacunado 35.462.277, con segunda dosis, hay aplicadas 28.191.553 y con la tercera dosis o de refuerzo, hay 9.975.127. Según el mismo MINSALUD (2022), el promedio de dosis diarias aplicadas es de 122.732 dosis.

De acuerdo con el presidente de la República, Iván Duque Márquez (2020), Colombia enfrentó la pandemia de manera pronta, basada en tres ejes fundamentales: la protección de la salud de sus habitantes, la protección del tejido social y la protección y reactivación de la capacidad productiva. Para el ministro de Salud, Fernando Ruíz (2020) la pandemia del COVID-19 ha mostrado la realidad del sistema de salud colombiano como el de todos los países del planeta; dejando en claro que, por las fortalezas del mismo, Colombia ha tenido una de las tasas de letalidad más bajas del mundo en la pandemia; enfatiza, que el sistema ha duplicado su capacidad de atención UCI, que venía fortaleciéndose desde 1993 y siendo casi el único en la región que obtenido tal logro.

De un modo similar, como aspecto positivo según Rodríguez (2020), fue que quedó establecida una red de laboratorios públicos, de universidades y una fortalecida capacidad para el diagnóstico. Como dato importante a resaltar es que en el país se pasó de un laboratorio de biología molecular a 151.

Pero, de acuerdo con Ruíz Hurtado (2020), la pandemia tomó al país totalmente desprevenido, pues su sistema de salud tenía serias carencias y a renglón seguido, el enunciado de Hernández (2020) reafirma lo dicho cuando expresa que el país tenía limitaciones en el número de camas en cuidados intensivos, deficiencias en el sistema de vigilancia en salud pública, la red de laboratorios regionales para exámenes de esta enfermedad era casi inexistente, pues todo se

centraba en la capital del país. En el inicio de la pandemia, al decir de Rodríguez (2020) investigador del INS (Instituto de Salud Pública) hubo demora en el cierre del aeropuerto El Dorado de Bogotá, pues luego se demostró que entre el 90 y 95% de los primeros casos surgieron desde el transporte aéreo.

Para Rodríguez (2020), hubo otras fallas como la medida del día sin IVA, la eliminación de la prueba PCR para poder entrar a la Isla de San Andrés, la falta de control en la frontera con Brasil. Aunque se valora la estrategia PRASS, su implementación fue retrasada desde abril hasta agosto de 2020; además, se evidenció que al programa le faltaron más medidas de aislamiento y el freno de la salida de la población en los momentos cruciales de los contagios.

Para la Unidad Investigativa de El Tiempo (2020), el personal de salud, no cuenta con los equipos e insumos necesarios para atender la emergencia, como es falta de tapabocas, de trajes de bioseguridad y quirúrgicos, guantes polainas y no a todos se les esteriliza la ropa, y sumado a esto, se detecta un agravante, que su situación laboral es muy difícil, dicen, muy precaria.

Esta Unidad investigativa también da cuenta de otra situación muy preocupante y es que las ARL (Administradoras de Riesgos Laborales) no reconocen al Covid-19 como enfermedad laboral.

Según Hernández (2020) doctor en Salud Pública y docente de la Universidad de los Andes se falló en la visita domiciliaria, se evidenció que es el sistema del país es curativo y no preventivo; por esto, queda como reto que el país conciba su sistema de salud pública en un sistema basado en atención primaria, que evite que las personas lleguen a las UCI.



También, dice Hernández (2020) que las ayudas como el obsequio de mercados, fue una medida asistencialista y que no se pasó a la búsqueda políticas que garantizaran ingresos mínimos a la población para evitar el deterioro económico.

Para Restrepo Pombo (2021), el gobierno ha tenido un manejo de la pandemia que deja mucho que desear. Primero el “Show mediático” que montaron para recibir el cargamento con las primeras dosis, que eran mínimas para cantidad de habitantes del país y para la gran cantidad de contagios que se habían presentado hasta la fecha, el relajamiento de las medidas que hubo en el país, el incremento en los niveles de desempleo y las afugias que están pasando los empresarios y sus empresas para sobrevivir y mantenerse al menos a flote. Además, asegura el periodista, que el presidente abusó de su autoridad, para apropiarse de un horario de alta afluencia de televidentes con su programa “Prevención y acción”, que no pasó de ser otro show mediático. Para Restrepo (2021), las acciones de comunicación del presidente son solo actos de demagogia.

En Sabaneta, mientras, la alcaldía municipal ha implementado una serie de estrategias para afrontar la amenaza del Covid-19, acogiéndose a la normativa y estrategias propuestas por el gobierno nacional, la OMS/OPS, entre las acciones, según la Dirección de Comunicaciones de la alcaldía (2020) se cuentan, capacitación a funcionarios de la secretaría de salud, de gobierno en lo referente a la pandemia, creación del equipo de respuesta inmediata, realización de campañas de sensibilización, cambios en el calendario y actividades escolares, suspensión de eventos masivos, toque de queda para mayores de 70 años, creación del Centro de Acopio de Alimentos Municipal, donde se recibían donaciones alimentarias para atender las familias más necesitadas y la asignación de \$300.000.000 por parte de la alcaldía.

Además de lo anterior, se hizo la desinfección del territorio, habilitación de atención a la comunidad por medios virtuales y telefónicos.

De acuerdo con Santiago Montoya (2020), alcalde del municipio, se invirtieron más de \$1000 millones en el hospital Venancio Díaz, se consiguieron 15.000 mercados y la administración aportó \$1000 millones para 5000 mercados.

De acuerdo con el PRASS municipal (2021-2022), en Sabaneta, las diferentes IPS procesan 60 muestras/día, pero que se deberían estar realizando 200; Estas pruebas que fueron tomadas a los habitantes del municipio, presentan un promedio de realización, después que el servicio es solicitado, menor a 48 horas y de acuerdo con el diagnóstico PRASS la entrega de resultados, para antígeno es menor a tres horas y para PCR el tiempo de 24 horas aproximadamente. En relación con el rastreo, el mismo PRASS (2022) indica que se hacen cinco rastreos diarios por parte de la Secretaría de Salud del municipio; sin embargo, no se cuenta con información de las EPS para saber cuántos rastreos/día hacen y que la labor de rastreo desde el municipio, lo realiza personal propio, que asciende a seis personas

En cuanto al aislamiento, la fuente indica que no se hace aislamiento obligatorio, sino que se promueve para que la persona se aisle voluntariamente y que el municipio tiene una capacidad de aislamiento de 20 personas, los cuales se podrían ubicar en hoteles de la localidad. La internación, después de realizar masivamente las pruebas, se identifican los casos positivos y se procede al rastreo masivo y sistemático de las personas que se han contactado los contagiados, luego se procede a realizar el aislamiento durante 14 días, bien sea en el hogar, un hotel u otro sitio destinado para el efecto, A partir de ahí, se realiza el seguimiento a la persona aislada y a su grupo familiar para garantizar que se esté cumpliendo y para saber la evolución del estado de salud de todos los cercanos, con visitas aleatorias y/o llamadas telefónicas de verificación.

El mencionado PLAN PRASS TERRITORIAL (2022), muestra los siguientes resultados en Sabaneta, con 12.309 casos acumulados hasta la fecha, de los cuales, hay 30 activos, han fallecido 192 personas y se han recuperado 12062 personas. En cuanto a pruebas, evidencia el mismo plan que se registran 15.231, se ha realizado seguimiento a 40 viajeros en el territorio, se han aplicado 180.330 de 187.351 dosis recibidas. Hoy figuran, según este diagnóstico, 80.605 personas vacunadas con el esquema completo. Identifica el PRASS

(2022) que la vacunación está disminuyendo la cantidad de casos graves. Y se detectó un índice de letalidad en el municipio de 1.56%. En Antioquia y algunos departamentos adyacentes, según el diario La República (2022) las cifras de vacunados al 08 de marzo de 2022, son:

En Antioquia se ha aplicado un esquema completo por cada 2,2 habitantes (el 45% de la población se lo ha aplicado); en Risaralda, un esquema completo por cada 1.82 habitantes (54.9%); en Caldas, un esquema completo por cada 2.17 habitantes (46%); en Chocó, un esquema completo por cada cuatro habitantes (24.4%); Cundinamarca, un esquema completo por cada 2.86 habitantes (el 35%); en Bogotá, un esquema completo por cada 1.61 habitantes (62%); en Santander, un esquema completo por cada 1,8 habitantes (55.5%); en Bolívar, un esquema completo por cada 4.24 habitantes (23.5%); en Boyacá, un esquema completo por cada 1.64 habitantes (60.1%) y en Córdoba, un esquema completo por cada tres habitantes (33.4%).

Según la Dirección de Prensa de la alcaldía del municipio de Sabaneta (2022), al mes de febrero 89115 personas tiene el esquema de vacunación completo para inmunizarse contra el COVID 19, discriminados así: 96.448 personas vacunadas con primera dosis, 75.991 con segunda dosis y 13.124 con dosis única.

La logística que implementó la administración municipal consistió en el montaje de cinco puntos de vacunación, se hizo una labor de inmunización, casa por casa, en las veredas, zona del centro del municipio, en las instituciones educativas del municipio, en empresas ubicadas en el municipio, en ferias de servicios, a habitantes de calle, migrantes irregulares, en los establecimientos carcelarios y de detención del municipio, contando con el Aula Móvil de Salud

## **Capítulo 4. Las percepciones de los sabaneteños sobre el sistema de salud**

### La percepción general

En este capítulo se analiza la percepción de los pacientes para responder al objetivo específico respectivo. Se ha entrevistado a 10 pacientes usuarios del hospital (Anexo 1) y otros 10 que fueron diagnosticados por COVID (Anexo 2), todos habitantes del barrio de Calle Larga. También se han entrevistado 9 informantes claves, personal del hospital y de la Secretaría de Salud (Anexo 3). Las entrevistas se inician solicitando información personal y luego las mismas se desarrollan de un modo abierto para permitir un dialogo sustancioso. Las preguntas orientativas se presentan en los Anexos 4 y 5 y responden a los diversos perfiles de los entrevistados.

Los entrevistados están agrupados de la siguiente manera, un primer grupo usuarios sin una característica en especial, un segundo grupo de usuarios con diagnostico con COVID 19 y un tercer grupo conformado por personas vinculadas al sector salud.

El perfil de los entrevistados dentro del primer grupo es el siguiente: las primeras 10 personas entrevistadas se divide en 2 grupos de cinco usuarios cada uno, en edades entre los 19 y 30 años y un segundo grupo entre los 35 y 55 años de edad , 6 de ellos son hombres y 4 son mujeres, con ocupaciones como estudiantes, trabajadores independientes, operarios, conductores de vehículo y amas de casa, 4 vinculados al régimen subsidiado y 6 en régimen contributivo; 3 de estos tiene un servicio de salud adicional (plan complementario 2 personas y uno medico en casa).

El segundo grupo poblacional entrevistado, de pacientes que se contagiaron de COVID 19, las edades de este grupo son: una persona de 49 años de edad y nueve pacientes entre los 50 y 73 años, en este grupo de usuarios ninguno es pertenece a otro programa diferente al régimen subsidiado o contributivo.

Un tercer grupo conformado estuvo por nueve personas pertenecientes al sector salud, seis hombres y tres mujeres, cuatro funcionarios de la secretaria de salud y cinco empleados del Hospital Venancio Díaz Díaz, con cargos desde el Gerente del hospital, subdirectores científicos del hospital, subdirector de sistemas de información, psicólogos, farmacéutico, enfermera, personal de facturación y personal de factores de riesgos.

De las entrevistas realizadas a informantes claves y pacientes, surgen varias coincidencias y matices. Por el lado de la Secretaría de salud, como ya se dijo, ésta cuenta con un espacio para el secretario y las cinco subdirecciones que conforman esta dependencia con el personal vinculado y contratista, éste último cambia con cada alcalde. Es una infraestructura muy escasa, no apta para discapacitados ni personas adultos mayores, incluso no están señalizados los espacios y el personal está amontonado. Además, se cuenta con un “carro de atención en salud” que se desplaza a las veredas del Municipio.

En la Secretaría no hay una atención primaria o una sala de urgencias que dependa directamente de ella, solo el hospital cumple estos servicios, en teoría las subdirecciones deben hacer cumplir el Plan de Desarrollo en articulación con el Hospital y para eso cuenta con el presupuesto ya abordado. Para el Profesional de enfermería esto es algo preocupante.

Según el Ex subdirector de aseguramiento a nivel interno el trabajo es más complicado, en los últimos años las diferencias con la gerencia y el personal del hospital no han permitido mantener una buena sincronización para la toma de decisiones y para el desarrollo de las actividades. Esto sucede aunque formalmente el nombramiento del gerente y otros cargos del organigrama administrativo del hospital es prerrogativa del alcalde. Sin embargo, para La Funcionaria de Factores de riesgo de la Secretaria de Salud hay buenas relaciones en el trabajo entre su organismo y el hospital, hay comunicación permanente y dependiendo el área se programan encuentros para dialogar o planear lo referente al Plan de desarrollo, en la misma línea, el Profesional de Factores de riesgos de la misma secretaría recuerda que el personal administrativo de su oficina realiza permanentemente auditorías a las diferentes dependencias del hospital, se generan informes que dan cuenta de lo realizado y lo que se tiene por cumplir, hay buenos espacios de comunicación y esto permite una retroalimentación y ajustes a lo planeado.

A la hora de detectar las actividades más visibles, sobresalen las tareas del grupo de vigilancia epidemiológica, las tareas del personal para factores de riesgo y una dependencia de control de alimentos.

Para el Exsubdirector de aseguramiento la campaña más visible que realizan es la de salud mental y la nutricional que realizan al interior de las instituciones educativas, plantea que es una oferta poco productiva y sin un eco importante en la comunidad. Psicóloga de la Secretaría de Salud dice al respecto “creo que no tienen una respuesta positiva”. Según la funcionaria de Factores de riesgo de la secretaria de Salud “hay algunos programas que generan espacios con la comunidad, pero debo reconocer que es una de las fallas que se tiene, los programas se desconocen en su mayoría por la falta de estrategias comunicacionales”. Y el Profesional de Factores de riesgos de la misma oficina plantea que no son muchas las salidas a los barrios, en algunas veredas se hace mayor presencia por algunas características especiales, pero no hay mucho trabajo en las calles. El Farmacéutico del Hospital plantea que es una debilidad de la secretaria de Salud la presencia en los barrios, incluso dice que tienen suficiente personal para desarrollar actividades y hacer presencia en cada sector del municipio, pero no se lo hace, solo “hay personal que visita los colegios en diferentes épocas del año”.

Entre los pacientes entrevistados la opinión es similar, éstos dan cuenta del escaso conocimiento que tienen de los programas de la secretaría de salud. La Pensionada dijo conocer los programas de salud mental, sexualidad, revisión oftalmológica control de presión arterial por pertenecer a uno de los grupos de la tercera edad, el Conductor menciona las jornadas de donación de sangre.

El Entrenador deportivo dice que en las carteleras del hospital tampoco se ve información clara, pero ha escuchado de visitas en los espacios deportivos, como una actividad del alcalde. El Trabajador independiente también opina que “la presencia de las entidades del estado en los barrios es un tema muy político, siempre van acompañadas de algo relacionado con el alcalde<sup>5</sup>. Para el Vendedor “no se ven campañas, como dirían les falta pelo para el moño”.

---

<sup>5</sup> El programa se llama “Alcalde en el Barrio”.

El Trabajador de Oficios varios también concluye con que “la información es muy poquita, la secretaria de salud no se hace visible para la comunidad”. Para el Docente “les falta más proyección en la comunidad”. El Comunicador habló de las caravanas itinerantes para vacunación antirrábica por diferentes barrios y veredas. El Empleado 2 ha mencionado por su esposa, las campañas en las escuelas, la explicación es que el personal es escaso.

Puestos a calificar su tarea, la mayor parte dice que la nota sería muy baja. Para el Trabajador de Oficios varios “un municipio no puede cumplir sus indicadores y su función con eventos en el parque, con los grupos de la tercera edad o con los colegios y listo, la comunidad en general no se ve beneficiada de estos programas si es que los hay”. En realidad, todos agradecen a la alcaldía la nueva UCI. Incluso el Trabajador de Oficios plantea que la situación hizo que la alcaldía asumiera un liderazgo importante en buscar mejoras para el hospital que nunca tuvo.

En cuanto al hospital Venancio Díaz Díaz, como todos, la Psicóloga de la secretaria de Salud opina que no cuenta con una infraestructura que pueda soportar las necesidades: “los pasillos para los desplazamientos no son adecuados por las dimensiones para transporte de pacientes en camillas, los consultorios son pequeños, hay demasiadas escalas, las salas de atención especializada al igual que la zona de hospitalización son muy reducidos”. El Exsubdirector de aseguramiento hace hincapié en que se requiere un reforzamiento por sismo resistencia. La funcionaria de Factores de riesgo de la secretaria de Salud plantea que el diseño no está acorde a las necesidades de una entidad de salud. El empleado encargado de la Facturación del hospital agrega que la movilidad interna no permite desplazamientos para personas con discapacidades físicas.

Las opiniones de los pacientes no difieren en cuanto a la infraestructura del hospital. El Comunicador lo dice sobre todo teniendo en cuenta el crecimiento demográfico de la ciudad. Lo mismo plantean el empleado 1, el Vendedor y el Docente. Para la Ama de casa 4 falta pintura. Falta que pinten algunos lugares que lo hacen ver viejo y sucio. Según el Conductor “es una promesa de cada alcalde que lo va a mejorar, pero no lo hacen” Pero según el Entrenador deportivo ha mejorado mucho en los últimos años.

En referencia a la limpieza, la misma es realizada por una empresa del municipio que se llama Asear, El subdirector científico del hospital dice que es un personal muy rotatorio, esto genera dificultades porque se requiere capacitación. Para el Profesional de Factores de riesgos de la secretaria de salud “la limpieza es regular, pero creo que nunca va a tener una mejor calificación de mi parte si no aumentan el personal de servicios generales, es un personal mínimo para el espacio tan grande y visitado. Según el Exsubdirector de aseguramiento de la secretaria de salud “el encargado del aseo lo hace bien pero no dura lohecho”.

Para los pacientes la evaluación no es tan negativa. La Ama de casa 1 y la Empleada doméstica dicen que es buena, la segunda acota que “pero, las señoras del aseo se quejan de que son muy poquitas”. Para el Vendedor es aceptable, para la Manicurista 1 puede mejorar. Pero para otros como el Empleado 2, falta personal: pasan varias horas y no pasa el personal de aseo. El Trabajador independiente acota que en las noches permanece una sola persona. Para la pensionada los cambios de sábanas en habitaciones cada 3 días, es poco “y si uno tenía algo muy sucio cambiaban solo eso”. “Los baños también pasan mucho rato con las basuras y el papel higiénico llenas por falta de personal para hacer la ronda de limpieza” (Conductor)

En relación con el rol de prevención y promoción que debería jugar el hospital, la Psicóloga de la secretaria de Salud resalta que la institución se ha especializado en intervenir en prevención de consumo de sustancias psicoactivas, fomento de la salud mental de la comunidad, prevención del embarazo adolescente, vacunación a la comunidad de todas las edades, etc. El Profesional de Factores de riesgos da cuenta del uso de la web, de la cartelera del hospital Según el Exsubdirector de aseguramiento de la secretaria de salud las campañas están muy dirigidas a los pacientes, el trabajo con la comunidad es muy mínimo, la secretaria por su parte se enfoca mucho en campañas de vacunación, salud mental, higiene bucal, adulto sano, control y desarrollo para niños. Según él falta mucho en los temas de promoción y prevención, la información a la comunidad no llega de la manera adecuada, esto hace que haya un distanciamiento cada vez mayor de ciudadano con el único hospital del municipio.



Los pacientes también reconocen que hay diferentes campañas comunicacionales de promoción y prevención frente a diferentes temas, según el Comunicador son eficaces, la estudiante resalta el muy buen trabajo respecto a la salud sexual y psicológica, sobre el cuidado bucal, alimenticio y otros que se han ido sumando. el Empleado 1, dice haber visto campañas ocasionales en el parque del municipio, pero no se ha enterado de algún plan de acción. el Docente dice que no son muy frecuentes. la Ama de casa 1 expresa que son pocos los programas que se conocen y en los barrios no los anuncian. el Empleado 2 dice que “he visto algunos volantes puestos en las carteleras, pero de resto no conozco nada de los programas”. Pero el Vendedor dice que son muy positivos para la comunidad. Según la Ama de casa 4, la Estilista, la Manicurista 2, la Pensionada, el Trabajador independiente, el Conductor, se hacen campañas en las carteleras del hospital, no hay información en ningún lugar más, que falta más información y promoción. la pensionada acota que “las carteleras no las lee nadie”. el Trabajador de Oficios varios reconoce que “también puede ser falla de uno”. Como el resto, la Operaria de máquina de coser dice no haber visto al personal en los barrios haciendo campaña. Para el Conductor “lo poco que hacen creo que no tiene mayor impacto en la comunidad”

La solicitud de citas puede ser vía telefónica o por página web. Según el subdirector científico del hospital “para el sabaneteño adulto es muy poca la utilización del sistema telefónico y virtual, sigue siendo más frecuente la solicitud de cita presencial”. Para el Exsubdirector de aseguramiento “la gente le desespera porque hay momentos donde la línea resulta ocupada y la manera virtual es la menos utilizada”. Respecto al tiempo de espera para ser atendido, los entrevistados hablan de 20 a 25 minutos, alguno dice 40; pero no se llevaban estadísticas al respecto

Según la Estudiante en el turno telefónico nunca contestan y si contestan es porque ya no hay citas disponibles, el servicio telefónico es muy malo, grave problema porque hay personas que no tiene la posibilidad de ir personalmente. Del mismo modo el entrenador deportivo dice que es muy difícil la comunicación. Como la mayoría la Operaria de máquina de coser se apersona directamente porque al teléfono se pierde el tiempo. Sin embargo, la Pensionada dice que “me va bien cada vez que llamo, hay veces que demora un poco en contestar, pero me funciona bien”. El Trabajador independiente usa el correo electrónico. La Empleada doméstica plantea sus problemas para el uso del computador.

La opinión sobre las señoras de la recepción difiere, la ama de casa 3 y la Manicurista 2 dicen

que son pocas, para la Ama de casa 4, la Estilista, son amables, para la empleada domésticas, el conductor y el trabajador independiente, el trato es normal, aunque hay momentos difíciles. la Operaria de máquina de coser dice que tratan mal a los usuarios, “responden sin mirar a la cara”. Según el Trabajador de Oficios varios, el personal está poco preparado para ser la puerta de entrada del hospital.

En lo que hace a la atención primaria, los entrevistados responden a partir de la presencia de los médicos generales en un área especial con este nombre. También se menciona el “agendamiento” para que el paciente sea recibido y éste es transportado en ambulancia a la clínica u hospital más cercano que tenga atención para el paciente según su gravedad y su tipo de afiliación. Según el Exsubgerente del hospital existe la Red permite que se consiga el hospital con capacidad, este es un proceso importante para no caer en un paseo con el paciente por toda el área metropolitana. De todos modos, según el subdirector científico del hospital este proceso que se llama Remisión y contra Remisión de pacientes, corre por cuenta directa de las EPS, una vez el hospital monta en plataforma la solicitud, es la EPS la que se encarga de hacer la gestión y no siempre estas EPS son buenas gestionando y eso hace que los pacientes se regresen a los hospitales. Si el esquema funciona, los centros de referencia, Cruce aprueban el traslado y se remite al paciente. Según el mencionado “Algunas remisiones son rápidas en el transcurso de una hora lo aceptan en el mejor de los casos, en promedio esta entre 12 a 24 horas, el récord está en un paciente que espero 37 días”. Los pacientes de Sura (80%) salen de forma rápida, los pacientes de nueva EPS (7,5%) o Coomeva o Savia salud más lentos.

Respecto al rol de atención primaria del Hospital, es evidente que el mayor uso de da por urgencias y que el vínculo entre médico general y especialistas es muy descoordinado. La Operaria de máquina de coser, la Ama de casa 4, La Empleada doméstica, la Estilista., La Manicurista 2, el Trabajador independiente, el Conductor, la Trabajadora de Oficios varios entran preferentemente por urgencias y luego por medicina general.

El Subdirector científico del hospital plantea que se está migrando al sistema de atención Familiar que permite nuclear todos los programas de este tipo, para eso dice que hay 2000 personas georreferenciadas y esa población se distribuyó con un médico (800 personas de un área por médico) y tiene el apoyo de un grupo interdisciplinario, Plantea: “Este proceso hasta donde conozco apenas está siendo aplicado a un porcentaje mínimo, está en análisis los resultados, pero por la situación de COVID ha disminuido mucho este trabajo de implementación”. Para la Profesional de enfermería este servicio está mejorando con un personal de apoyo para el medico que cumple la función de médico de familia.

El segundo menciona la nueva implementación del servicio de médico de familia, pero no ha tenido la oportunidad. La Trabajadora de Oficios varios conoce el servicio de médico defamilia, pero dice que no ha tenido la oportunidad de contar con ese servicio. Hay un área particular, la del control de la presión, los pacientes van regularmente y las enfermeras los conocen.

En cuanto a urgencias, el personal es reducido, por turno permanecen 2 o 3 médicos, 3 o 4 auxiliares de enfermería, un camillero y un conductor de ambulancia, hay unas 15 camillas ya que algunas son utilizadas en otros sitios del hospital y 14 sofás, se hace más difícil si la urgencia requiere de médico especialista porque este profesional no permanece un turno de urgencia, sino que debe ser programado (Psicóloga de la secretaria de Salud). el subdirector científico del hospital recuerda que es un hospital desbordado en infraestructura. Para el Profesional de enfermería el personal disponible en turno puede resultar poco para la atención individualizada que se debe hacer en algunos casos, este punto hace que el servicio no sea eficaz del todo.

Para el Empleado 1 la atención de urgencias es un beneficio, al Docente no le gusta la sala donde éstas se realizan, no hay personal suficiente y esto genera un caos en la atención. la Estudiante dice que en urgencias el servicio es bastante lento de 20 a 30 minutos de espera, y su atención debería de ser inmediata. La Estudiante manifiesta haber ido en 3 ocasiones con urgencias dentales y no lo atendieron, excusándose en razones de horarios. el Entrenador deportivo nos dice que “en las dos ocasiones que he tenido que ir al hospital mehan tocado los servicios de urgencias llenos y con poco personal médico disponible”. la Ama de casa 1 agrega que la clasificación para saber el nivel de atención demora mucho, “parece que no hubiera médicos”. “La última ocasión llegue con una herida y me atendieron a la hora y 15 minutos” (Ama de casa 2). Para la manicurista es cero eficiente. Como los otros pacientes la Empleada

doméstica plantea los inconvenientes de la sala de urgencias. Para el Trabajador de Oficinas varios como para varios entrevistados que valoran al personal “toca improvisar para atender a los usuarios”. La Empleada doméstica y el Conductor agregan que en urgencias a veces no hay espacio de donde esperar por la cantidad de tiempo que permanecen esperando que lo atiendan.

En cuanto a la demora para turnos la Estudiante dice que las citas son muy demoradas en general. Algunas especialidades y cirugías dan cita a 30 días. el Profesional de enfermería dice que los servicios de especialistas dan turno a dos meses. Todos los entrevistados dicen que todo depende del personal médico disponible. El Profesional de Factores de riesgos de la secretaria de salud dice que “hay momentos que la sala de urgencia o cualquier otro servicio tiene mucha demanda y la infraestructura del hospital es muy mínima, por esta razón también se daña el servicio en tiempo y en atención”.

“Siempre me dirijo al médico general antes, y en muchos casos, tras hacer los tramites no he logrado acceder al servicio de los especialistas, el servicio es muy lento y al momento de la autorización con éstos o se me han pasado los síntomas o me he visto obligado a auto medicarme”. También el Entrenador deportivo dice que las citas con especialistas así sean remitidos por el médico general siempre demoran la asignación. La Ama de casa 1 relata que “me han cambiado varias veces la cita, es como perder la ida. Por eso la Manicurista 1 solo utiliza las urgencias médicas, y utiliza los especialistas de su plan complementario.

También la Ama de casa 4 y el conductor opinan que es mucho tiempo de espera de una cita con los especialistas y en odontología.

Según la Ama de casa 1 hay gran pérdida de tiempo en la sala de espera. De un modo similar la Manicurista 1 se queja de que la atención es muy lenta y uno ve que los médicos muchas veces no están haciendo nada: “se tiene uno que enojar para que lo atiendan más o menos rápido”. Para el docente la espera es siempre mucho tiempo y en ocasiones son displicentes.

Lo mismo respecto al personal, el Entrenador deportivo dice que puede ser bueno, pero es poco y los turnos son agotadores. Para la estudiante los profesionales son buenos, aunque se agradecería una atención más enfocada y personalizada, las enfermeras también son muy queridas, pero siento que hay pocas para garantizar una mejor atención. El tema central parece ser para los entrevistados el maltrato del personal de registro que se ofusca con facilidad y la información no es la mejor. Para la Ama de casa 1 hay personas con poca calidad humana, son

en algunos casos groseros en su forma de contestar: “hay muy poca amabilidad, totalmente en desacuerdo con la forma de tratar a los pacientes en ese hospital”

Pero la opinión respecto a los profesionales está dividida la Manicurista 1 expresa que el personal es poco diligente y el servicio es muy lento. Según la Ama de casa 1 no son buenos receptores para escuchar a los pacientes la comunicación con el personal de la recepción y los médicos es muy difícil”. Para el Vendedor hace falta carisma y manejar una comunicación asertiva. En palabras del Empleado 2 “siento que por los momentos de mucha congestión hay palabras, gestos u otro motivo que incomodan a las personas y hacen que el servicio se vea mal realizado, parece uno contestándole a una pared”. la Ama de casa 2 dice que es más una situación de preguntar por unos síntomas o situaciones precisas, pero no es un diálogo ameno. Por el contrario, el Empleado 1 dice que hay una cercanía con el trato, el Docente que se presenta una atención cordial.

Preguntados acerca de la calidad de los profesionales, el Exsubdirector de aseguramiento plantea que las políticas de contratación impiden generar un sentido de pertenencia y esto redundaría en la falta de trato digno al usuario, además la rotación obliga a tener personal médico falto de experiencia que a su vez busca nuevos horizontes luego de unos pocos años. Entre el personal de enfermería influye la alta carga de trabajo. Para el Farmacéutico del Hospital “es buen personal, en poca cantidad”. El subdirector científico del hospital dice que esto se hizo más evidente en pandemia. la Psicóloga de la secretaria de Salud reconoce este diagnóstico y plantea la necesidad de mejorar la atención humanizando la relación con el paciente y fomentando la empatía. el Profesional de enfermería defiende su trabajo: “estamos preparados y capacitados para ofrecer un buen servicio, el personal asistencia y administrativo buscamos hacer siempre lo mejor de nosotros”.

Los médicos cuentan con una historia clínica electrónica, pero por la rotación mencionada en la mayoría de los casos no se conoce al paciente (Psicóloga de la secretaria de Salud), para el Exsubgerente del hospital “cuando alguien llegaba para ser atendido se busca hacerlo de la manera más cordial e incluso si necesitaban hablar con la Gerencias las puertas estaban abiertas”. En palabras del Profesional de enfermería “al paciente de atención regular se le conoce y se crea un vínculo ético y profesional con él, se le conoce desde su situación, hay pacientes que son rotativos y en un año pueden utilizar los servicios una vez, de igual manera se le atiende de modo muy profesional”. Según el Profesional de Factores de riesgos de la

secretaría de salud “dependiendo del médico es la calidad del servicio algunos lo hacen de manera rápida, sin generar diálogo con el paciente, incluso con una revisión mínima y basado en la lectura rápida de la ficha”.

En relación al trabajo en equipo, el diagnóstico del subdirector científico del hospital es certero: “al principio de la pandemia se trabajaba muy bien, había apoyo entre unos y otros, pero la misma pandemia desgastó poco a poco la gente y la gente no ha tenido momentos de renovación” Exsubdirector de aseguramiento dice: “siento que cada uno trata de cumplir su función y se marcha en busca de descanso”. Algo similar opinan todos los entrevistados

El comunicador dice que no cree que los profesionales conozcan en profundidad la historia clínica del paciente. La Estudiante plantea que tampoco cree que sepan quién soy “soy un paciente más como todos”. Para la Ama de casa 2, se guían por la historia clínica, “pero siento que no lo conocen a uno como paciente”. Sin embargo, la Operaria de máquina de coser, la Estilista, la Manicurista 2 y la Ama de casa 4, la Empleada doméstica, el Conductor, el Trabajador de Oficios varios dicen que los médicos son muy amables y el trato con el paciente es muy bueno. Todos fueron atendidos por COVID y se refieren especialmente a ese proceso.

En ese marco, el seguimiento al paciente se realiza mientras que está en el hospital, sea en atención primaria o en hospitalización, al terminar el proceso se le recomienda al paciente pedir cita de control con médico general (Exsubdirector de aseguramiento de la secretaría de salud). Psicóloga de la secretaría de Salud dice que “el seguimiento es mínimo creo que algunos médicos hacen algo, pero en su mayoría no proceden hacer seguimiento a sus pacientes”. Sin embargo, el Exsubgerente del hospital rescata el seguimiento a los niños en crecimiento y desarrollo, hipertensos, diabéticos y madres embarazadas entre otros.

La Estudiante dice en cuanto al seguimiento posterior que ha utilizado el servicio de psicología y sí ha habido un cuidado, en el resto de los servicios no; nunca lo han llamado después de una cita, una urgencia o una atención. El Empleado 2 dice que “no siento que haya seguimiento, la gran mayoría de consultas me han tocado con médicos diferentes. El Docente y el Entrenador deportivo dicen que en su caso tampoco lo ha tenido. Como la mayoría, la trabajadora de oficios varios dice no haber recibido seguimiento por consulta médica general. El Trabajador independiente cuenta que “solo por consulta general he repetido médico una vez. Para la Pensionada, salvo casos puntuales, no hay un conocimiento en general de los pacientes y sus

familias, el problema hay muchos médicos y enfermeras nuevos, mucho cambio de personal, el Conductor opina lo mismo.

A pesar de las quejas referidas a cuestiones estructurales o a malas experiencias puntuales, la mayor parte de los pacientes atendidos por COVID coinciden en valorar el servicio, la actitud del personal profesional y especialmente la nueva sala de cuidados intensivos, incluso Urgencias. Una buena síntesis puede ser la del Trabajador de Oficios varios: “considero que el personal médico y de enfermería es bueno, pero manifestaban el cansancio y la necesidad de más personal para mejorar la atención, creo que en hospitalización deben mejorar las instalaciones y las habitaciones son pocas, la pandemia nos demostró que es necesario invertir en salud”.

### La percepción en pandemia

Las percepciones sobre el rol del sistema de salud en pandemia es una continuidad de lo hasta aquí planteado, los informantes claves plantean que el personal médico y administrativo tanto de la secretaria de Salud como del hospital recibieron la capacitación. Por eso los entrevistados consideran que en un porcentaje alto el personal médico y de apoyo al sistema de salud han sido muy cumplidores de las recomendaciones

Por otro lado, el subdirector científico del hospital dice que recién cuando se supo acerca de la llegada de la UCI se inició la capacitación en ese aspecto. Valora el hecho de que inicialmente no se tenía al hospital referenciado para el primer pico, y sin embargo la institución estuvo a la altura, aunque diversos entrevistados hablan de la saturación del hospital. Gracias a la gestión de Alcaldía y secretaria gestionaron junto al Politécnico Jaime Isaza Cadavid un laboratorio en Sabaneta, este se implementó en el Ces, para hacer pruebas de búsquedas de caso y pruebas de diagnóstico.

Desde el día 13 de julio de 2020 a través del Decreto N° 263 se establece la medida del Pico y Cedula para el Área Metropolitana. se acudió a la estrategia de pico y cedula (según el número de identificación de correspondía salir a la calle para hacer las diligencias bancarias, compras de mercado, citas médicas)

Los entrevistados mencionan campañas en los barrios llevando grupos culturales para invitar a la gente a permanecer en sus casas manteniendo el autocuidado y el debido distanciamiento social, además se invitaba a las personas viajeras a realizar el aislamiento. el Profesional de enfermería dice que se realizó mucha pedagogía por redes sociales.

La Psicóloga de la secretaria de Salud concluye que fue tanta y confusa la información que se produjo una gran confusión entre el personal que, unida a la poca capacidad de atención en el hospital y la falta de un mayor gasto de la alcaldía, redundó en problemas graves en la atención. El Exsubdirector de aseguramiento dice que hubo un primer momento de falta de comunicación en el que creció la insatisfacción de los usuarios en el servicio recibido.

Para la mayor parte de los pacientes entrevistados, la información se dio por medios de comunicación nacionales y redes sociales. Hay consenso en que se podía contar con información, por internet, por televisión por la prensa o por volantes por debajo de las puertas. También se menciona el perifoneo, este consiste en el desplazamiento de en una motocicleta, la cual lleva un baffle o equipo de sonido, donde amplifican el sonido con la información o los mensajes que se necesita, este vehículo llega a todas las veredas y los barrios del municipio, es una alternativa para llegar a la comunidad, es de uso tradicional, lo que permitió que se enterara la comunidad. El Docente dijo que era confusa y no todos tienen esos medios para la información. La Manicurista 2 plantea el problema de quienes tienen poca habilidad en las redes, pero al mismo tiempo rescata como otros el rol de la información brindada en la escuela inicialmente y en la Tv luego. El Conductor recoge el tema de la saturación.

El Entrenador desconfía de la información de personas contagiadas del municipio pues según el docente la gobernación de Antioquia daba un dato diferente al del municipio y eso generaba dudas de la veracidad de la información. También el Trabajador independiente opina que las cifras de contagios en el municipio no eran reales.



Una vez detectado un caso positivo, se procedió como marcaba la norma, se clasificaba según si era manejo hospitalario o manejo ambulatorio, la ruta era hacer el diagnóstico, informar a secretaria de salud y EPS para seguimiento del paciente y en el segundo caso enviar al paciente de aislamiento en casa con su incapacidad laboral, las indicaciones de cuidado y los posibles signos de alarma por si se complicaba. En el caso hospitalario, el paciente sospechoso de enfermedad respiratoria se ponía en aislamiento

Si algunos reconocen que, para realizarse la prueba, se desarrollaron diferentes jornadas en el parque central y en el territorio, otros desconocen completamente estas acciones.

Respecto al testeo, la Ama de casa 3, la Estilista y la Operaria de máquina de coser mencionan el hospital y puesto del parque, pero muchos sin EPS debieron hacerlo en forma particular, especialmente al inicio el subdirector científico del hospital planea que, debido a las limitaciones estructurales, el aislamiento hospitalario no cumplía con las indicaciones técnicas específicas, “yo lo llamaba más una separación que un aislamiento”. el Profesional de factores de riesgos de la secretaria de salud dice que la clasificación estaba influenciada por la poca capacidad de camillas y el tipo de aseguramiento del paciente. También el subdirector científico del hospital plantea que cuando los casos no eran muchos se les brindaba apoyo familiar, psicológico y seguimiento rutinario, se hacían visita en casa, pero con los picos altos solo se le hizo seguimiento a las familias del paciente que fallecía. Lo mismo dice La funcionaria de Factores de riesgo de la secretaria de Salud.

Las consultas se realizaban en el hospital. Y diversos privados montaron tele consulta, pero luego los pacientes terminaban en el hospital el Trabajador independiente cuenta su experiencia de este modo, “esta última vez me ingresaron para atenderme en un sofá y pasó casi una hora para recibir el triage, luego me tocó esperar otra hora para que el médico pasara y efectivamente resulte positivo. La Pensionada relata que debió esperar afuera de Urgencias sentada por una hora y media, un accidente de tránsito complicó todo. Se notó la limitación estructural del área de Urgencias.

La Uci tenía una habitación para dos personas, hubo momentos de tensión por la cantidad de gente atendida. “La Manicurista 2 dice que, durante la pandemia, permanecí cuatro días en un sofá, porque no había habitación”,

La UCI y las habitaciones, son pequeñas para aislar a las personas en pandemia (Ama de casa 4). Los corredores son muy estrechos para movilizar a los pacientes. Pero para el Conductor, la atención fue muy buena y oportuna.

Respecto al seguimiento de personas con COVID, la Operaria de máquina de coser, la Ama de casa 4, la Empleada doméstica, la Manicurista 2, la Pensionada, el Trabajador independiente, el Conductor, el Trabajador de Oficios varios dicen que los llamaba una enfermera una vez al día hasta la primera o la segunda semana. La Estilista dice que sólo los dos días posteriores.

Tanto la Empleada doméstica, el Conductor como la Pensionada recuerdan las dificultades iniciales en la sala de urgencias, pero reconocen que ya en la internación la situación estuvo bajo control. La Operaria de máquina de coser agradece la atención recibida en la UCI y el acompañamiento psicológico. También se manifiesta agradecido la Ama de casa 3 “siempre las enfermeras estaban atentas y con los trajes adecuados para atender por el virus”. La Operaria de máquina de coser dice que los momentos de recaídas los médicos de turno permanecen al cuidado de todos. El Trabajador independiente concluye de este modo “se pasa la prueba porque nos atienden y nos salvan la vida, pero el hospital deja mucho que desear”. Y el Trabajador de Oficios varios: “el hospital tiene muy poca planta física, poco personal y los recursos son mínimos pero los médicos y las enfermeras que hay, hacen una muy buena labor, totalmente agradecido del servicio recibido”.

El Empleado contó que su proceso se dio de ese modo. Se hizo la prueba de manera particular, consultó al hospital y el personal cumplió con los protocolos, siguió en forma ambulatoria, de explicaron los signos de alarma, le dieron todas las recomendaciones y tenía llamadas cada 6 horas de una enfermera por ocho días. La Ama de casa 1 contó que presentó síntomas de COVID y fue atendido en el hospital durante dos días, luego enviada a mi casa para continuar en aislamiento, porque tenía muy controlada la respiración y no tenía otras enfermedades asociadas y el grupo familiar tampoco.

El mismo el subdirector científico del hospital menciona el apoyo económico especialmente para la alimentación. La Psicóloga de la secretaria de Salud relativiza el alcance: “se presentaron unas ayudas para algunas personas, pero no fue para la gran mayoría”. El Exsubdirector de aseguramiento se refiere a una mínima disminución en pago de impuestos o de servicios públicos. el profesional de enfermería recalca que tanto el apoyo psicológico como los “mercados para algunas personas,” con el tiempo ambos dejaron de brindarse.

Con el paso del tiempo el mismo entrevistado dice que entre la comunidad algunos reclaman a la Alcaldía mayor inversión en apoyos económicos, muchos rechazan la inversión en campañas culturales. el subdirector científico del hospital valora el logro de la Alcaldía, de hacer la UCI. Como dice La funcionaria de Factores de riesgo “para mí sí estuvo activa, logró hacer lo que estaba en las posibilidades, administrativas y financieras. También el Profesional de Factores de riesgos de la secretaria de salud planea que se actuó según las posibilidades.

Para la Manicurista 2 fue buena la labor, “se veía al personal de la alcaldía, en busca de soluciones, campañas para conseguir alimentos y eso me parece lindo”, Pero de igual modo que la mayoría la Operaria de máquina de coser dice no haber recibido apoyo y no conocera nadie que haya recibido algún apoyo. A la Ama de casa 4 le entregaron dos mercados porque su hijo es deportista y por su madre que está en un grupo de adulto mayor. Algo parecido dice la Estilista, que le entregaron un mercado porque su hijo es futbolista. Para el Trabajador independiente “esas ayudas no fueron bien distribuidas”

Respecto al apoyo económico al paciente brindado, los entrevistados habían escuchado hablar de los “mercados” pero sólo uno había recibido el apoyo y otro conocía a alguien que los había recibido. El Vendedor cree que se presentó mucho desorden para las ayudas.

Al evaluar el rol de la Alcaldía Municipal parece coincidir que los límites están dados por sus posibilidades y presupuestos, se le cuestiona el poco apoyo a la mucha comunidad que se quedó sin ingresos como el sector comercio (el Docente). De nuevo se valora la dotación de una sala de cuidados intensivos. Tal vez es buena síntesis la de La Ama de casa 2: “estuvo activa, pero la comunidad esperaba mayor apoyo”.

Respecto a la campaña de vacunación, el subdirector científico del hospital dice que ha sido muy buena, Sabaneta gestionó y aplicó muy bien la vacuna con muy pocos biológicos que se perdieron y en el orden establecido por la normativa. El mismo entrevistado plantea que en el segundo año se ha bajado la guardia y está en un tiempo de indisciplina.

En cuanto a la vacunación, la misma se realizó en el hospital, en el Parque, en otros puntos de la ciudad y en operativos específicos, o con las EPS y también los pacientes muestran satisfacción. El Docente plantea que en algunos puntos de vacunación hay desorden y las filas o colas para el turno muy largas. El porcentaje de vacunación es alto según la cifra poblacional DANE 2021 es de 89364 habitantes y el resultado es: dosis aplicadas 205554, dosis recibidas 208320, esquemas completos 86191, total dosis de refuerzo 23189, población totalmente vacunada 96.4%. Todos opinan que la mayoría de los puntos de vacunación funcionan sin problemas, la gente debe esperar, pero no es mucho tiempo. Sólo La Pensionada dice: “demoré por lo menos 3 horas entre la fila y la vacuna”.

## **Conclusiones**

La investigación ha mostrado lo frágil del sistema de salud en América Latina, que su fortalecimiento solo se logra mediante altas inversiones. Se debe facilitar el acceso geográfico, la financiación para los de escasos recursos, mayor cantidad de médicos, enfermeras, camas; enfoque de las inversiones en grupos como maternas, recién nacidos y población infantil para mejorar calidad y expectativa de vida.

Sigue mostrando la investigación, que el modelo de atención en América Latina está centrado en la enfermedad; es curativa, el modelo está afectado porque se implementaron procesos de descentralización iguales para todos los países, sin tener en cuenta las condiciones específicas de cada uno; esto, generó un efecto contrario al esperado; ante lo cual, la OPS sugiere que el sistema debe enfocarse en una salud universal, que sea inclusiva, equitativa, sin distinciones de ninguna condición y que con las RISS (Redes Integradas de Servicios de Salud) se podrían obtener logros. Un sistema que facilite las acciones donde se abarquen distintos sectores y que se tengan en cuenta los aspectos económicos, las condiciones sociales, la educación y el tipo de hábitat en cada región y llegar así a un sistema donde se tenga en cuenta a la persona y su entorno, donde ésta esté debidamente informada y sea tenida en cuenta como parte activa del sistema. Y se debe plantear una mejora en la gestión basada en APS que permita abandonar el sistema hospital-céntrico, tema que influye especialmente en Sabaneta.

Para entender el contexto de la salud se ha explorado el estado de la economía colombiana y se evidencian contrastes, pues, aunque se aprecia un crecimiento promedio del 2%, también una alta inflación del 9.1%; un porcentaje de la población con necesidades básicas insatisfechas, alto en pobreza monetaria y marcado desequilibrio entre las áreas rurales y las cabeceras municipales y entre departamentos, siendo Antioquia uno con los mejores índices. En educación, el país, si bien se ha mejorado en cobertura se siguen presentando deficiencias en la calidad de la educación.

Por eso, si bien en Colombia se ha dado un proceso transformador en el modelo de salud con la actualización de la normativa y ajustes en las diferentes entidades, eliminación de unas y creación de otras para mejorar la prestación del servicio (calidad, cobertura, financiación, facilidades de acceso a los servicios) no se ha logrado del todo el cometido; así, lo demuestran el gran volumen de tutelas que se ha presentado para denunciar las falencias, también se

demuestra que ha habido falta de voluntad política para completar las normas y las regulaciones, que llevarán a cumplir exactamente con lo propuesto.

La investigación muestra que el modelo actual, de descentralización ha generado más problemas que beneficios, es inequitativo; el usuario pasó a ser cliente y la cobertura es desigual, tanto en el servicio a personas como en las coberturas regionales, las más altamente pobladas tiene menor presencia; hay un papel del Estado desdibujado, no cumple como integrador y dejó en manos de particulares la prestación del mismo, quienes tiene una visión cortoplacista del servicio, hay guerra entre los prestadores privados, lo que fracciona el sistema; y además se han convertido en empresas altamente ineficientes, con graves problemas de financiación. Se recomienda que el modelo se transforme en uno intersectorial, que integre los diferentes actores del mismo.

El estudio mostró que el sistema actual no cuenta con suficientes recursos para atender a la población pobre no asegurada, por lo que el Estado debe atender a esta población, aún sabiendo la escasez de sus recursos; también, se identifica que las condiciones del sistema en los distintos departamentos son más que precarias, lo que se reafirma con la encuesta del BID que, según los resultados de la percepción, el sistema debe reformularse o cambiarse.

El análisis que se hace en el estudio, ubica al municipio de Sabaneta en una situación muy buena con respecto a los demás del departamento; en materia de necesidades básicas insatisfechas y de miseria está por debajo, ubicándose la mayor parte en las áreas rurales; en salud, presenta mejores indicadores, muy por debajo del promedio departamental con algunas desviaciones que deben corregirse.

Sin embargo, el estudio ha demostrado que el municipio cuenta con mínimas opciones en odontología, medicina general y otras especialidades; con una EPS pública con graves problemas y una APS prácticamente inexistente. La Red de salud del Área Metropolitana, de la cual es partícipe Sabaneta permitiría, para fortalecer e integrar los servicios públicos en Salud, pero ésta opera a través del hospital Venancio Díaz, lo que no resuelve sino profundiza los problemas.

La situación se verifica antes y después del Covid-19 y se nota en las percepciones de los sabaneteños. En general surge que desde la Secretaría de salud hay pocas actividades hacia la comunidad y que éstas son mínimamente promocionadas, casi que lo único que se menciona es

salud mental y nutrición en las instituciones educativas; además, queda la sensación que estas son más de carácter político que social. Hacia el hospital, la percepción es también la de un servicio regular, las citas son asignadas para muchos días después de solicitada, es muy lenta la atención para asignarlas telefónicamente, el medio virtual es muy poco utilizado y en su mayoría se recurre a la asignación presencial.

También se aprecia que el aseo es un aspecto que tiene su problemática dado que el personal además de ser insuficiente, rota mucho lo que dificulta un servicio óptimo ya que no alcanza a ser capacitado como el servicio lo requiere y la recolección de basuras no es rápida, el cambio de tendidos de cama no se hace con periodicidad que es requerida.

En cuanto al servicio de urgencias, hay una marcada tendencia a percibirlo como malo, lento, e ineficiente, por razones de falta de personal, tanto médico, como de apoyo, porque la infraestructura es muy pequeña y por la demora en la clasificación del tipo de atención que debe recibir el paciente.

Personas del interior del hospital, hablan de discrepancias entre el personal y la gerencia del hospital y por esto, se han entorpecido programas; pero, para funcionarios de la Secretaría, existen canales de comunicación apropiados que permiten salvar las diferencias.

El estudio muestra que hubo sensaciones encontradas en cuanto al manejo de la pandemia y la atención brindada de parte del hospital. Se entiende que el municipio presentó limitaciones para atender todos los frentes de la comunidad por temas presupuestales y el hospital, lo hizo de acuerdo con sus posibilidades, presupuesto y recursos con que contaba al momento de presentarse la pandemia y con los fondos y adecuaciones que le iban destinando desde la Alcaldía municipal.

Como sucedía antes de la pandemia, la infraestructura física no era la adecuada, faltando espacios organizados para el servicio, faltaron camillas, salas de espera, camas; sin embargo, se aprecia el hecho que el municipio dotó al hospital de una UCI y se hicieron convenios para tener un laboratorio.

Se desprende de la investigación que hubo una amplia campaña de difusión por diferentes medios para llegar a la población pero que la presencia en las calles y las ayudas fueron pocas y entregadas de manera desordenada. Y dada la poca cantidad de personal, el seguimiento a pacientes se dificultaba cuando los casos y pacientes se incrementaban.

## **Bibliografía**

Alcaldía de Sabaneta (2016) Plan de Desarrollo Municipal 2016-2019 “Sabaneta de Todos”. Recuperado de:

[https://www.sabaneta.gov.co/files/doc\\_varios/PlanDesarrollo2016\\_2019.pdf](https://www.sabaneta.gov.co/files/doc_varios/PlanDesarrollo2016_2019.pdf)

Alcaldía de Sabaneta (2020) Sabaneta tiene oficialmente un hospital de tercer nivel. 31 de julio. Recuperado de [https://www.sabaneta.gov.co/noticias/sabaneta-tiene-oficialmente-un-hospital-de-tercer-nivel\\_2624](https://www.sabaneta.gov.co/noticias/sabaneta-tiene-oficialmente-un-hospital-de-tercer-nivel_2624)

ADRES (2021) ¿Qué es la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud? MINSALUD. Recuperado de: <https://www.adres.gov.co/portafolio-del-ciudadano/portafolio-deservicios#:~:text=%E2%80%8BLa%20Administradora%20de,a%20los%20diferentes%20agentes%20que>

Área Metropolitana del Valle de Aburrá (2021) El Valle de Aburrá cuenta con nueva Unidad de Salud Pública Metropolitana que priorizará la atención en salud mental y ambiental, la postpandemia y la gestión de datos. Recuperado de:

[https://docs.google.com/document/d/1O3riNqhX\\_6SP2fPqDwfsgXydlik7VsjCSbexCaX\\_x7s/edit](https://docs.google.com/document/d/1O3riNqhX_6SP2fPqDwfsgXydlik7VsjCSbexCaX_x7s/edit)

Área Metropolitana (2019). Historia del Área Metropolitana del Valle de Aburrá. Recuperado de: <https://www.metropol.gov.co/area/Paginas/somos/Historia.aspx>

Arias J. (2016) ¿Tiene solución la crisis financiera del sector salud? Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI). Recuperado de:

<https://www.acemi.org.co/index.php/acemi-defecto/20-actualidad/noticias/865-tiene-solucion-la-crisis-financiera-del-sector-salud>

Arenas G (2007). La Reforma a la Seguridad Social. Legis – Experta. Recuperado de:

[https://xperta.legis.co/visor/rlaboral/rlaboral\\_7680752a7f6d404ce0430a010151404c/revista-de-actualidad-laboral-y-seguridad-social/la-reforma-a-la-seguridad-social---ley-1122-de-2007](https://xperta.legis.co/visor/rlaboral/rlaboral_7680752a7f6d404ce0430a010151404c/revista-de-actualidad-laboral-y-seguridad-social/la-reforma-a-la-seguridad-social---ley-1122-de-2007)



Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (2017) La realidad financiera de los

Hospitales y clínicas. Recuperado de: <http://achc.org.co/wp-content/uploads/2018/01/Realidad-Financiera-Hospitales.pdf>

Banco Mundial (2019) Evaluación Externa de la Calidad de la Atención en el Sector Salud en Colombia. Resumen ejecutivo. Recuperado de: <https://www.bancomundial.org/es/topic/health/publication/external-assessment-of-quality-of-care-in-the-health-sector-in-colombia>.

Barrera F., Maldonado D., & Rodríguez C (2012) Calidad de la educación básica y media en Colombia: diagnóstico y propuestas. Universidad del Rosario-Facultad de Economía. Recuperado de: [https://www.urosario.edu.co/urosario\\_files/7b/7b49a017-42b0-46de-b20f-79c8b8fb45e9.pdf](https://www.urosario.edu.co/urosario_files/7b/7b49a017-42b0-46de-b20f-79c8b8fb45e9.pdf)

Bernal O. y Barbosa S. (2015) La nueva reforma a la salud en Colombia: el derecho, el aseguramiento y el sistema de salud. Salud pública de México / vol. 57, no. 5. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v57n5/v57n5a15.pdf>

BID (2018) La experiencia con la atención primaria de salud en Colombia. En Desde el paciente Experiencias de la atención primaria en salud en América Latina y el Caribe. Recuperado de: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Desde-el-paciente-Experiencias-de-la-atenci%C3%B3n-primaria-de-salud-en-Am%C3%A9rica-Latina-y-el-Caribe.pdf>

Botero, J. Montañez, D (2020). Efectos económicos y sociales por COVID-19 y alternativas de la política pública. Un análisis para Medellín y el AMVA.

CAMARAMED (2020) En 2020 el PIB de Antioquia se reduciría 1.5 y 2% por Covid-9. Recuperado de: <https://www.camaramedellin.com.co/articulos-y-noticias/noticias/en-2020-el-pib-de-antioquia-se-reducira>

Cea D'Ancona, M (1996), Metodología Cuantitativa: Estrategias y técnicas de investigación social, Madrid, Síntesis Edit.

Cecchini S y Veras Soares F (2014) Conditional cash transfers and health in Latin America. The Lancet 385(9975). Recuperado de

[https://www.researchgate.net/publication/267047310\\_Conditional\\_cash\\_transfers\\_and\\_health\\_in\\_Latin\\_America](https://www.researchgate.net/publication/267047310_Conditional_cash_transfers_and_health_in_Latin_America)

Centro de Investigaciones y Prospectiva (2015) Documentación y Sistematización.

Estrategia Atención Primaria en Salud en el municipio de Sabaneta. Recuperado de:

<http://repositorio.esumer.edu.co/jspui/handle/esumer/1731>

CNN en Español. (2020). Cronología del Coronavirus: así empezó y así se ha extendido por el mundo en mortal virus pandémico. Recuperado de:

<https://cnnespanol.cnn.com/2020/05/14/cronologia-del-coronavirus-asi-empezo-y-se-ha-extendido-por-el-mundo-el-mortal-virus-pandemico/>

Concejo de Sabaneta (2015) Acuerdo Municipal 08 por medio del cual se adoptan políticas públicas para facilitar la implementación de las estrategias: Red Metropolitana de Salud (APSR) y Redes de Prestación de Servicios, en el Municipio de Sabaneta. Recuperado de:

<https://concejodesabaneta.gov.co/files/acuerdos/2015/8.pdf>

Correa González L. C. (2017) Atención Primaria en Salud; alcances y nuevas posibilidades de acceder a un derecho fundamental desde la óptica de la ley estatutaria en salud (ley 1751/2015). Universidad CES Facultad de Medicina. Salud Pública. Recuperado de:

<https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/3331/Atenci%c3%b3n%20Primaria%20en%20salud.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Departamento Administrativo de Planeación (2018) Fichas municipal Sabaneta.

Recuperado de: [https://www.antioquiadatos.gov.co/index.php/ficha-municipal-sabaneta-2/item/download/2446\\_1f89f4250cffe0f2d056c374c7f6ca4d](https://www.antioquiadatos.gov.co/index.php/ficha-municipal-sabaneta-2/item/download/2446_1f89f4250cffe0f2d056c374c7f6ca4d)

Departamento Nacional de Planeación (2021) Ampliación remodelación y adecuación del Hospital Venancio Díaz Díaz del Municipio de Sabaneta, Antioquia Sabaneta. Recuperado de: <https://www.sabaneta.gov.co/files/pdf/2020056310149.pdf>

Dirección de Comunicaciones (2022). En Sabaneta completamos el esquema de vacunación en más del 99% de la población. Boletín de Prensa Alcaldía municipio de Sabaneta.

Recuperado de: [https://www.sabaneta.gov.co/noticias/en-sabaneta-completamos-el-esquema-de-vacunacion-en-mas-del-99-de-la-poblacion\\_2880#:~:text=Hist%C3%B3rico%20de%20noticias-](https://www.sabaneta.gov.co/noticias/en-sabaneta-completamos-el-esquema-de-vacunacion-en-mas-del-99-de-la-poblacion_2880#:~:text=Hist%C3%B3rico%20de%20noticias-)

.%C2%A1En%20Sabaneta%20completamos%20el%20esquema%20de%20vacunaci%C3%B3n%20en%20m%C3%A1s%20del,continuaremos%20aplicando%20las%20dosis%20existentes.

Dirección de Promoción y Prevención (2015) Modelo de Gestión de la Salud Pública y Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas. Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/Modelo%20de%20Gesti%C3%B3n%20Publica%20y%20PIC.pdf>

El Espectador (2020) El 2020, año de retos y oportunidades para la educación. Recuperado de: <https://www.mineducacion.gov.co/portal/salaprensa/Especiales-Prensa/402486:El-Espectador-El-2020-ano-de-retos-y-oportunidades-para-la-educacion>

El Espectador (2015). Los objetivos en salud del Plan de Desarrollo 2014-2018. Redacción salud el Espectador. Recuperado de: <https://www.elespectador.com/salud/los-objetivos-en-salud-del-plan-nacional-de-desarrollo-2014-2018-article-548720/>

Escallón E. (2017) La educación debe mirar hacia lo rural. Universidad de los Andes. Recuperado de: <https://uniandes.edu.co/es/noticias/desarrollo-regional/la-educacion-debe-mirar-tambien-hacia-lo-rural-eduardo-escallon>

ESE Hospital Venancio Díaz Díaz (2020) Informe cualitativo encuestas de satisfacción mes de septiembre de 2020. Recuperado de: [https://hospitalvenanciodiaz.com/wp-content/uploads/2021/02/15719\\_informe-septiembre-encuestas.pdf](https://hospitalvenanciodiaz.com/wp-content/uploads/2021/02/15719_informe-septiembre-encuestas.pdf)

Galeano Sarmiento L. y Posadas Jiménez A. (2015) Red Metropolitana de Salud del Valle de Aburrá ¿Un caso de gobernanza en salud? Recuperado de: [https://repository.eafit.edu.co/bitstream/handle/10784/7799/Liliana\\_GaleanoSarmiento\\_Alejandro\\_PosadaJimenez\\_2015.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://repository.eafit.edu.co/bitstream/handle/10784/7799/Liliana_GaleanoSarmiento_Alejandro_PosadaJimenez_2015.pdf?sequence=2&isAllowed=y)

Glassman A., Escobar M. L., Giuffrida A. y Giedion U. (2010) Salud al alcance de todos. Una década de expansión del seguro médico en Colombia. Banco Interamericano de Desarrollo. Recuperado de: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Salud-al-alcance-de-todos-Una-d%C3%A9cada-de-expansi%C3%B3n-del-seguro-m%C3%A9dico-en-Colombia.pdf>

Guerrero R., Prada S. y Chernichovsky D. (2014) La doble descentralización en el sector salud: evaluación y alternativas de política pública. Cuadernos Fedesarrollo 53. Recuperado de:

[https://www.repository.fedesarrollo.org.co/bitstream/handle/11445/146/CDF\\_No\\_53\\_Junio\\_2014.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://www.repository.fedesarrollo.org.co/bitstream/handle/11445/146/CDF_No_53_Junio_2014.pdf?sequence=3&isAllowed=y)

Guzmán Finol K. (2014) Radiografía de la oferta de servicios de salud en Colombia. Documentos de trabajo sobre la economía regional. Banco de la Republica. Centro de Estudios Económicos Regionales (CEER). Recuperado de:

[https://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/dtser\\_202.pdf](https://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/dtser_202.pdf)

Heredia, Laurell Asa, Feo, Noronha, González-Guzmán y Torres-Tovar (2014) El derecho a la salud: ¿cuál es el modelo para América Latina? Recuperado de.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/medicreview/mrw-2015/mrws151h.pdf>.

Herrera Llamas J., García Alarcón R. y Herrera Aguilar K. (2016) La encrucijada bioética del sistema de salud colombiano: entre el libre mercado y la regulación estatal. Revista de Bioética y Derecho & Perspectivas Bioéticas. N° 36, pp. 67-84. Recuperado de:

<https://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n36/original4.pdf>

Isaza Giraldo M (2020) Hospital público de Sabaneta tiene listas 20 nuevas camas UCI. El colombiano, el 31 de julio. Recuperado de:

<https://www.elcolombiano.com/antioquia/hospital-venancio-diaz-de-sabaneta-inaugura-camas-uci-OI13398978>

Jiménez Barbosa W. G. (2009) El derecho a la salud. Una búsqueda inacabada para la sociedad colombiana. Revista EAN 67. Septiembre-Diciembre 2009.P. 107-122.

Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/206/20612971008.pdf>

Medina A y Narodowski P (2019) Enfoques y herramientas para el gobierno de la salud. Comparación internacional en el nuevo contexto de las redes. Editorial Miño y Dávila

MEN (2016). Plan Nacional Decenal de Educación 2016-2026 – El Camino hacia la Calidad y la Equidad. Recuperado de:

[https://siteal.iep.unesco.org/sites/default/files/sit\\_accion\\_files/siteal\\_colombia\\_0404.pdf](https://siteal.iep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/siteal_colombia_0404.pdf)

MINHACIENDA (s/f). UGPP LA UNIDAD – Unidad de Gestión Pensional y Parafiscal.

Recuperado de:

<https://www.ugpp.gov.co/ninos/ugpp.php#:~:text=Es%20una%20entidad%20que%20perteneceseguridad%20social%20de%20sus%20trabajadores.>

Ministerio de Salud y Protección Social (2016) Política de Atención Integral en Salud. “Un sistema de salud al servicio de la gente”. Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (2018) Informe de rendición de cuentas

Construcción de Paz. Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/informe-rendicion-cuentas-acuerdo-final-sector-salud.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (2019) Análisis de Situación de Salud (ASIS)

Colombia, 2019. Dirección de Epidemiología y Demografía. Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2019-colombia.pdf>

Ministerio de Salud (1994). Acuerdo N° 001 de 1994 "Por el cual se adopta el Reglamento del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud". Recuperado de:

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/ACUERDO%2001%20DE%201994.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/ACUERDO%2001%20DE%201994.pdf)

Minsalud (2022). Plan Obligatorio de Salud. Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/pos.aspx>

Minsalud (2012). Medidas tomadas por el gobierno para mejorar el sistema de salud colombiano. Boletín de Prensa N° 191 de 2012. Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Medidas%20tomadas%20por%20el%20Gobierno%20para%20mejorar%20el%20sistema%20de%20salud%20colombiano.aspx>

Minsalud (2016). Modelo Integral de Salud – MIAS. Plan de Capacitación Sectorial.

Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/01-pais-mias-capacitacion-sectorial.pdf>

Minsalud (2015). Plan Estratégico Sectorial 2014-2018. Ministerio de Salud y la Protección Social. Recuperado de.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/plan-estrategico-sectorial-2014-2018.pdf>

Minsalud (2020). Alcaldías y Gobernaciones responsables del PRASS en los territorios. Ministerio de Salud y la Protección social. Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Alcaldias-y-gobernaciones-responsables-del-PRASS-en-los-territorios.aspx>

Minsalud (2022). Cifras de aseguramiento en salud. Ministerio de Salud y la Protección Social. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>

Minsalud (2022). Comportamiento del aseguramiento. Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsubidiado/Paginas/coberturas-del-regimen-subsidiado.aspx>

Monterrosa H (2018). La economía que le entrega el presidente Juan Manuel Santos al nuevo gobierno. La Republica. Recuperado de: <https://www.larepublica.co/economia/la-economia-que-le-entrega-el-presidente-juan-manuel-santos-al-nuevo-gobierno-2756726>

Municipio de Envigado (2021) Conoce cómo puedes ser parte del Consejo Municipal de Seguridad Social en Salud de Envigado 2021 – 2023. Envigado te informa, 10 mayo. Recuperado de: [www.envigadoteinforma.gov.co/conoce-como-puedes-ser-parte-del-consejo-municipal-de-seguridad-social-en-salud-de-envigado-2021-2023/](http://www.envigadoteinforma.gov.co/conoce-como-puedes-ser-parte-del-consejo-municipal-de-seguridad-social-en-salud-de-envigado-2021-2023/)

Municipio de Sabaneta (2017) Análisis de situación de salud con el modelo de los determinantes sociales de la salud, municipio de sabaneta 2017. Recuperado de: <https://observatorio.sabaneta.gov.co/download/223901/>

Municipio de Sabaneta (2020) Plan de Desarrollo “Sabaneta Ciudad Consciente” 2020-2023. Recuperado de:

<https://www.sabaneta.gov.co/files/pdf/SABANETA%20PLAN%20DE%20DESARROLLO%202020.pdf>

Municipio de Sabaneta (2021) Ejecución presupuesto de ingresos y gastos por dependencia (Mimeo).

Municipio de Sabaneta (2022) Informe mensual de ejecución de presupuesto de ingresos (Mimeo).

Municipio de Sabaneta (2012) Plan de Desarrollo Sabaneta 2012 – 2015. Sabaneta una construcción social. Recuperado de.

<https://repositoriocdim.esap.edu.co/handle/123456789/15725>

Municipio de Sabaneta (2016b) Plan Territorial de Salud 2016 – 2019. Armonización bajo Metodología PASE a la Equidad en Salud. Recuperado de:

[https://www.sabaneta.gov.co/files/doc\\_varios/Plan\\_Territorial\\_Salud\\_2016-2019.pdf](https://www.sabaneta.gov.co/files/doc_varios/Plan_Territorial_Salud_2016-2019.pdf)

Narodowski P. y Zugbi L. (2020) La caída del salario en dólares puesta en contexto. Grupo Geopolítica y Economía desde el Sur Global. Nota en El País Digital. Recuperado de:

<https://www.elpaisdigital.com.ar/contenido/la-cada-del-salario-en-dlares-puesta-en-contexto/29058>

Ocampo J (2020). ¿Cuál es el balance económico de la administración Duque?. El Espectador. Recuperado de: <https://www.elspectador.com/economia/cual-es-el-balance-economico-de-la-administracion-duque-article/>

Oficina de Participación y Atención Comunitaria en Salud OPACS (s/f) Guía metodológica para el funcionamiento de las formas de participación social en salud. Comité de Participación Social en Salud – COPACO. Gobernación de Cundinamarca. Recuperado de: <https://www.cundinamarca.gov.co/wcm/connect/1c56f145-97c3-44e1-9e3c-c8c33ec2c80b/GUIA+METODOLOGICA+COPACO.pdf?MOD=AJPERES&CVID=n0VLLxY&attachment=true&id=1581517034573>

OCDE/Banco Mundial (2020) Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020, OCDE Publicaciones, Paris. Recuperado de: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-salud-latinoamerica-y-el-caribe-2020\\_740f9640-es](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-salud-latinoamerica-y-el-caribe-2020_740f9640-es)

OMC (2017) La Relación Médico Paciente Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad. Foro de la Profesión Médica de España. Recuperado de: [https://www.cgcom.es/sites/default/files/relacion\\_medico\\_paciente/files/assets/common/downloads/publication.pdf](https://www.cgcom.es/sites/default/files/relacion_medico_paciente/files/assets/common/downloads/publication.pdf)

OMS (2016) Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona. 69.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud. Informe de la Secretaría. Recuperado de: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_39-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-sp.pdf)

OPS (2003). Exclusión en Salud en países de América Latina y el Caribe. Recuperado de : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/6251>

OPS (2008a). Salud en Sudamérica 2008. OPS.

OPS (2008b) La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca. Informe sobre la salud en el mundo 2008. Recuperado de: [https://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf](https://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf)

OPS (2010). “Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas”. [http://www.paho.org/uru/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=145&Itemid=250](http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=145&Itemid=250)

OPS/OMS (2011a) Redes Integradas de Servicios de Salud: El desafío de los hospitales. Representación OPS/OMS Chile. Recuperado de: [https://www.paho.org/chi/dmdocuments/Redes\\_Integrales\\_de\\_servicios.pdf](https://www.paho.org/chi/dmdocuments/Redes_Integrales_de_servicios.pdf)

OPS/OMS (2011b) Enfermería y seguridad de los pacientes. Recuperado de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51547?show=full&locale-attribute=es>

OPS/OMS (2013) Competencias esenciales en salud pública: Un marco regional para las américas. Unidad de Recursos Humanos para la Salud, Bioética e Investigación (HR). Departamento de Sistemas y Servicios de Salud (HSS). Recuperado de: <https://www.campusvirtualesp.org/sites/default/files/noticias/competencias-es.pdf>



OPS/OMS (2018a) Hospitales en Redes Integradas de Servicios de Salud.

Recomendaciones estratégicas. Serie Salud Universal. Recuperado de:

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49098/9789275320044-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

OPS/OMS (2018b) Ampliación del rol de las enfermeras y enfermeros en la atención primaria de salud. Recuperado de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34959>

OPS (2020) Género, salud y desarrollo en las Américas. Indicadores básicos. OPS.

Recuperado de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52538>

OPS (2021a) Cobertura Universal de Salud. OPS, 9 de diciembre. Recuperado de:

[https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9748:cobertura-universal-salud-preguntas-frecuentes&Itemid=40690&lang=en](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9748:cobertura-universal-salud-preguntas-frecuentes&Itemid=40690&lang=en)

OPS (2021). América latina y el Caribe podrían enfrentar una “avalancha de problemas de salud” si continúa la interrupción de servicios de salud. Organización Panamericana de salud. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/noticias/28-7-2021-ops-america-latina-caribe-podrian-enfrentar-avalancha-problemas-salud-si>

OPS (2017). Agenda de salud sostenible para las Américas 2018-2030: un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la región. Organización Panamericana de Salud.

Recuperado de: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49169/CSP296-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

OPS (2021a) Política de igualdad de género de la OPS/OMS. OPS, 22 de diciembre.

Recuperado de:

[https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2680:gender-equality-policy&Itemid=0&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2680:gender-equality-policy&Itemid=0&lang=es)

Orozco Gallo J. A. (2014) Una aproximación regional a la eficiencia y productividad de los hospitales públicos colombianos. Documentos de trabajo sobre la economía regional.

Banco de la Republica. CEER. Recuperado de:

[https://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/dtser\\_201.pdf](https://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/dtser_201.pdf)

Paz A (2021) 6 cosas sobre la UGPP que debes saber. Grupo Soluciones Legales.  
Recuperado de: <https://www.solucioneslegales.net.co/blog/cosas-sobre-la-ugpp-que-debes-saber>

Portafolio (2018). Balance del gobierno de Santos: la cifras tienen la palabra. Revista Portafolio. Recuperado de: <https://www.portafolio.co/economia/balance-del-gobierno-de-juan-manuel-santos-las-cifras-tienen-la-palabra-519733>

Prada S. (2018) Descentralización fiscal en salud: el caso de Colombia. Recuperado de: <https://www.descentralizacion.gob.pe/wp-content/uploads/2018/07/3h.-Sergio-Iv%C3%A1n-Prada-Colombia-1.pdf>

Quintero Londoño Y (2021) Descentralización, reforma de la gestión y autonomía de la escuela en Colombia: la experiencia de la certificación en el municipio de Sabaneta, Tesis para acceder al grado de Magíster en Políticas de Desarrollo -- UNLP. Recuperado de <https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/library?a=d&c=tesis&d=Jte2069>

Ramírez-Moreno, J. (2010). El Plan Obligatorio de Salud (POS) colombiano: entre el cambio y la continuidad. Revista Gerencia y Políticas de Salud. Vol 9 Nro 18. Recuperado de: [www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-70272010000100002](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272010000100002)

Ramírez Tapias D. A. (2017) La responsabilidad social de los Hospitales del Estado frente a las teorías de la gerencia del valor. Caso aplicado ESE Hospital Venancio Díaz Díaz. Revista GEON, Vol. 4, No. 1, 2017. Pág. 91-102. Recuperado de: <https://revistageon.unillanos.edu.co/index.php/geon/article/view/47>

Semana (2018). Así deja Santos la macroeconomía colombiana. Revista Semana. Recuperado de: <https://www.semana.com/pais/articulo/como-deja-juan-manuel-santos-la-macroeconomia-de-colombia/259971/>

Ríos, R. (2007). Redes en Salud. Salud en Red: Desenredando la terminología. Revista chilena de salud pública, (11). Recuperado de: [redes.rediris.es/webredes/mercosur/Redes\\_Salud.pdf](http://redes.rediris.es/webredes/mercosur/Redes_Salud.pdf)

Schiavone, MA. (2003) Atención primaria de salud; el hospital y los centros de salud: ¿Romeo y Julieta o la Guerra de los Roses? Organización Panamericana de la Salud.

Seminario-taller Internacional sobre Atención Primaria de Salud: a 25 años de Alma Ata. Buenos Aires: OPS. Recuperado de: <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/7711>

Secretaria de Salud (2019) Plan Territorial de Salud. Socialización plan de acción – 2019. Municipio de Sabaneta. Recuperado de: <https://www.sabaneta.gov.co/files/allfiles/1557257096991.pdf>

Terraza Núñez, R., Vargas Lorenzo, I., & Vázquez Navarrete, M. L. (2006). La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. Gaceta Sanitaria, 20(6). >Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112006000600012&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112006000600012&script=sci_arttext)

Titelman D, Cetrángolo O y Acosta O. (2015) La cobertura universal de salud en los países de América Latina: cómo mejorar los esquemas basados en la solidaridad. MEDICC Review 2015; 17 (S1). Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=64564>

Tobar, F. (coordinador) (1998) Reformas de los sistemas de salud en América Latina. Fundación ISALUD

Vega y Frenz (2014) América Latina: prioridades para la cobertura universal de salud. The Lancet, 16 de octubre. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/4375/437542099007.pdf>

Velásquez P (2019). Gastos de bolsillo en Latinoamérica. Consultor salud. Recuperado de: <https://consultorsalud.com/gastos-de-bolsillo-en-latinoamerica/>

Zuluaga O (2021) La razón de ser de los hospitales públicos debe ser cooperar y no competir. Recuperado de: <https://epicrisis.org/2021/06/08/hospitales-publicos-olga-lucia-zuluaga-acesi-epicrisis-salud-medicina-noticias-ultimas/>

## **Anexos**

### **ANEXO 1 Usuarios encuestados**

1. Ocupación: Comunicador
2. Edad: 25 años
3. Régimen de Salud: Contributivo

4. ¿Otro servicio de salud adicional a la EPS o al régimen subsidiado? NO

1. Ocupación: Estudiante

2. Edad: 22 años

3. Régimen de Salud: Subsidiado Sabia Salud

4. ¿Otro servicio de salud adicional a la EPS o al régimen subsidiado? NO

1. Ocupación: Empleado 1.

2. Edad: 45 años

3. Régimen de Salud: Contributivo

4. ¿Otro servicio de salud adicional a la EPS o al régimen subsidiado? NO

1. Ocupación: Docente

2. Edad: 47 años

3. Régimen de Salud: Contributivo

4. ¿Otro servicio de salud adicional a la EPS o al régimen subsidiado? NO

1. Ocupación: Entrenador Deportivo

2. Edad: 23

3. Régimen de Salud: subsidiado Sabia Salud

4. ¿Otro servicio de salud adicional a la EPS o al régimen subsidiado? NO

1. Ocupación: Ama de casa 1

2. Edad: 19 años

3. Régimen de Salud: Subsidiado

4. ¿Otro servicio de salud adicional a la EPS o al régimen subsidiado? NO

1. Ocupación: Manicurista 1

2. Edad: 27 años

3. Régimen de Salud: Subsidiado

4. ¿Otro servicio de salud adicional a la EPS o al régimen subsidiado? Si plan complementario.

1. Ocupación: Vendedor

2. Edad: 36 años

3. Régimen de Salud: Contributivo

4. ¿Otro servicio de salud adicional a la EPS o al régimen subsidiado? NO

1. Ocupación: Ama de casa 2

2. Edad: 52 años

3. Régimen de Salud: Contributivo

4. ¿Otro servicio de salud adicional a la EPS o al régimen subsidiado? Sura Plan complementario.

1. Ocupación: Empleado 2

2. Edad: 55 años

3. Régimen de Salud: Contributivo

4. ¿Otro servicio de salud adicional a la EPS o al régimen subsidiado? Atención medica en casa.

## **ANEXO 2 Usuarios diagnosticados con COVID 19 atendidos en el Hospital Venancio**

### **Díaz Díaz Sabaneta**

1. Ocupación: Ama de Casa 3
2. Edad: 59 años
3. Régimen de Salud: Subsidiado
4. ¿Otro servicio de salud adicional a la EPS o al régimen subsidiado? NO

1. Ocupación: operaria de máquina de coser.
2. Edad: 57 años
3. Régimen de Salud: Subsidiado
4. ¿Otro servicio de salud adicional a la EPS o al régimen subsidiado? NO

1. Ocupación: Ama de casa 4
2. Edad: 55 años
3. Régimen de Salud: Contributivo
4. ¿Otro servicio de salud adicional a la EPS o al régimen subsidiado? NO

1. Ocupación: Empleada doméstica
5. Edad: 53 años
6. Régimen de Salud: Contributivo
7. ¿Otro servicio de salud adicional a la EPS o al régimen subsidiado? NO

1. Ocupación: Estilista
2. Edad: 49 años
3. Régimen de Salud: Subsidiado
4. ¿Otro servicio de salud adicional a la EPS o al régimen subsidiado? NO

1. Ocupación: Manicurista 2
2. Edad: 50 años

3. Régimen de Salud: Subsidiado
4. ¿Otro servicio de salud adicional a la EPS o al régimen subsidiado? NO

1. Ocupación: pensionada
2. Edad: 73 años
3. Régimen de Salud: contributivo
4. ¿Otro servicio de salud adicional a la EPS o al régimen subsidiado? Servicio Médico en Casa.

1. Ocupación: Independiente
2. Edad: 59 años
3. Régimen de Salud: Contributivo
4. ¿Otro servicio de salud adicional a la EPS o al régimen subsidiado? No

1. Ocupación: Conductor
2. Edad: 61 años
3. Régimen de Salud: Subsidiado
4. ¿Otro servicio de salud adicional a la EPS o al régimen subsidiado? NO

1. Ocupación: Oficios Varios
2. Edad: 59 años
3. Régimen de Salud: Subsidiado
4. ¿Otro servicio de salud adicional a la EPS o al régimen subsidiado? NO



### **ANEXO 3. Informantes claves**

Cargo: ex subdirector del municipio

Cargo: Psicóloga del Municipio

Cargo: Subgerente del Hospital

Cargo: Subdirector científico del hospital.

Cargo: Funcionario Secretaria de Salud 1.

Cargo: Funcionario Secretaría de Salud 2

Cargo: Facturación en el hospital

Cargo: Profesional de enfermería.

Cargo: Farmacéutico del Hospital

## **Anexo 4. Guía para entrevistas personal de la salud/funcionarios del área**

### Datos del entrevistado

1. ¿Cuál es su nombre?
2. ¿En qué área se desempeña/o desempeñó?
3. ¿Edad?
4. ¿Profesión?
5. ¿Tiene cobertura? ¿Qué seguridad social tiene usted?

### Respecto al Hospital Venancio Díaz

1. ¿Cómo es la infraestructura del hospital? ¿Qué problemas tiene? ¿Qué inversiones hay proyectadas?
2. ¿La limpieza?
3. ¿Qué especialidades se ofrecen?
4. ¿Cómo se compone la planta de personal profesional y no profesional?
5. ¿Cómo analiza la calidad de los profesionales médicos y el personal de enfermería?
6. ¿Qué tipo de paciente se atiende en este hospital? ¿Son del régimen subsidiado? ¿Son sin filiación? ¿Hay afiliados al sistema contributivo que se atienden en este hospital? ¿Por qué?
7. ¿El hospital desarrolla promoción y prevención? ¿Qué se hace? ¿Cómo lo hacen? ¿Qué piensa Ud. respecto a que tan satisfactorios son para la comunidad?
8. ¿Tiene el hospital un área de atención primaria (AP)? ¿Qué perfil tienen los profesionales que la integran?
9. ¿En el área de AP del hospital se realiza seguimiento al paciente? ¿Cómo?
10. En la AP, en las especialidades, en internación y quirófano (diferenciar la respuesta) ¿Cuánto tiempo debe esperar un paciente entre el pedido y el turno?
11. ¿Se puede pedir turno telefónico o por un medio telemático?

12. ¿Cuánto tiempo es su espera en general para ser atendido cuando llega el día prefijado?
13. ¿Los médicos en la AP, en las especialidades, en internación y quirófano (diferenciar la respuesta) le prestan atención al paciente? ¿Las enfermeras? ¿Lo conocen a Ud? ¿Tienen su ficha?
14. ¿Se trabaja en equipo? ¿Cómo?
15. ¿Qué capacidad tienen de atención a pacientes en urgencias? ¿Cuán eficiente es la urgencia?
16. ¿Cómo es el proceso para los pacientes que no pueden resolver sus problemas en el hospital?, ¿para donde se remiten o que se hace? ¿Se les hace un seguimiento desde el hospital?
17. ¿Hay otros residentes pertenecientes al régimen no contributivo o no afiliados que se atienden en otra IPS? ¿En cuál? ¿Están mejor o pero atendidos?
18. ¿Cuál fue el perfil profesional de los últimos directores médico y financiero? ¿Conoce cuáles fueron las innovaciones propuestas a nivel de conducción? ¿Porque cree que el hospital tiene tantos problemas en lo asistencial y en lo financiero?

#### Respecto a la Secretaría de salud

1. ¿Con qué infraestructura y con qué personal cuenta la Secretaria de Salud?
2. ¿Qué inversión se ha realizado en infraestructura en Salud desde el municipio?
3. ¿Hay una atención primaria o una sala de urgencias que dependa directamente de la Secretaría de Salud?
4. ¿Qué planes o programas tienen entre la secretaria de salud del Municipio de Sabaneta? ¿Cuáles desarrolla por su cuenta y cuales con el Hospital Venancio Díaz?
5. ¿Cómo se coordina entre la secretaria de salud y el hospital el desarrollo de los programas existentes?

6. ¿Se ve normalmente a equipos de la Secretaría haciendo campañas en los barrios?  
¿Hay otro tipo de campañas visibles?

#### Respecto a COVID 19

1. ¿Sabe si el personal recibió capacitación en el manejo de pacientes Covid o en temas relacionados con la pandemia?
2. ¿Cómo se desarrollaron las tareas inicialmente?
3. ¿Qué se hizo en el territorio para implementar el programa de Pruebas, Rastreo y Aislamiento Selectivo y Sostenible –PRASS y su implementación en Sabaneta?
4. ¿Qué otro tipo de acciones preventivas se han desarrollado en el municipio?
5. ¿Conocían todos los profesionales las normas de protocolo sanitario, establecidas con motivo del Covid 19, para el ejercicio de su labor? ¿Fueron acatadas por el personal?
6. Una vez detectado un caso positivo, ¿cuál era la ruta para seguir?
7. Superada la enfermedad, ¿se prestaba algún tipo de apoyo al paciente pos Covid?
8. La Alcaldía Municipal se mostró activa ¿Considera apropiada su tarea?

## **Anexo 5. Guía para entrevistas usuarios de los servicios de salud del municipio de Sabaneta**

### Datos del entrevistado

1. ¿Cuál es su nombre?
2. ¿Ocupación?
3. ¿Edad?
4. ¿Cuál es tu régimen, Contributivo o subsidiado? ¿cual?
5. ¿Cuentas con algún servicio de Salud adicional al de su EPS o al del régimen subsidiado?

### Respecto al Hospital Venancio Díaz

1. ¿Cómo te parece la infraestructura del hospital? ¿Qué beneficios tiene para ti como paciente? ¿Qué no te gusta?
2. ¿La limpieza?
3. ¿El hospital desarrolla promoción y prevención? ¿Qué se hace? ¿Cómo lo hacen? ¿Qué piensa Ud. respecto a que tan satisfactorios son para la comunidad?
4. ¿Cuántas veces utilizaste el servicio médico del hospital Venancio Díaz en el último año?
5. ¿Cuál es tu medio para solicitar las citas? ¿conoces alguno más?
6. ¿Qué opinión tienes del personal de admisiones para el ingreso al hospital?
7. ¿El tiempo que transcurrió entre tu llegada al hospital y el momento de la atención crees que es mucho tiempo o poco tiempo, por qué?
8. ¿Cuáles servicios has utilizado en el hospital? ¿Vas primero a un clínico a directo al especialista?
9. ¿Los profesionales hacen seguimiento al paciente? ¿Cómo?

10. Con tu llegada al hospital, ¿sientes que los médicos, las enfermeras conocen tu historia clínica, son amables y saben quién eres tú como paciente?
11. ¿Han escuchado tu problemática? Ha habido un diálogo fructífero
12. ¿Consideras que la atención fue efectiva? ¿Cómo analiza la calidad de los profesionales médicos y el personal de enfermería?
13. ¿Conoces algo sobre las especialidades, atención quirúrgica u hospitalización del hospital? ¿Cuál es el nivel? ¿Qué deficiencias encuentras?
14. ¿Cuán eficiente es la urgencia?

#### Respecto a la Secretaría de salud

1. ¿Conoces y has participado en alguno de los programas que la secretaria de salud desarrolla en el municipio? ¿Cuál?
2. ¿Se ve normalmente a equipos de la Secretaría haciendo campañas en los barrios? ¿Hay otro tipo de campañas visibles?
3. Como habitante de Sabaneta ¿sientes que la presencia de la Secretaria de salud en los barrios y veredas es positiva?
4. ¿Cómo calificarías la labor de la secretaria de salud, en lo relacionado a los programas de promoción y prevención de la salud?

#### Respecto a COVID 19

1. Como ciudadano ¿crees que la información recibida frente a los cuidados por el Covid 19 fue suficiente? ¿cómo te enteraste?
2. ¿Cuáles fueron las fuentes de información más usadas la alcaldía, secretaria de salud u hospital para informar a la gente frente al Covid 19?
3. ¿Conoce como es el proceso para realizarse una prueba Covid en el municipio y luego, si daba positivo?
4. ¿Cómo es el sistema para acceder a la Vacunación? Funciona bien?

5. ¿La comunicación frente al covid 19 en el municipio sientes que fue adecuada y por qué?
6. Como ciudadano ¿se conocía algún tipo de apoyo al paciente pos Covid? ¿O tras el fallecimiento?, ¿sabes si hay algún apoyo de la Alcaldía?
7. La Alcaldía Municipal se mostró activa ¿Considera apropiada su tarea?