Gestión Eficiente del Sistema de Salud en el Valle del Cauca

Memorias del proyecto

ProPacífico

María Isabel Ulloa
Directora Ejecutiva

Germán Escobar Morales
Director del Proyecto de Salud

Equipo Coordinador

María Puyo
Coordinadora de Comunicaciones

Mariana Caicedo
Coordinadora de Asuntos Externos

Dylan Herrera
Coordinador de Análisis, Identificación y Monitoreo

María Virginia Vergara
Coordinadora de Proyectos

Equipo técnico

Iván Mauricio Escobar
Profesional del Proyecto

Angélica González
Profesional en Gestión de Proyectos

ProPacífico
2019

Agradecimientos

Queremos agradecer especialmente a los donantes, participantes de este proyecto, Entidades Prestadoras de Salud y prestadores de salud tanto públicos como privados. Este proyecto ha culminado exitosamente su primera etapa, gracias a su entusiasmo y la confianza depositada en ProPacífico. De igual manera, a los donantes de ProPacífico, quienes han apoyado en todo momento las decisiones ejecutivas de la organización alrededor de este proyecto. También, a las autoridades nacionales y locales por el apoyo constante y posicionamiento del proyecto en la agenda pública, al entonces Ministro de Salud y Protección Social, Alejandro Gaviria, con quien comenzó la presente iniciativa y el actual Ministro de Salud y Protección Social, Juan Pablo Uribe; a la Gobernadora del Departamento del Valle del Cauca, Dilian Francisco Toro y su Secretaria Departamental de Salud, María Christina Lesmes y al Secretario Municipal de Salud de Cali, doctor Nelson Sinisterra, entre otros. Por otro lado, a los expertos y académicos del sector que han acompañado al proyecto, Marta Ospina, Directora General del Instituto Nacional de Salud, Fernando Ruiz, Exviceministro de Salud Pública, Ramiro Guerrero, director de Proesa y decano de Economía de la Universidad Icesi, Liliana Arias, vicerrectora Académica de la Universidad del Valle, Francisco Piedrahita, rector de la Universidad Icesi y tantos otros que han aportado con su conocimiento. Y finalmente, a los pacientes y usuarios del sistema de salud, nuestra finalidad y razón de ser, quienes nos inspiran a diario para continuar integrando a los sectores público y privado en la búsqueda de soluciones conjuntas a los problemas del sistema de salud.

Índice

Presentación 5

Introducción 6

Capítulo 1 6

Capítulo 2 6

Capítulo 3 6

Capítulo 4 6

Capítulo 5 6

Presentación

Este documento es el reflejo de un gran esfuerzo realizado a lo largo de dos años, recogiendo en sus páginas los principales hitos, enseñanzas y logros del proyecto *Gestión Eficiente del Sistema de Salud en el Valle del Cauca*. Es también el producto principal, más no el único, del cuarto objetivo específico de dicho proyecto, el cual pretende sistematizar la experiencia, de tal manera que esta pueda, eventualmente, ser replicable en otros territorios.

En este orden de ideas, debido la complejidad de describir en detalle lo transcurrido en estos dos años de ejecución, este escrito es tan solo un vistazo de innumerables retos que el proyecto tuvo que sortear desde su misma fase de formulación; sin embargo, es al mismo tiempo, una narración ordenada y crítica, lo que agrega gran valor a su sistematización pues, más que un inventario de eventos, se constituye en una reflexión hecha a partir de lo vivido.

Por otro lado, aunque el proyecto tuvo enfoque en un departamento de Colombia, este relato recoge su memoria desde una visión general, pensada para ser útil incluso en contextos disímiles, dentro y fuera del País. Como resultado, nuestros lectores encontrarán en estas páginas, un insumo que les permitirá pensar o implementar estrategias que busquen la unión de los esfuerzos de agentes distintos en torno a propósitos comunes en salud, para mejorar las condiciones en que los sistemas de seguridad social o salud disponen sus acciones a los ciudadanos, sea en el marco de la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y/o el tratamiento de la misma.

Finalmente, este documento es también un reconocimiento a la dedicación de muchos actores que han participado de este proyecto, pues el éxito del mismo ha dependido casi exclusivamente de la voluntad, compromiso y trabajo de tales agentes. En razón de lo anterior, se han aprendido lecciones profundas acerca del poder del trabajo mancomunado, dejando de lado agendas particulares, y también, de la dificultad de lograrlo.

Esperamos que no solo disfruten su lectura, sino que les sea de suma utilidad y que amplios e inesperados horizontes se abran para que los ciudadanos de muchos territorios observen mejoras significativas en el acceso y calidad de servicios sanitarios y, en definitiva, en su propio estado de salud.

Maria Isabel Ulloa

Germán Escobar Morales

Introducción

"El caso colombiano de extender el seguro de salud y servicios sanitarios a su población es impresionante" (OCDE), sin embargo, existen desafíos en calidad, acceso y sostenibilidad financiera.

El sistema de salud colombiano, bajo el modelo que conocemos actualmente, ha sido objeto de un sinnúmero de diagnósticos y análisis de sus resultados a lo largo de sus 25 años de implementación. Dependiendo del enfoque y perspectiva de sus autores, tales evaluaciones suelen ser más o menos optimistas.

El común denominador es el reconocimiento de haber logrado la cobertura universal de la población, gracias a un porcentaje que sobrepasa el 95 % de los residentes en el territorio colombiano afiliados formalmente por alguno de los regímenes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). También sobresale, de manera muy destacada, que el País contiene uno de los gastos de bolsillo más bajos de todos los paises en vias de desarrollo, calculándose éste en alrededor del 15 % del gasto total en salud y, más sorprendente aún, es que el gasto gubernamental es cercano al 85 %. Adicionalmente, aunque menos estudiado, está el hecho de que Colombia cuenta con uno de los paquetes públicos de beneficios en salud más robustos de todo el continente, además de la extensa jurisprudencia garantista de nuestra Corte Constitucional, lo que refuerza que en la práctica, este paquete tenga realmente pocos límites.

Desde el punto de vista salubrista, el análisis de indicadores de salud pública sensibles como la mortalidad infantil o la mortalidad materna, muestran descensos sostenidos a lo largo de las últimas dos décadas de manera agregada nacional. No obstante, al mirar los datos subnacionales, prevalecen preocupantes desigualdades, siendo el litoral Pacífico colombiano, la Orinoquía y la zona norte del Caribe colombiano (la Guajira) regiones en donde este y otros problemas de salud pública siguen presentando cifras inaceptables. Lo mismo puede decirse de indicadores que dan cuenta de la calidad de la atención sanitaria, por ejemplo, los eventos adversos intrahospitalarios gestionados. Sobre este punto, Colombia y el propio Valle del Cauca presentan una paradoja pues, cuatro instituciones prestadoras de salud (clínicas u hospitales), han hecho parte sistemática de los diez primeros lugares del *ranking* de hospitales con mejor calidad, desarrollado por la prestigiosa revista América Economía en los últimos cinco años y sin embargo, numerosas instituciones de salud luchan a diario para garantizar los mínimos requeridos para una atención segura y efectiva.

Por otro lado, los análisis situados desde la garantía del derecho a la salud son menos optimistas, recordando que en Colombia este es un derecho fundamental. Estos estudios resaltan el hecho de un sostenido aumento tanto de peticiones, quejas o reclamos ante la Superintendencia Nacional de Salud, como de acciones judiciales interpuestas para lograr atención sanitaria. Por ejemplo, en 2018 se interpusieron más de 207 mil acciones de tutela en salud[1], lo que representa un 34,2 % del total de las tutelas, mostrando un

[1] Informe de seguimiento a la orden trigésima de la Sentencia T-760 de 2008 por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, radicado ante la Honorable Corte Constitucional, marzo de 2019: disponible en:

crecimiento ininterrumpido desde 2010. Por supuesto que la evaluación de este fenómeno es mucho más profundo y complejo, sin embargo, las cifras son en sí mismas un hecho de suma inquietud, máxime considerando que dentro de estas acciones existen casos de inmenso dramatismo, como la falta de acceso a servicios sanitarios por parte de pacientes con cáncer u otras patologías cuya sobrevida depende, en gran medida, de la adherencia a servicios y tecnologías en salud.

Para terminar este barrido de evidencia sobre el sistema de salud colombiano, desde la dimensión econométrica, también genera suma preocupación la creciente cartera hospitalaria, en su gran mayoría, producto del complejo mecanismo de pago de las tecnologías en salud no cargadas a la Unidad de Pago por Capitación (UPC), es decir, al presupuesto prospectivo anual que se destina para el grueso de tecnologías en salud del paquete de beneficios y cuyo gasto, por el contrario, se cubre a *posteriori* de su prestación a los usuarios. Aun así, el estado de la cartera es también un reflejo de la deuda acumulada de todo el sistema de salud, pues es en los hospitales donde recae el último eslabón de la cadena de valor, los estados financieros de las aseguradoras, también muestran carteras alarmantes. Lo más preocupante de esta situación es que Colombia no cuenta con un cálculo oficial de tales deudas, por lo que los estimativos más serios la sitúan en un rango entre 5 y 12 billones de pesos. El resultado de todo esto, ha sido la interposición de barreras al acceso a los servicios de salud para la población, sea de manera intencional o como simple producto de la descomposición del mercado y por supuesto, la amenaza a largo plazo de la sostenibilidad financiera de todo el sistema.

Así pues, a manera de conclusión ante tan compleja evidencia, podemos citar a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), en cuyo informe sobre el sistema de salud colombiano de 2016 comienza diciendo que "el caso colombiano de extender el seguro de salud y servicios sanitarios a su población es impresionante" [1], sin embargo, a pesar de ello, desigualdades subnacionales en términos de acceso efectivo a servicios de salud, calidad de los mismos y resultados en salud, además de una inquietante amenaza a su sostenibilidad financiera producto de deuda acumulada, hacen que este enfrente retos de talla mayor y una subsecuente crisis de legitimidad ante ciertos segmentos de la población.

El sistema de salud colombiano tiene avances en lograr la cobertura universal, uno de los gastos de bolsillo más bajos del Mundo en Desarrollo y mejora sostenida en indicadores trazadores de salud pública. No obstante, persisten desigualdades en resultados de salud y calidad de la atención subnacionales y, desde el punto de vista de garantía del derecho, preocupa enormemente el aumento de las tutelas en salud en los últimos años.

En este contexto, aunque actualizado en cifras para este documento pero invariable en su generalidad, nace en 2016 la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y su instrumento

---

http://seguimientot760.corteconstitucional.gov.co/informesperiodicos//Informe%20Ministerio%20Orden%2030%2019-03-08.pdf.

operativo, el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), como una de las distintas respuestas del Gobierno Nacional de la época para afrontar tales retos. El MIAS fue una apuesta por una estrategia nacional robusta, integradora de múltiples elementos que intervienen en la dinámica de los actores del sistema de salud y, por tanto, en sus desafíos actuales por lograr la articulación y eficiencia de sus esfuerzos. De esta manera, el MIAS propuso el trabajo alrededor de diez componentes bajo la mirada diferencial de los territorios urbanos y rurales, incorporando en su núcleo el principio *pro homine*, a saber: 1) caracterización poblacional, 2) rutas integrales de atención en salud, 3) gestión integral del riesgo en salud, 4) ámbitos territoriales, 5) redes integrales de prestadores de servicios de salud, 6) rol del asegurador, 7) sistema de incentivos, 8) sistema de información, 9) recurso humano en salud y finalmente, 10) investigación, innovación y apropiación del conocimiento.

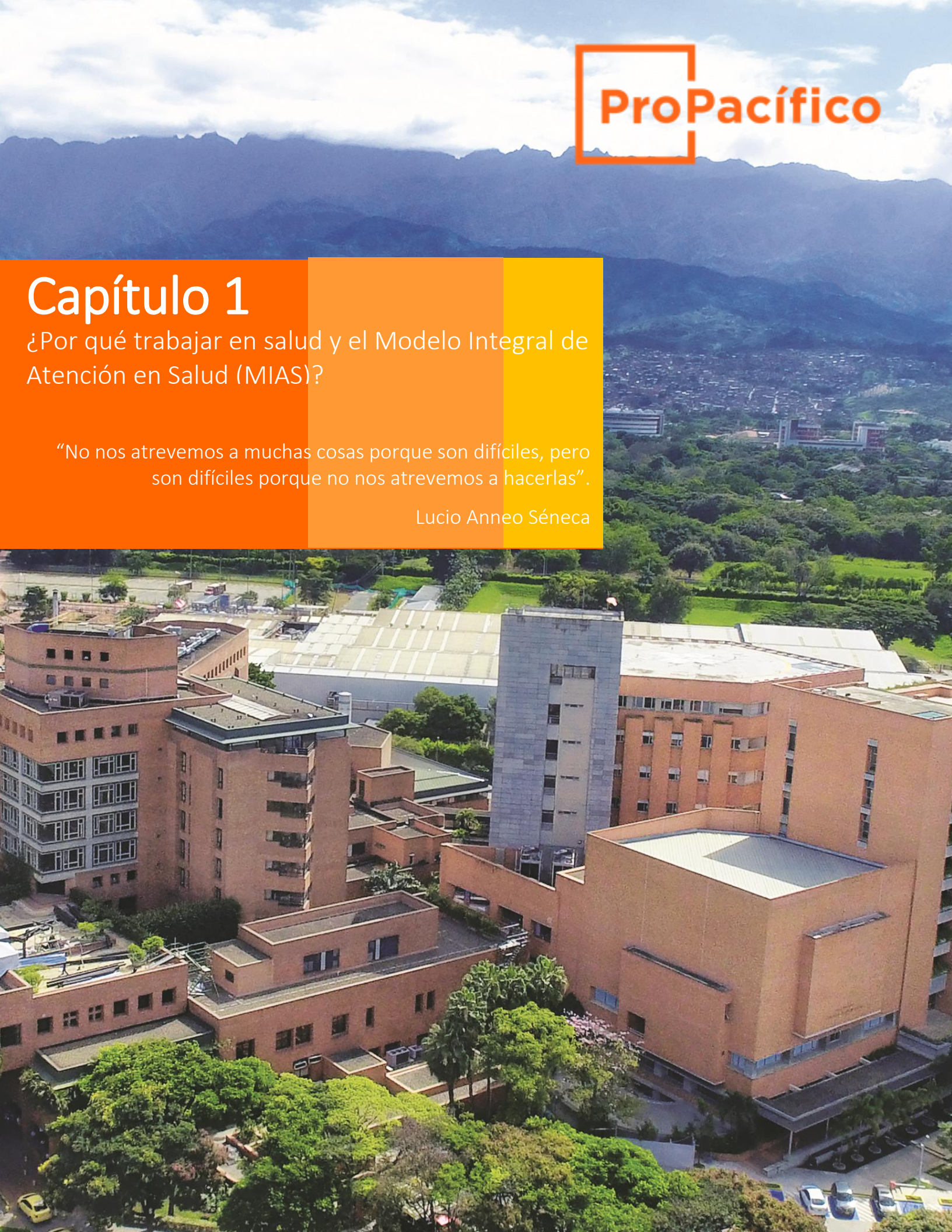
Observando cada uno de los componentes por separado y el modelo en su completitud, se entiende que esta política pública era en sí misma una profunda transformación del sistema de salud. Para dar tan solo un ejemplo, si tomamos por separado el desarrollo de nuevos incentivos y la redefinición del rol del asegurador, esto implica la producción de sendas reformas al núcleo, tanto normativo como conceptual del sistema de salud, dirigidas a la competencia regulada de los agentes, la cual es la base filosófica sobre la cual se estructura todo el SGSSS, el reconocimiento de los resultados en salud y de desempeño, y la rectoría por parte del Gobierno. Una tarea de tal magnitud requiere entonces, de importantes recursos técnicos, una profusa discusión democrática y sobre todo, un plan operativo de implementación gradual.

En este sentido, aunque tanto la PAIS como el MIAS contaron con extensos documentos de soporte conceptual que explicaron suficientemente sus motivaciones y objetivos, no se presentaron planes detallados de implementación y despliegue en los territorios. Dichos planes suponían la designación de equipos formales, el diseño de instrumentos adaptados tanto para la implementación como para su monitoreo y evaluación y, sobre todo, la apropiación de recursos con destinación específica.

En consecuencia, tan pronto se expidió el MIAS, en ProPacífico consideramos de vital importancia apoyar esta estrategia nacional para lograr su adecuado despliegue en el País, específicamente, en el Valle del Cauca. El resultado de ello, fue la formulación del proyecto Gestión Eficiente del Sistema de Salud en el Valle del Cauca, en cuyo centro se encontraba el diseño de una hoja de ruta que contuviera los elementos metodológicos para implementar este modelo.

En este documento se encontrará la descripción cronológica y reflexiva del proceso de formulación y ejecución del proyecto en su primera etapa, es decir, durante estos dos últimos años. Primero, se narra cómo y por qué ProPacífico priorizó tanto al sector salud como el MIAS dentro del espectro de temas del Desarrollo Sostenible, las características y aprendizajes de la formulación detallada del proyecto, la formación del equipo necesario y el establecimiento de alianzas con los actores participantes y las autoridades y la consecución de recursos, a través de donantes. Seguidamente, se describe la puesta en marcha de las acciones inicialmente planeadas, la evaluación interina realizada a mitad de

su ejecución y los ajustes que de ella derivaron. Finalmente, la última sección de este documento aborda de manera semiestructurada, las reflexiones por parte de actores relevantes del sector, en torno a las problemáticas del sistema de salud tratadas en esta introducción y el rol de ProPacífico para abordarlas, a través de la implementación de este proyecto.



ProPacífico

Capítulo 1

¿Por qué trabajar en salud y el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)?

"No nos atrevemos a muchas cosas porque son difíciles, pero son difíciles porque no nos atrevemos a hacerlas".

Lucio Anneo Séneca

¿Quiénes somos y por qué trabajamos en el desarrollo?

ProPacífico es una organización privada, sin ánimo de lucro, independiente y apolítica que trabaja en pro del desarrollo sostenible del país y en especial el de la región Pacífico, a través de la identificación, gestión y articulación de iniciativas de interés general y de alto impacto, que fomenten el progreso económico, la sostenibilidad ambiental y la prosperidad colectiva.

La historia de ProPacífico es prolífica y se remonta décadas atrás, transformando su visión conforme el mismo concepto de desarrollo ha venido evolucionando. Su nacimiento, terminando la década de los sesentas y comenzando la de los setentas, bajo el nombre de Fundación para el Desarrollo Industrial del Valle del Cauca (FDI), refleja la línea de desarrollo imperante en la América Latina de aquellos años, cuando *la industrialización por sustitución de importaciones* definía la política económica de la mayoría de los países. En ese sentido, la Fundación tenía especial interés en crear prosperidad económica a través de la generación de empresas. Como resultado, durante treinta años contribuyó a la creación de 53 empresas insignias de la región Pacífico, 7.100 empleos, 145 investigaciones y 138 estudios de prefactibilidad de proyectos estratégicos.

En años posteriores no pudiendo escapar a la realidad del deterioro del tejido social, la seguridad y las condiciones políticas del país a finales de la década de los ochenta y durante buena parte de los noventa; la FDI, para entonces Fundación para el Desarrollo Integral del Valle del Cauca, cambió su rol y apoyó primordialmente iniciativas de la Cámara de Comercio de Cali, enfocandose mas en el contexto local. No obstante, durante este periodo, las discusiones sobre la globalización empezaron a dominar parte de la agenda sobre el desarrollo, por lo que proyectos como el Centro de Eventos Valle del Pacífico, como eje de conexión de Cali con el mundo, fueron algunos de los proyectos insignias de la Fundación. Desde el 2012 comienza a trabajar con un enfoque de estructuración de proyectos de ciudad con el fin de generar soluciones urbanas con el apoyo de la cooperación internacional.

La historia de ProPacífico es amplia y prolífica, ha cambiado junto con la evolución del concepto de desarrollo, pasando de crear prosperidad económica, a través de la generación de empresas icónicas de la Región a liderar la agenda de desarrollo sostenible e integral, gracias a la articulación de esfuerzos del sector público y privado, en función de iniciativas de interés general y alto impacto.

Finalmente, en 2016, la fundación resurge interiorizando un concepto de desarrollo integral, sostenible y dinamizador de los territorios y sus comunidades. Así, comienza esta era con la denominación de Fundación para el Desarrollo Integral del Pacífico (FDI Pacífico), ampliando su alcance hacia toda la región Pacífico, detonando una cultura de visión a largo plazo que contribuya a planear y materializar proyectos estratégicos. Como parte del proceso transformador de esta nueva etapa de la Fundación y con el fin de ser cada vez más relevantes para nuestros grupos de interés, en la FDI Pacífico cambiamos nuestro

nombre e imagen. Es así como en diciembre de 2018 -bajo el liderazgo de nuestra directora ejecutiva, Maria Isabel Ulloa-, nace ProPacífico, cuya denominación evocativa, flexible y de fácil recordación, se suma el gran reconocimiento que tiene el 'Pro' en Colombia, derivado de la labor de entidades como ProAntioquia, ProBogotá y ProBarranquilla.

Este resurgimiento de la Fundación, ahora ProPacífico, nos ha permitido ganar cada vez más protagonismo en la agenda de desarrollo de la región y el país. Hoy por hoy, ProPacífico es ya un referente regional, nacional y continental de una entidad privada que acompaña la agenda pública a largo plazo, moviliza recursos en función de ésta y permite sobrepasar las coyunturas políticas y sociales, por medio de un derrotero del desarrollo definido y de vanguardia. Como consecuencia, en ProPacífico hemos definido cuatro ejes del desarrollo en los cuales se despliegan nuestras acciones y proyectos: 1) Planeación Territorial, 2) Infraestructura y Competitividad, 3) Agua y Sostenibilidad Ambiental, y 4) Educación, Salud y Bienestar. Precisamente, es dentro de este último eje donde el proyecto Gestión Eficiente del Sistema de Salud en el Valle del Cauca, ha venido desarrollándose.

¿Cómo se vincula el desarrollo con la salud?

Como se ha expuesto hasta el momento, ProPacífico ha venido impulsando una agenda integral y renovada de desarrollo en la Región y el País. En ese sentido, hay que decir que la literatura del desarrollo es contundente al definir que "la salud es una dimensión importante y un marcador sensible del desarrollo sostenible. La salud representa el efecto colectivo de las condiciones de vida sociales, económicas y físicas" [2].

Consecuentemente, mejorar el estado de salud de las poblaciones es en sí mismo un esfuerzo por el desarrollo, puesto que implica el fortalecimiento de los sistemas de salud, al mismo tiempo que un trabajo *transectorial* para abordar los distintos determinantes de la salud. Para entenderlo mejor, basta con recordar la definición de salud, expresada magistralmente en la Constitución de creación de la Organización Mundial de la Salud, cuando expone que "[l]a salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social"[2]. Esto quiere decir que su consecución sobrepasa la atención sanitaria y se sitúa en el contexto de las condiciones políticas, sociales, ambientales y económicas, junto con las propias condiciones biológicas de los individuos y las poblaciones, que les permiten a los ciudadanos vivir dignamente, en un estado de bienestar.

[2] La Constitución fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Off. Rec. WldHlth Org.; Actes off. Org. mond. Santé, 2, 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948.

Siguiendo esta línea discursiva, los sistemas de seguridad social surgen como una respuesta de y a las sociedades destruidas en la Segunda Postguerra Mundial, para crear condiciones que permitieran su reconstrucción. Su concepción contenía una mirada de asistencia integral a los individuos, que articulaban servicios de salud, educativos, de protección laboral, etc., a lo largo del ciclo de vida. El resultado de esto es que, con el advenimiento del concepto desarrollo de los llamados países del Tercer Mundo y la subsecuente intervención económica y social en ellos, estos sistemas han sido un instrumento mayor para mejorar las condiciones de vida de la población y así, crear un círculo virtuoso que permita la generación de prosperidad económica y social.

Bajo esta idea, es que el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) nace a principios de la década de los noventa en nuestro País buscando, a través de una ingeniosa pero compleja arquitectura que combina agentes privados y públicos bajo la regulación del Estado, solventar los profundos problemas que el País enfrentaba en términos de 1) cobertura en salud, 2) desigualdad de acceso a servicios y tecnologías en salud, además de fuertes ineficiencias en la distribución de subsidios por parte del Estado, 3) protección financiera derivada de gastos por enfermedad y finalmente, 4) el pobre desempeño de los resultados en salud pública.

Desafortunadamente, esa compleja arquitectura del SGSSS ha derivado en nuevos problemas de coordinación entre los agentes (generando ineficiencias y reprocesos), incentivos perversos hacia la barreras de acceso en función de ganancias económicas inmediatas y debilitamiento de la capacidad rectora y de supervisión del Estado.

En consecuencia, estos problemas han repercutido negativamente en el alcance del objetivo superior del SGSSS, como se comentó al comienzo, esto es: en constituirse como un instrumento del desarrollo mediante una inversión social que mejora las condiciones de la población para generar progreso. Por ejemplo, las ineficiencias en la atención generan que personas afronten complicaciones de salud que pudieran haber sido prevenidas y esto, además resulta en un gasto más elevado en salud. Lo anterior se puede ver reflejado, por ejemplo, en ausentismo laboral, discapacidad, bajo rendimiento escolar, etc., lo que al final impacta negativamente el desarrollo social.

En este punto es donde convergen las dos ideas que trabajándose han trabajado en este capítulo y es que, para lograr el Desarrollo social de la región es necesario que el desempeño del sistema de salud y sus agentes mejore, de tal manera que éste recupere su plena facultad de ser un factor decisivo en la capacidad de los individuos para contribuir al progreso económico y social desde que nacen hasta su muerte. Este

"la salud es una dimensión importante y un marcador sensible del desarrollo sostenible" [2]. El SGSSS, como el resto de sistemas de protección social, busca ser un factor decisivo para que los ciudadanos logren un estado de bienestar y aporten plenamente al desarrollo. Sin embargo, la compleja arquitectura del sistema de salud colombiano ha provocado ineficiencias y barreras de acceso, impactando negativamente su desempeño y, repercutiendo negativamente en los resultados en salud de un porcentaje de sus usuarios. Por tanto, para lograr el desarrollo social de la región, es necesario que el desempeño del sistema de salud y sus agentes mejore.

argumento fue el punto de partida filosófico para enfocar las acciones de ProPacífico en un proyecto de alto impacto que acompañará a los diversos actores, tanto públicos como privados, en fortalecer sus capacidades de gestión, y por tanto, lograr mejores resultados en salud de la población y aportar al desarrollo social y sostenible.

El siguiente paso, consistió en determinar el enfoque específico del proyecto y subsecuentemente, su nivel de impacto regional para lograr su plena priorización dentro de los distintos proyectos de ProPacífico.

¿Por qué trabajar en el Modelo Integral de Atención en Salud?

Una vez tomada la decisión de trabajar en salud, como componente intrínseco del desarrollo, sobrevino una fase compleja de llevar a cabo. Se trataba de darle forma a las intenciones de la organización, definir un alcance específico y un conjunto de actividades, ante recursos tanto humanos como financieros limitados.

En este sentido, las discusiones del momento pusieron de manifiesto una dicotomía propia de fundaciones como ProPacífico, la cual contrapone la visión instrumental y utilitarista ante una más holística y si se quiere, abstracta. En otras palabras, se trata de la dualidad de formular un proyecto que busque llenar vacíos concretos o un proyecto que trabaje para generar capacidades a largo plazo y permita abrir nuevos escenarios de trabajo durante la marcha. En el primer caso, la identificación de las necesidades del sector le apuntaba, casi por sentido común, a fortalecer la prestación de servicios de salud, a través de nueva infraestructura sanitaria y, de manera particular, el acompañamiento organizacional a instituciones relevantes en el Valle del Cauca, como por ejemplo, el Hospital Universitario del Valle Evaristo García, que se encontraba iniciando un proceso de recuperación luego de la peor crisis de su historia.

En el segundo caso, la concreción era más difícil. La complejidad del sector salud y la profundidad de sus problemas, hacían que la realidad sobrepasara con creces la capacidad operativa de ProPacífico. Por ejemplo, como se comentó previamente, sin duda alguna la deuda financiera sectorial era uno de sus principales problemas en 2017 (igual que en la actualidad), sin embargo, su abordaje supone el trabajo en áreas de competencia exclusiva del Gobierno Central, conceptuales de gran experticia técnica y de extrema sensibilidad para los actores, pues involucra su supervivencia en el sistema y compromisos fiscales adquiridos. Para hacer más grande el desafío, cabe mencionar que para la época, ProPacífico no contaba aun con la experiencia ni el equipo específico en temas de política pública en salud.

Por otro lado, como se describió en la introducción, para ese momento el Gobierno Nacional lanzaba el Modelo Integral de Atención en Salud, que resultaba una apuesta innovadora y atractiva para un sistema de salud acostumbrado a discusiones limitadas y poco integradoras de sus distintos componentes. Esta política pública resonó fuertemente en la Fundación, pues guardaba plena coherencia con nuestra misión de acercar distintos agentes, públicos y privados y prometía un alto impacto en la Región, haciendo uso de las facultades y capacidades de los propios agentes, incluidas las autoridades regionales y locales.

De forma paralela a esta coyuntura, ProPacífico fortalecía sus mecanismos de evaluación y priorización de sus propias acciones. Gracias a esto, en una Coordinación al interior de la organización, dedicada exclusivamente al análisis, identificación y monitoreo de los proyectos y temas prioritarios para ProPacífico y la Región, se realizó un ejercicio técnico preliminar que permitió evaluar el panorama del sector salud en el Valle del Cauca. De esta manera, a través de una metodología de priorización que tiene en cuenta las necesidades evidenciadas, el impacto esperado y la viabilidad de las acciones, la Fundación se decantó por un proyecto que trascendiera el enfoque instrumental de la infraestructura en salud y propendiera por crear capacidades de gestión en el sistema de salud y sus agentes.

Con esto, se cerró el círculo de la definición de las intenciones de ProPacífico y entendimos que el mejor aporte al sector salud y el desarrollo, resultaría al apoyar la implementación en el territorio de la novedosa política pública de Atención Integral y su modelo. De manera procedimental, este ejercicio liderado por el entonces Director Ejecutivo de la Organización, Alejandro Eder, fue refrendado por nuestros distintos órganos de gobierno corporativo, a saber, el Consejo Fundacional y el Consejo Directivo.

Con esta decisión se aseguraba que el impacto del futuro proyecto de salud sería regional, abarcaría población diversa e involucraría distintos agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Esto delinearía de aquí en adelante, no solo la definición de las tareas sino la misma filosofía del proyecto, que buscaría unir esfuerzos en función de objetivos comunes y superiores.

De esta manera iniciaba una fase igualmente retadora para la organización, la constitución de un equipo formal del proyecto, la planeación detallada del mismo, la vinculación de actores clave participantes para lograr la implementación del MIAS y la financiación de las acciones. Esto es lo que describiremos en el siguiente capítulo.

ProPacífico

Capítulo 2

Empezar a hacer realidad una idea

"El futuro pertenece a quienes creen en la belleza de sus sueños"
Eleanor Roosvelt

La construcción de un equipo de proyecto

Como se mostró en la sección anterior, a pesar de la gran experiencia de ProPacífico en temas de desarrollo, la Organización no se había introducido en temas de salud específicamente. En este sentido, ProPacífico contaba para el momento, con profesionales con amplia trayectoria en relaciones internacionales, gestión de proyectos, monitoreo y evaluación de proyectos y, desde el punto de vista temático, sectores como Transporte, entre otros, mas no salud propiamente dicho. No obstante, existía un asesoramiento externo por parte de un experto sectorial, Alejandro De La Torre, médico, epidemiólogo y salubrista público con amplia experiencia en salud y organismos multilaterales.

En consecuencia, una vez definido el enfoque específico del proyecto de salud y bajo la premisa de iniciar su formulación detallada, surgió la inmediata necesidad, de conformar un equipo idóneo para esta tarea y su posterior implementación.

Desde su concepción, este proyecto fue entendido como un proyecto que debía ser gerenciado y gestionado de una manera distinta a como ProPacífico gestionaba los proyectos de los otro ejes. En primera medida, debido a la capacidad limitada de recursos dispuestos por los distintos agentes para implementar el MIAS, incluido el Gobierno, este proyecto requería de la consecución y ejecución de recursos propios y frescos. En segundo lugar, a pesar de acompañar a los actores del sector salud en la implementación de esta política pública, no existían tareas o acciones igualmente delimitadas para ello, lo que significaba en la práctica, la necesidad de mayor injerencia directa en la gestión del proyecto. Finalmente y tal vez la razón más poderosa es que, dado que no existía ninguna iniciativa de este tipo en el País que buscara la articulación de los sectores público y privado en salud para implementar una estrategia nacional tan robusta como el MIAS, era imperativo asumir el pleno liderazgo desde el seno de la Organización. De tal forma, ProPacífico consideró que para garantizar la alta calidad y el control de la formulación del proyecto, se incorporara un Director de Proyecto, figura novedosa dentro de la Organización.

La consecuencia directa de esta decisión fue la llegada de Alejandro De La Torre como el primer Director del Proyecto de Salud, contando a partir de ese momento con su liderazgo y apoyo plenamente y de forma presencial. Este fue uno de los primeros hitos del proyecto, pues significó la creación de una primera institucionalidad alrededor de lo que venía siendo una idea hasta el momento, permitió, como lo veremos más adelante, el fortalecimiento de la línea y orientación técnica en la formulación detallada del mismo y generó gran valor agregado en la presentación del proyecto ante los que serían sus futuros participantes, aliados y donantes.

Ahora bien, un proyecto de estas características requiere de producción de informes e insumos técnicos, gestión logística (reuniones, desplazamientos, documentación disponible, etc.), entre otras tareas que sobrepasan la capacidad operativa del Director de Proyecto. Por esta razón, se completó el equipo con un profesional de dedicación exclusiva

al proyecto que tuviera experiencia en el sector salud. Sin embargo, es importante anotar que las diferentes áreas de la Organización se articulan y disponen sus capacidades a las necesidades del proyecto. En este sentido, desde el comienzo una Coordinación de Análisis, Identificación y Monitoreo, la cual mencionamos en la sección anterior, aporta en evaluaciones cuantitativas y análisis de datos relevantes; una Coordinación de Asuntos Externos, agencia el involucramiento de actores relevantes y donantes; una Coordinación de Comunicaciones diseña e implementa un plan de comunicaciones detallado para hacer socialización de los avances y finalmente, una Coordinación de Proyectos, aportó su experticia en la formulación detallada y permanece apoyando el seguimiento metodológico a la gestión a lo largo de su ejecución. En definitiva, todo ProPacífico, con sus capacidades técnicas refuerza y acompaña a los profesionales exclusivos del proyecto y conforman un equipo extendido interdisciplinario.

La formulación detallada del proyecto

Una vez conformado el equipo, sobre todo con el Director de Proyecto, se inició la etapa de la formulación detallada del mismo. En este sentido, hay que mencionar en este punto que aquí sucedieron dos procesos paralelos, pero que describiremos en secciones separadas. Al mismo tiempo que se formulaban los objetivos y productos principales, se iniciaba una búsqueda enérgica tanto de participantes como donantes y aliados estratégicos. Esta situación aportó valiosas lecciones aprendidas. En términos generales, para garantizar la viabilidad, implementación y éxito de un proyecto como este, el cual busca transformar los procesos y dinámicas de agentes particulares, es necesario contar desde su diseño con la validación y sobre todo, voluntad de los mismos, situación que se abordará al final del documento. No obstante, esto trae consigo que el proceso sea sumamente dinámico y surjan en el camino, nuevos enfoques y actividades que, si no se manejan adecuadamente, pueden incluso desviar afectar el alcance y objetivo general del proyecto.

De esta manera, aunque en ProPacífico existe un proceso sistemático, a través de una metodología robusta y, de cierta manera rígida, de formulación de los proyectos, este tuvo que, sobre la marcha, conciliar los requisitos técnicos de una formulación planificada en un *momento cero* con el ajuste de acuerdo al perfil y solicitudes de los aliados y donantes que fueron llegando paulatinamente. Dicha metodología comienza por la identificación y priorización por parte del área mencionada anteriormente para ello, sin embargo, como lo vimos antes, este proyecto surgió con una idea casi de manera espontánea, ante la evidente necesidad de trabajar por fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud, lo que no fue excluyente del hecho de que al hacer la correspondiente priorización,

La formulación detallada fue liderada por el Director de Proyecto, apoyada por un comité de formulación instituido dentro de ProPacífico. Se vio enriquecida por sendas discusiones con el Ministerio de Salud y Protección Social y centros académicos relevantes, como el Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud (Proesa), que garantizaron que desde su comienzo el proyecto fuera posicionado como de gran interés en la agenda pública y tuviera un alto nivel técnico.

esta permitiera definir el tipo y enfoque general del mismo. Posteriormente, se inicia un trabajo en el seno de un comité formal de formulación, cuya función es concretar los objetivos generales y específicos de lo que serán los futuros proyectos. En este caso, si bien es cierto que dicho comité jugó un papel importante, debido a que desde su inicio se contaba con un Director de Proyecto con amplia experticia técnica, éste último trazó la línea técnica general.

Por otro lado, desde el inicio de la formulación detallada del proyecto, fue clave la discusión con el Gobierno Nacional, concretamente el Ministro del Salud y Protección Social de la época, Alejandro Gaviria, y el saliente y entrante Viceministro de Salud Pública, Fernando Ruiz y Luis Fernando Correa, respectivamente, además de sus equipos técnicos. En estas discusiones, se delimitaron mejor las necesidades que el naciente MIAS presentaba para su implementación. Como valor agregado, gracias a este trabajo de la mano con el Gobierno Nacional, se logró la articulación con la agenda pública y, sobre todo, el pleno respaldo del Ministerio de Salud para la ejecución del proyecto. Esto último es de vital importancia, pues no solo posicionó al proyecto desde su comienzo como un instrumento de mayor interés para la agenda de política pública del sector, sino que abrió la puerta a un diálogo mucho más productivo con los que serían los futuros participantes y donantes, para los cuales era evidentemente muy atractivo participar en una iniciativa auspiciada por el Gobierno central. Esto mismo sucedió en el departamento del Valle, con la Gobernadora Dilian Francisca Toro.

Finalmente, fue igualmente decisivo sostener estas mismas discusiones técnicas con la academia. Uno de los aliados académicos más relevantes para el proyecto ha sido el Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud (Proesa) de la Universidad Icesi. Este es un tanque de pensamiento altamente especializado en el sector salud, con una amplia experiencia en estudios sectoriales de diversa índole, desde asuntos de buenas prácticas de gestión integral del riesgo, hasta aspectos neurálgicos del cálculo y gestión de las tecnologías en salud no cargadas a la Unidad de Pago por Capitación. Gracias a ello, Proesa hoy es reconocido como uno de los referentes académicos más importantes del sector salud, bajo el liderazgo del Exviceministro de Salud Pública, Ramiro Guerrero, y ha participado en un sinnúmero de espacios de discusión y formulación de política pública indirecta directamente y con el Gobierno Nacional. Este aliado y su participación en la formulación detallada, le brindó al proyecto una enorme cantidad de insumos técnicos de primer nivel y lo que perfiló desde su diseño como una iniciativa con tales características y, por tanto, menos empírica.

Más adelante describiremos minuciosamente el objetivo general de esta primera etapa de proyecto, sus objetivos específicos y principales tareas que resultaron de esta formulación detallada. Sin embargo, de manera genérica podemos decir que de este proceso se pudo establecer la necesidad de generar condiciones para trabajar de manera conjunta con los principales actores del SGSSS en la implementación del MIAS en el Valle del Cauca,

mediante un gran instrumento metodológico que le brinde herramientas a estos agentes mejorando, por tanto, la gestión del sistema mismo y los resultados en salud de la población.

La incorporación de los primeros aliados y donantes

Lo primero que debemos mencionar es que este proyecto presenta una estructura dinámica, abre constantemente conversaciones y explora nuevos horizontes dentro de un marco general tanto de objetivos como actividades, lo que resulta en la incorporación de aliados estratégicos de manera constante. Dicho lo anterior, en una primera etapa era fundamental contar con cierto tipo de aliados que permitieran, en primera medida, la implementación de las tareas propuestas y también, la sostenibilidad a largo plazo de la iniciativa.

Por otro lado, como lo tratamos brevemente al enunciar los criterios que hicieron que la estructura de este proyecto fuera ligeramente distinta al resto de los liderados por ProPacífico, esta iniciativa requiere de una cantidad de recursos tanto técnicos como económicos que permitan el financiamiento de su personal propio, las actividades logísticas y algunas actividades técnicas, como el desarrollo de estudios y análisis altamente especializados. En ese sentido, hemos hecho una suerte de categorización de los participantes del proyecto en cuatro grupos a saber: i. los donantes financieros, ii. los participantes en su ejecución, iii. los aliados técnicos, académicos y expertos temáticos y iv. las autoridades.

Cada uno de estos grupos de participantes cumplen una función esencial para el buen desarrollo del proyecto y, aunque en términos generales sus roles son distintos, en ciertos momentos existe una superposición de sus esfuerzos. Por ejemplo, como lo anticipamos en la sección pasada, la incorporación de donantes durante la etapa de formulación detallada moldeó también, la línea y el enfoque técnico del proyecto, debido a que no solamente la gran mayoría de los donantes tienen una alta capacidad técnica por su misión, lo que inherentemente dispone insumos de este carácter desde un comienzo de la relación, tal es el caso del Banco Interamericano de Desarrollo, sino también a que estos adelantan agendas estratégicas en la Región y el País previamente definidas, que de alguna manera hay que seguir.

Así, comenzando por los donantes financieros, una de las primeras tareas consistió en asegurar la completa implementación de las acciones del proyecto, a través de recursos económicos suficientes. Básicamente, lo que se dio aquí fue una “peregrinación” sistemática por posibles interesados en apoyar iniciativas que buscaran el mejoramiento de la salud de la población, mediante el fortalecimiento de su acceso efectivo, integral y con calidad a servicios sanitarios, a lo largo del continuo de la atención, es decir, desde la promoción de la salud hasta el tratamiento y rehabilitación de la enfermedad. Para ello, se inició un trabajo metódico de estudio de estos posibles interesados, usando una

metodología de mapeo y calificación de actores y seguidamente, la búsqueda de espacios directos de presentación y discusión del proyecto, que como lo hemos estado tratando, para ese momento estaba también en su misma formulación detallada. Aquí, fue decisivo el apoyo del área de Asuntos Externos de ProPacífico, coordinada por Mariana Caicedo, profesional con amplia experiencia en cooperación internacional y gestión de proyectos sociales, pero también del liderazgo y apersonamiento del entonces Director Ejecutivo de la Fundación.

En este orden de ideas, es de suma importancia anotar que los primeros recursos con los que inició el proyecto fueron del mismo ProPacífico, no solo en términos logísticos y a través de toda la capacidad técnica y de soporte proveniente de las distintas áreas que hemos descrito pero, sobre todo, mediante la apropiación de una partida inicial de USD $50.000 dólares. Estos primeros fondos (luego vendrían nuevas apropiaciones de recursos propios) fueron y son el apalancamiento de cualquier donación entrante, por lo que es un aspecto que consideramos clave en la consecución de recursos económicos, ya que generalmente los donantes están esperando una *contrapartida* o esfuerzo propio del solicitante.

Como resultado, tanto del ejercicio metódico de identificación y abordaje de posibles donantes y de los recursos financieros, logísticos y técnicos iniciales dispuestos por ProPacífico, se incorporaron donantes tanto nacionales como internacionales. Terminando esta primera etapa, los donantes nacionales fueron la *Fundación Valle del Lili*, institución prestadora de servicios de salud calificada dentro de las tres primeras en el *ranking* de los mejores hospitales de Latinoamérica por la prestigiosa revista América Economía y la *Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca (Comfandi),* una Empresa Administradora de Planes de Beneficios (EAPB) o aseguradora en salud, con larga historia en el suroccidente colombiano. Por su lado, los donantes internacionales fueron la Fundación *Probitas*, cuyo centro de operaciones está en Barcelona, España, pero que apoya iniciativas globalmente que buscan mejorar la atención sanitaria en zonas vulnerables de aquellas enfermedades que, con los medios y conocimientos actualmente disponibles, pueden ser correctamente prevenidas, diagnosticadas y tratadas, la *Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID)* por sus siglas en inglés), creada desde 1961 por el Presidente Kennedy y encaminada a promover la democracia y gobernanza, reducir la pobreza y generar bienestar social, incluida la salud global y finalmente el *Banco Interamericano de Desarrollo (BID)*, organismo multilateral extensamente conocido por su trabajo desde 1959 en búsqueda de mejorar la salud, la educación y la infraestructura de los países de la región, a través del apoyo financiero y técnico con el objetivo superior de reducir la pobreza y la desigualdad.

En total, estos aportes sumaron cerca de USD $450.000, los cuales han sido ejecutados a lo largo de estos dos años de implementación de la primera etapa del proyecto. A manera general, podemos decir que estos agentes se sumaron como donantes de esta iniciativa debido a su compromiso con el Modelo Integral de Atención en Salud, sea porque estaban directamente impactados por su implementación (como la Fundación Valle del Lili y Comfandi), porque el proyecto era compatible con su agenda y prioridades establecidas,

como el BID o, en el caso de todos, por su interés superior de contribuir a mejorar las capacidades de gestión del sistema de salud colombiano y aportar a la consecución de mejores resultados en salud y bienestar social.

De otra parte, el siguiente grupo lo conforman los participantes en la ejecución del proyecto, en otras palabras, los agentes a través de los cuales se implementarían las acciones que el proyecto desarrollaría. En este sentido, como se verá más adelante en el capítulo 4, cuando se describa en detalle la composición técnica del proyecto, gran parte de las acciones dependían de la transformación de procesos al interior de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios y algunas de cambios adicionales en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y Empresas Sociales del Estado (ESE), por ejemplo, el proceso de adscripción de la población a prestadores primarios y la gestión de la información en salud. Consecuentemente, se logró contar con las cuatro aseguradoras que presentaban mayor población afiliada en el Valle del Cauca para 2016: Coomeva EPS, Emssanar EPS, Coosalud y Servicio Occidental de Salud (SOS). Por su lado, una priorización inicial de municipios del Departamento determinó enfocar las primeras acciones en la zona central del mismo denominada Región Centro-Tuluá[3], por lo cual se contactó a las ESE de aquellos municipios, las cuales han participado en distintos momentos de la ejecución del proyecto, sobre todo en la primera fase de captura de información *in situ.* Especial mención merece nuevamente la Fundación Valle del Lili, quienes además de ser donantes también han desempeñado un rol decisivo en las definiciones técnicas de algunos componentes del proyecto, por lo que es un aliado especial que ocupa una posición en estos dos grupos.

El proyecto atrajo a cuatro grupos de aliados: 1) donantes financieros, 2) participantes en la ejecución, 3) expertos técnicos y académicos y, 4) autoridades nacionales y locales. Estos aliados garantizaron los recursos necesarios para la operación del proyecto, implementaron acciones de mejora en su gestión, en el caso de las EPS y algunas IPS-ESE, aportaron insumos técnicos y dinamizaron la agenda pública que impulsó al proyecto a los largo de estos dos años de ejecución, respectivamente. Su incorporación fue paulatina y permeó el enfoque de las actividades detalladas del proyecto durante su formulación.

En cuanto al tercer grupo de aliados, conformado por los expertos temáticos, académicos y técnicos, ya se ha hablado de uno de los primeros que apoyaron el proyecto, Proesa-Universidad Icesi. Adicionalmente, poco después de comenzar la ejecución del proyecto, se incorporó en un rol muy activo la Universidad del Valle a través de su Vicerrectora Académica, Liliana Arias y su equipo. Aquí resaltamos el enorme apoyo técnico y altruista de la Directora General del Instituto Nacional de Salud, Martha Lucía Ospina y el

[3] Subregión del Valle del Cauca conformada por los municipios de Tuluá, El Dovio, Bolívar, Sevilla, Caicedonia, Trujillo, Riofrío, Bugalagrande, Andalucía, Roldanillo y San Pedro.

Exviceministro de Salud Pública, Fernando Ruiz (quien lideró la formulación de la Política de Atención Integral en Salud y el Modelo Integral de Atención en Salud), quienes han acompañado este proyecto constantemente en las estancias de dirección técnica del mismo. Estos aliados no solo han aportado inmenso conocimiento al proyecto, sino que han permito fortalecer la institucionalidad del mismo con su prestigio dentro del sector salud.

Para terminar, el cuarto grupo se refiere a las autoridades, tanto nacionales como regionales y locales. Como se expresó al hablar de los primeros acercamientos al Ministerio de Salud y Protección Social, su participación en el proyecto es determinante. Nuevamente, es importante resaltar el compromiso de la Gobernación del Valle del Cauca, en cabeza de la Gobernadora, Dilian Francisca Toro y su Secretaria de Salud, María Christina Lesmes, quienes han impulsado la agenda transformadora del proyecto para implementar el MIAS, sobre todo en los agentes públicos. De igual forma, el proyecto ha estado acompañado por la Secretaría de Salud de Cali, capital del Departamento y que por su concentración de cerca del 80% de las instituciones prestadoras de salud de todo este territorio y por supuesto, sus dos millones de habitantes[4] aproximadamente, es epicentro de gran cantidad de acciones. Respecto a este grupo, es relevante anotar que estos actores no solo han sido dinamizadores de la agenda del proyecto sino que ellos en sí mismos son agentes de cambio, pues gran parte de los productos del proyecto contienen propuestas de transformaciones normativas y de política pública. Por supuesto que las discusiones a este nivel son más complejas y tales cambios requieren de un trabajo pensado a mediano y largo plazo.

De tal manera, habiendo formulado detalladamente un proyecto a partir de una idea de contribuir a la salud del País, estructurado un equipo para desarrollarlo, garantizado su financiación, apoyo técnico y político e incorporado a los agentes que implementarían los cambios propuestos, el siguiente paso sería la ejecución de las actividades definidas. En el siguiente capítulo, describiremos técnicamente el proyecto y sus principales productos para posteriormente, evaluar los aprendizajes y logros de su ejecución.

[4] Al momento de la elaboración de este documento, se espera el ajuste del subregistro del último Censo Nacional de 2018, que se prevé que eleve la cifra de 1.900.000 habitantes en la ciudad de Cali.

ProPacífico

Capítulo 3

El proyecto: nuestro aporte para implementar el MIAS en los territorios

"No podemos resolver un problema utilizando el mismo tipo de pensamiento que usamos cuando los creamos".

Albert Einstein

¿Qué busca el proyecto de salud Gestión Eficiente del Sistema de Salud en el Valle del Cauca?

Gracias al proceso descrito en el capítulo 2, fue posible formular un proyecto de manera detallada y ponerlo en práctica. Esto no quiere decir que no se hayan hecho ajustes menores y mayores sobre el camino, como lo veremos más adelante, en gran medida porque este proyecto tiene una característica dinámica, puesto que su ejecución implicaba el diseño de nuevos instrumentos para transformar los procesos y relaciones internas y externas de los agentes del SGSSS y algunos aspectos normativos y de política pública.

En este sentido, el objetivo general del proyecto buscó en su primera etapa *contribuir a fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, a través del mejoramiento de la gestión y el reajuste de los roles de los diferentes agentes del sistema*. La lógica detrás de este planteamiento es que, fortaleciendo la gestión de los actores y las relaciones entre ellos, se obtendrán mejores resultados de salud en la población y se aportará a la sostenibilidad del sistema de salud. Como se puede apreciar, gracias a este razonamiento, el proyecto se conecta con el panorama del sector salud explicado en la introducción del documento. Son los agentes del SGSSS y su adecuada gestión, el medio para impactar la salud de la población, el bienestar social y, por tanto, el desarrollo integral de la región Pacífico.

Para lograr dicho cometido, se plantearon cuatro objetivos específicos. Como se ha anticipado a lo largo del documento, el principal de estos consistió en *acompañar a las autoridades públicas nacionales y regionales en el diseño y la implementación de una hoja de ruta que conduzca en un muy corto plazo a implementar el MIAS.* Tal hoja de ruta es un instrumento metodológico que contiene los principales pasos para que los territorios y los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud puedan implementar el Modelo Integral de Atención en Salud de acuerdo con sus necesidades, fortalezas y debilidades.

Ahora bien, el diseño e implementación de la hoja de ruta es el mayor ejemplo de cómo el planteamiento inicial del proyecto derivó en escenarios de discusión e implementación más específicos y por demás, inesperados. Este instrumento fue trabajado principalmente desde la experticia tanto del primer Director del Proyecto, Alejandro De La Torre, como de su segundo Director, Germán Escobar Morales. Sin embargo, en el marco del apoyo técnico aportado por Proesa, Universidad Icesi, tempranamente se priorizaron ciertos componentes y subcomponentes del MIAS para ser desarrollados técnicamente en conjunto con este centro y su equipo. En otras palabras, la primera conclusión casi intuitiva y fruto de la visión propia del territorio, fue que la hoja de ruta de implementación del MIAS debía elaborar un ejercicio de priorización de sus componentes, puesto que por un lado, los territorios tenían capacidades y sobre todo, limitaciones diferenciales para implementar el modelo y por el otro, el MIAS en su completitud, resultaba ser una amalgama inmensamente compleja de elementos que para su completa implementación, requieren de transformaciones al interior de los agentes, cambios reglamentarios

estructurales en la arquitectura jurídica del Sistema General de Seguridad Social en Salud, instrumentos de monitoreo y evaluación transversales a los actores y liderados desde las autoridades sanitarias, entre otros. Esta situación, sobrepasa la capacidad operativa de ProPacífico y seguramente, cualquier agente individual, por lo que se hace necesario, más bien, un trabajo pensado a mediano plazo y sistemático.

En este orden de ideas, ante la magnitud de implementar todo el Modelo Integral de Atención en Salud, a través de una estrategia y despliegue único y las consideraciones técnicas descritas de ello, la priorización de sus componentes y subcomponentes, fue una primera lección aprendida que luego se plasmó en el instrumento de hoja de ruta, permitiendo que éste recogiera este ejercicio como el primer paso dentro de la metodología propuesta para implementar el MIAS. De esta forma, una planeación inicial que pretendía un único producto de implementación, terminó convirtiéndose en múltiples insumos técnicos y de política pública (componentes priorizados) y un instrumento metodológico para que los distintos agentes (públicos, privados, autoridades) implementen de manera sistemática y ordenada el MIAS, en definitiva, este objetivo específico culminó con una *caja de herramientas* para la implementación de este modelo, agregando valor a la planeación original. En el capítulo 4, se verá un poco más en detalle el contenido tanto de la hoja de ruta como de los componentes y subcomponentes del MIAS priorizados y desarrollados técnicamente.

Por otro lado, aunque en las fases de ideación y formulación detallada, se realizaron análisis internos de ProPacífico para evaluar las necesidades del sector y el posible impacto de un proyecto en salud, estos resultaron más ejercicios preliminares que un producto académico exhaustivo. Como se puede entrever de la discusión arriba de la hoja de ruta, debido a que los territorios presentan capacidades distintas y por tanto, limitaciones igualmente diferentes para implementar el MIAS, es necesario examinar en detalle tales contextos para, posteriormente, priorizar los componentes y subcomponentes del modelo que han de desarrollarse primero en función de las condiciones de los mismos territorios. En este sentido, identificada esta necesidad para una correcta implementación tanto del MIAS como de la hoja de ruta misma, el proyecto definió este cometido como otro objetivo específico, a saber: "*realizar un diagnóstico de la situación del sistema de salud en el Valle del Cauca, con enfoque diferencial étnico*". Este diagnóstico se trabajó entre el Director del Proyecto, el Profesional de apoyo del proyecto, Iván Mauricio Escobar, la Coordinación de Análisis, Identificación y Monitoreo de la Fundación, liderada entonces por Dylan Herrera en conjunto con con

El proyecto buscó en esta primera etapa, contribuir a fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, a través del mejoramiento de la gestión y el reajuste de los roles de los diferentes agentes del sistema. Para lograrlo se planteó un objetivo específico de diseñar e implementar una Hoja de Ruta de implementación del MIAS, la cual terminó agregando valor al producir un instrumento metodológico de implementación y varias herramientas de desarrollo técnico de distintos componentes y subcomponentes del MIAS, a manera de *caja de herramientas.* Acompañando este objetivo específico, se plantearon otros tres que realizaron un diagnóstico situacional del sistema de salud en el Valle del Cauca, fortalecieron la gobernanza del sector y sistematizaron la experiencia, respectivamente.

Proesa, Universidad Icesi. Especial mención merece el trabajo técnico realizado por Victoria Soto, Investigadora Senior de Proesa, quien desde la academia ha ayudado a encontrarle coherencia y sentido a los datos analizados.

El diagnóstico analizó, de una parte, el contexto socioeconómico del Departamento, los resultados en salud de la población del Valle del Cauca y su situación de afiliación al SGSSS, y de otra, la situación del aseguramiento y la prestación de servicios de salud, sus dificultades y limitaciones en relación a sus capacidades instaladas y financiamiento. Este producto se publicó en forma de libro impreso y digital, con el título: *La Salud en el Valle del Cauca: Análisis bajo un Enfoque de Determinantes Sociales de la Salud* y fue lanzado y entregado oficialmente el 21 de noviembre de 2018 en un evento en el que participó el Ministro de Salud y Protección Social, la Gobernadora del Departamento del Valle del Cauca, el Secretario de Salud de Cali, actores participantes y donantes del proyecto y comunidad en general.

Ahora bien, de forma inherente al proyecto y su objetivo general, para lograr cualquiera de las transformaciones necesarias en la implementación del MIAS, es necesario fortalecer la gobernanza del sector, entendida desde una visión *policéntrica*, como un proceso de participación activa en búsqueda de soluciones que envuelve al Estado, la sociedad civil y el sector privado, en otras palabras, en donde "hablar de lo público no equivale más a hablar del Estado, otros actores están ahora presentes y activos y en consecuencia, las fronteras de lo público y lo privado no son tan claras como antes y por ende las relaciones entre los diferentes actores; dentro de la dinámica de cambio, definen nuevas formas de gobernanza y nuevas posibilidades para pensar lo público" [3]. En función de lo anterior, el proyecto consideró determinante desarrollar este tipo de acciones, que fueran transversales y de apoyo al diseño e implementación de la hoja de ruta de implementación del MIAS, en el marco de otro objetivo específico particular, el cual busca *fortalecer la gobernanza y contribuir a mejorar la calidad de la gestión, la transparencia y la rendición de cuentas de los agentes del sistema.*

En esta dimensión, como una de las primeras, pero también principales acciones, se estableció una estructura de gobierno corporativo en el proyecto, que permitiera no solo institucionalizar los aportes que distintos agentes realizan al proyecto, por ejemplo, los expertos temáticos y autoridades, sino que generaran espacios de confianza para discutir las alternativas de solución a los problemas relativos al sector y que el proyecto directa o indirectamente pudiera abordar. Tal gobierno corporativo se materializó en esta primera en el Consejo Directivo del Proyecto, en el cual tienen asiento permanente, además de ProPacífico, la Gobernación del Departamento del Valle del Cauca, la Secretaría de Salud de Cali, los donantes del proyecto y expertos académicos. Este Consejo tiene por función generar discusiones de corte más estratégico, que permitan garantizar el correcto despliegue de las acciones y tareas del proyecto en el territorio, alinear a los agentes y generar los incentivos a los que haya lugar y las competencias lo permitan, para alcanzar los objetivos trazados. En segundo lugar, se creó un Comité Técnico, en el cual participan

de manera permanente figuras prominentes del sector como la Directora General del Instituto Nacional de Salud, el Exviceministro de Salud, Fernando Ruiz, la academia, Universidad Icesi y Universidad del Valle, Proesa y las autoridades sanitarias del departamento y la ciudad de Cali. Este segundo comité tiene por función apoyar técnicamente la definición e implementación de las tareas del proyecto.

De otra parte, con la meta de reforzar las capacidades de agentes clave del SGSSS para aportar a la solución de los problemas del sector, se realizaron dos diplomados certificados. El primero de ellos, conducido por la Universidad Icesi, estuvo dirigido a los gerentes de los hospitales públicos del Departamento y tuvo como propósito fortalecer sus capacidades de alta gerencia y direccionamiento estratégico de estas instituciones estatales. El segundo, desarrollado por la Universidad del Valle, estuvo dirigido a los profesionales técnicos de las secretarías municipales de salud del Departamento y su enfoque fue el de formar a los estudiantes en gestión de políticas públicas con enfoque comunitario. Estos dos diplomados fueron financiados por los recursos financieros del proyecto y ofrecidos a los estudiantes seleccionados de manera gratuita.

Por último, el cuarto objetivo específico pretende la sistematización de la experiencia para aportar este enorme conocimiento obtenido a lo largo de estos dos años de ejecución a la sociedad en general. Como respuesta a ello, el proyecto contiene una “biblioteca” con los distintos documentos técnicos trabajados en el marco del diseño e implementación de la hoja de ruta de implementación del MIAS, el diagnóstico situacional del sistema de salud en el Valle del Cauca y el presente documento. Ahora bien, como lo veremos en la siguiente sección, ProPacífico y este proyecto ha sido muy riguroso en su seguimiento y monitoreo desde su formulación, razón por la cual, también contribuyen a la memoria del mismo, documentos de trabajo internos de la organización que consignan el cronograma de actividades, el mapeo y gestión de los actores relevantes para el proyecto, la identificación y gestión de los riesgos, el balance financiero y flujo de caja, entre otros.

¿Cómo hemos gestionado este proyecto?

Como se mencionó en el primer capítulo, ProPacífico es una fundación con muchos años de historia, que desde 2016 resurge como una organización que trabaja por el desarrollo de la región a través de proyectos de alto impacto, en cuatro ejes de acción. Para cumplir con esta tarea de largo aliento y proporciones, la Fundación ha venido fortaleciendo su sistema de gestión. En este sentido, por decisión de la alta dirección, ProPacífico incorporó las mejores prácticas en gestión de proyectos, implementando los lineamientos técnicos del reconocido *Project Management Institute* (PMI).

Estas prácticas han sido trasladadas al proyecto desde su mismo diseño y formulación. En otras palabras, la forma en que el proyecto fue estructurado desde su comienzo obedeció a lo definido por el *Project Management Body of Knowledge,* del PMI. En este sentido, el proyecto se ha gestionado en función de las 10 áreas definidas por estas buenas prácticas,

a saber: integración, alcance, tiempo, costes, calidad, recursos, comunicación, riesgos, adquisiciones e interesados.

De igual manera, como se observó en el capítulo 2, si bien es cierto el personal directo del proyecto se ve complementado por el apoyo de la Coordinación de Proyectos de ProPacífico, liderada hasta hace pocos meses por Diego Hau y actualmente María Virginia Vergara. Dentro de este equipo, ha sido decisivo el trabajo dedicado y riguroso de Angélica González, experta en estas buenas prácticas, quien ha sido la profesional que ha liderado la implementación de los diferentes instrumentos de gestión del proyecto y ha apoyado a los dos directores del mismo en su seguimiento estrecho y los ajustes que han sido necesarios.

Específicamente, este proyecto desarrolló instrumentos y documentos que registran lo trabajado en la identificación y priorización de las necesidades sectoriales, la formulación básica y detallada, los riesgos inherentes al mismo, los agentes relevantes, los entregables, hitos y metas volantes planteadas y los productos finales, el plan de adquisiciones, el balance financiero y el flujo de caja, los controles de cambios que se han hecho, producto de la evaluación interina realizada en la mitad de su ejecución (que se detallará en el capítulo 4), y sobre todo, el cumplimiento del cronograma planificado.

Estos instrumentos, si son adecuadamente diseñados e implementados por las organizaciones, se convierten en herramientas fundamentales para la adecuada y oportuna gestión de los proyectos. Gracias a ellos y al riguroso seguimiento del proyecto por toda la Organización, prácticamente en tiempo real se han identificado las desviaciones propias de este tipo de iniciativas y se han implementado acciones para abordarlas. Esto ha permitido, por ejemplo, que a lo largo del proyecto no se haya alterado sustancialmente una de las principales áreas de conocimiento dentro del *Project Management Body of Knowledge,* esto es, el alcance en costes, pues, culminada esta primera etapa de dos años, se han respetado los presupuestos originales.

Adicionalmente, ProPacífico ha realizado una auditoría interna de todo el proyecto, que generó resultados satisfactorios globales y permitió encontrar oportunidades de mejora para la segunda etapa que comienza. También, debido a las condiciones de donantes como el Banco Interamericano de Desarrollo, se han realizado ejercicios de auditoría externa. El éxito de todos estos procesos ha sido contar desde el comienzo con una estructura de gestión robusta. Por supuesto, el trabajo no es fácil y esto requiere de un gran esfuerzo de la organización y el personal del proyecto, sin embargo, en ProPacífico entendemos que nuestra responsabilidad con nuestros donantes y la comunidad en general nos obliga a manejar los más altos estándares de gestión.

La evaluación interina del proyecto en la mitad de su ejecución

Coincidiendo con la llegada de su segundo Director, Germán Escobar, se realizó una evaluación del proyecto en su totalidad cumplido su primer año de ejecución. Esta

evaluación se enfocó en tres dimensiones: la consistencia de las actividades y entregables con lo planteado en los objetivos específicos, las desviaciones en el cronograma de actividades y la ejecución de los recursos.

En términos generales, el proyecto presentaba una escasa desviación en el cumplimiento del cronograma de actividades, existiendo algunas asociadas a externalidades, como por ejemplo, la formalización de la cooperación técnica por parte de organismos multilaterales, quienes deben realizar procesos internos, los cuales muchas veces implican pasos y validaciones en sus cuarteles generales, por fuera de Colombia, lo que retrasa considerablemente tiempos establecidos en escenarios conservadores.

Por otra parte, para el momento de esta evaluación, había una correcta ejecución de los recursos financieros, sin embargo, durante la formulación detallada, se destinó una proporción importante de los mismos a las primeras actividades de análisis y construcción de los productos técnicos, lo que no dejó amplio margen de maniobra para actividades de socialización de los mismos y como se verá en el siguiente capítulo, la implementación de algunos elementos priorizados en el territorio.

Precisamente, en este último aspecto, a manera general las actividades del proyecto respondían a lo planteado en los objetivos específicos. En razón de lo anterior, se encontró una oportunidad de fortalecer las tareas relacionadas con la implementación de la hoja de ruta de implementación del MIAS. Inicialmente, el planteamiento trasladaba, casi de manera exclusiva, dicha implementación a los actores del SGSSS, minimizando la intervención de ProPacífico al final de la ejecución de este proyecto. Esto tiene todo el sentido, retrospectivamente hablando, pues la filosofía del proyecto es la generación de capacidades entre los actores del sector, evitando la dependencia de ProPacífico o esta iniciativa. No obstante, dada la magnitud de las transformaciones planteadas y la complejidad de algunas actividades contenidas en la hoja de ruta, se concluyó por parte de esta evaluación que era necesario reforzar el apoyo del proyecto sobre su implementación. Esto implicó una serie de decisiones que generaron un rediseño de algunas actividades y grupos de ellas, trabajo realizado durante el segundo semestre de 2018.

Como se describió anteriormente, ProPacífico emplea el uso de las mejores prácticas para la gestión de proyectos de manera exhaustiva debido al compromiso con la excelencia en la gestión de nuestra actual Directora María Isabel Ulloa, por lo que la reformulación producto de la evaluación interina a mitad de la ejecución del proyecto, supuso la aprobación interna del comité de formulación que para este momento del proyecto se había convertido en un comité de seguimiento, y se registró debidamente en controles de cambio formales, lo que garantizó la trazabilidad de las decisiones y la adecuada memoria del proyecto. De igual forma, se actualizaron los distintos instrumentos de seguimiento del proyecto, sus riesgos y actores relevantes.

Consecuentemente, el principal producto de esta etapa de reformulación fue la decisión de realizar una prueba piloto que implementará elementos trabajados en la elaboración de la hoja de ruta, prueba que será descrita en el capítulo 5.

Finalmente, cabe mencionar que debido a que el proyecto tenía un presupuesto con recursos limitados y a que, como se dijo anteriormente, para ese momento existía poca flexibilidad en el gasto futuro de dichos recursos, este proceso de re-formulación no modificó el alcance en tiempo y recursos económicos que el proyecto contempló desde su formulación detallada original, hecho que representó un reto importante.

Capítulo 4

Los productos que hemos generado

"Donde haya un árbol que plantar, plántalo tú. Donde haya un error que enmendar, enmiéndalo tú. Donde haya un esfuerzo que todos esquivan, hazlo tú. Sé tú el que aparta la piedra del camino".

Gabriela Mistral.

Los componentes y subcomponentes priorizados por la hoja de ruta de implementación del MIAS

Como se narró en el capítulo anterior, desde el comienzo de la formulación de la hoja de ruta para implementar el Modelo Integral de Atención en Salud, surgió la necesidad de priorizar algunos de sus componentes y subcomponentes. Es lo que la hoja de ruta denomina, *elementos fundamentales*, los cuales se constituyen como aquellos que sirven de soporte para el resto de los componentes del modelo que han de implementarse posteriormente.

En el caso de este proyecto y el departamento del Valle del Cauca, los elementos que se muestran a continuación fueron priorizados debido, en gran medida, al diagnóstico de la situación del sistema de salud en el Departamento, el cual se realizó en cumplimiento de uno de los objetivos específicos, como se mostró en el capítulo 3. Por ejemplo, en este diagnóstico se analizó la capacidad instalada de los prestadores de servicios de salud, evidenciando una gran capacidad en la alta complejidad pero limitaciones y oportunidades de mejora en la atención básica. En ese sentido, toman relevancia tres componentes del MIAS, a saber, la definición de los prestadores primarios de servicios de salud, la caracterización poblacional y la gestión integral del riesgo en salud. El primero, por la necesidad de fortalecer la oferta de servicios cercanos a la gente y los otros dos, dado que en estos prestadores inicia la gestión del riesgo de las personas; algunos de ellos tienen incluso injerencia en la realización de actividades de promoción y mantenimiento de la salud, primer eslabón en dicha gestión. Ahora, para realizar una gestión integral de tal riesgo efectiva, se debe primero conocer adecuadamente, lo que se denomina caracterización poblacional. En cuanto a este último componente, el proyecto puso especial énfasis en un subcomponente del mismo, esto es, la *adscripción* de la población a los prestadores primarios, que en otras palabras es el proceso de direccionamiento de la población a los prestadores primarios de servicios de salud, en función de sus riesgos conocidos (caracterizados).

En este orden de ideas, existe toda una arquitectura argumentativa que conecta los componentes priorizados de la hoja de ruta de implementación del MIAS, con las necesidades propias del Valle del Cauca. Esta misma situación puede resultar distinta en otros territorios donde, por ejemplo, sea de particular interés el trabajo en la redefinición del rol del asegurador, como es el caso de los territorios rurales dispersos, donde definitivamente el modelo de competencia regulada no es efectivo ni viable. Es por eso que la hoja de ruta de implementación del Modelo Integral de Atención en Salud, es el instrumento metodológico que enseña a los agentes cómo ir definiendo estas prioridades e implementar los componentes del MIAS de manera ordenada y sistemática, en función de sus propias condiciones en los territorios y para el caso del Valle, esta fue acompañada de desarrollos técnicos en los componentes priorizados por esta misma razón.

De esta manera, los componentes y subcomponentes priorizados fueron: 1) definición del prestador de servicios de salud primario, 2) fortalecimiento del proceso de adscripción de la población a los prestadores primarios y primeros elementos para la gestión integral del riesgo en salud, iii3) adecuada gestión de la información en salud como elemento transversal a la gestión integral del riesgo en salud y 4) reforma al Sistema Único de Habilitación en Salud y v. fortalecimiento de la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS) de leucemia aguda pediátrica. Los componentes y subcomponentes 1, 2 y 3 fueron trabajados con Proesa, Icesi, el componente 4 directamente por ProPacífico, bajo la experticia del director actual del Proyecto, Germán Escobar y el quinto (5). componente en el marco de una mesa técnica liderada por ProPacífico y con la participación de las Secretarías de Salud del Valle y Cali, Comfandi y la Fundación Valle del Lili.

En cuanto a la definición del prestador de servicios de salud primario, se estudió la conformación de los prestadores básicos, georeferencialmente en el Departamento y a partir de ahí, se desarrolló una propuesta para definir, en un territorio dado, los prestadores en salud que sirvan de puerta de entrada (primarios). Esto implica la subcategorización de los mismos en tres tipos, a saber: A, B, C. El primero contempla servicios básicos de atención de consulta general y urgencias de baja complejidad; el segundo, servicios de urgencias de mediana complejidad y especialidades básicas; y el tercero, un nivel básico quirúrgico además de lo anterior. Por otro lado, tales prestadores estarán dispuestos en el territorio en función del tipo de municipios que se encuentren ahí, más específicamente del tamaño y densidad de su población. Por último, la propuesta también define unos criterios de su disposición en el territorio para que la población pueda acceder a estos dentro de un margen estimado de tiempo, con la conformación de las vías y rutas actuales.

A su vez, como se dijo anteriormente, para que exista una adecuada gestión integral del riesgo de la población, en el marco de una caracterización efectiva de los mismos, es necesario iniciar este proceso dirigiendo a la población a prestadores y sobre todo, equipos de salud interdisciplinarios al interior de los mismos, que mejor se ajusten al perfil de riesgo de los individuos, es decir, un proceso de adscripción a prestadores primarios. En este sentido, el producto del proyecto pudo evidenciar que no existe normatividad o lineamientos técnicos específicos sobre este proceso. Es importante fortalecer y articular las actividades de caracterización poblacional y análisis epidemiológico por parte de las Entidades Territoriales de Salud y las aseguradoras, respectivamente. Así, el proyecto propuso un modelo integral, en donde dicha caracterización se desarrolle de manera coordinada entre los agentes en salud, incluida la entidad territorial, que defina como un proceso (estándar) de la

El proyecto desarrolló técnicamente cinco componentes y subcomponentes priorizados del MIAS, a saber: 1) definición del prestador de servicios de salud primario, 2) fortalecimiento del proceso de adscripción de la población a los prestadores primarios y primeros elementos para la gestión integral del riesgo en salud, 3) adecuada gestión de la información en salud como elemento transversal a la gestión integral del riesgo en salud 4) reforma al Sistema Único de Habilitación en Salud y 5) fortalecimiento de la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS) de leucemia aguda pediátrica. A su vez, la hoja de ruta de implementación del MIAS propone cinco pasos para ello: el diagnóstico del territorio, priorización de componentes, adaptabilidad y simplificación de componentes priorizados, implementación y trabajo sobre los componentes no priorizados (estructurales).

habilitación técnica de las EPS y sus respectivas redes de atención, el direccionamiento planificado de su población afiliada a las instituciones prestadoras que mejor se ajusten a los perfiles de riesgo individuales y colectivos y que además, tengan mayor capacidad de respuesta y manejo del riesgo (mejores resultados).

El tercer componente priorizado y trabajado con Proesa se refiere a la gestión de la información como proceso transversal y de apoyo para la gestión integral del riesgo en salud. Este proyecto realizó un estudio en el Valle del Cauca para identificar las principales problemáticas en torno a la gestión de la información en salud entre los agentes del sistema. Se identificaron profundas ineficiencias, producto de un gran volumen de información duplicado y que no se articula con la gestión del riesgo, generado principalmente a partir de los arreglos contractuales entre los aseguradores y prestadores. Por tal motivo, se propuso, como ejercicio complementario a la línea de política pública del Gobierno Nacional y Entidades Territoriales en torno a la Historia Clínica Unificada o Electrónica, el desarrollo de un modelo de gestión de la información que articule a los actores del territorio alrededor de una *capa media de gestión*, esto es, un mecanismo de garantía de la calidad del dato, primer procesamiento de datos para análisis y gestión de la información, previo al depósito de los mismos en el SISPRO, con alcance sobre la información proveniente de los arreglos contractuales mencionados. Por otro lado, paralelo a esta propuesta, se evidenció la oportunidad de unificación de matrices de seguimiento, fortalecimiento institucional para la articulación entre el proceso de generación y disposición de los datos de seguimiento clínico de los pacientes con su proceso de atención y empoderamiento en salud de los usuarios y pacientes. En referencia a este último punto, como se observará en el capítulo 5, este proyecto cierra su primera etapa con la implementación de una prueba piloto en el Valle del Cauca.

Refiriéndonos al producto que busca aportar insumos técnicos para la reforma al Sistema Único de Habilitación en Salud, cabe recordar que este lo constituyen todas las disposiciones técnicas y reglamentarias que crean los criterios mínimos para que los actores en salud en Colombia, en especial los prestadores de servicios de salud, puedan operar con efectividad y seguridad, y suplan así, las necesidades de atención sanitaria a lo largo y ancho del País. Aquí, en el contexto de una reforma tanto al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) y el propio Sistema Único de Habilitación (SUH), anunciado por el Gobierno Nacional, ProPacífico propone una reforma complementaria, la cual implica 1) agrupación de estándares por servicio en torno al núcleo común general, 2) cambio del enfoque actual instrumental hacia un enfoque de proceso y resultado, y 3) articulación a un modelo de gestión e incentivos a los resultados. Específicamente, en cuando al cambio de enfoque, se propone la constitución de los estándares en torno a tres dimensiones: definición del servicio, objetivos terapéuticos y/o de la atención y riesgos de la atención. De esta manera, los nuevos estándares estarían dirigidos a medir indicadores de proceso y resultado y no instrumentos operativos como actualmente está contemplado por el marco normativo y técnico.

Finalmente, ProPacífico lideró una mesa técnica con distintos agentes del SGSSS, incluidas las autoridades sanitarias que, durante más un año, trabajó por adaptar la existente Ruta

Integral de Atención en Salud para pacientes con sospecha o diagnóstico de leucemia pediátrica aguda. Este ejercicio se hizo siguiendo la guía metodológica de elaboración de Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) del Ministerio de Salud y Protección Social, con base en el conocimiento de la dinámica en el territorio. Gracias a ello, se incorporaron más de treinta actividades clave para la correcta implementación de esta RIAS y se definieron acciones complementarias para garantizar el cumplimiento de los hitos por parte de las aseguradoras y prestadores de salud. Vale la pena mencionar que este ejercicio, inicialmente de expertos, fue validado por el Consejo Asesor de Cáncer, de la Gobernación y Secretaría Departamental de Salud, en donde hacen presencia múltiples actores del sector, incluidos los pacientes, a través de sus representantes.

Para terminar, se resume a continuación el contenido de la hoja de ruta de implementación del MIAS, también formulada por ProPacífico, la cual definió los cinco pasos que los agentes y territorios pueden seguir sistemáticamente, para implementar este modelo o, en definitiva, cualquier estrategia nacional de gestión integral del riesgo en salud de los pacientes, independientemente de su denominación. Estos cinco pasos, recogieron las enseñanzas empíricas del proyecto, pero también los desarrollos técnicos hechos a partir de la priorización de los propios componentes del MIAS y son:

Paso 1

Consiste en la elaboración de un diagnóstico del territorio y el contexto en el cual se implementa la política pública de gestión integral del riesgo para evaluar las capacidades del territorio y sus agentes para hacerlo.

Paso 2

Prioriza los componentes denominados fundamentales, los cuales surgen a partir del análisis cruzado con las capacidades de los territorios evaluadas en el primer paso.

Paso 3

Estudia, simplifica y adapta cada uno de los componentes en su interior para permitir su correcta implementación, de acuerdo con el contexto de los actores y el territorio.

Paso 4

Implica la implementación de los anteriores componentes priorizados transformando procesos institucionales y coordinando las acciones de los agentes. Resulta de la conformación de espacios de interlocución, generación de confianza y articulación de los actores del territorio, incluido la Entidad Territorial.

Paso 5

Involucra la consolidación de este ejercicio de implementación, a través del desarrollo del resto de componentes, llamados *estructurales*. Es un trabajo a mediano plazo.

Por último, es importante mencionar que estos y otros productos intermedios, han sido extensamente socializados y discutidos con los actores participantes del proyecto: las

aseguradoras, los prestadores, haciendo énfasis en los ubicados en la región Centro-Tuluá del Valle del Cauca, las autoridades locales de esos municipios y Cali y la autoridad regional, en cabeza de la Gobernación del Departamento y su Secretaría de Salud, los organismos multilaterales donantes del proyecto, la academia, la población en general y organizaciones de la sociedad civil que trabajan en salud y finalmente, el propio Ministerio de Salud y Protección Social. De este ejercicio constante a lo largo de todo el proyecto, han resultado transformaciones silenciosas al interior de los agentes (ver: experiencia de caso Emssanar), la prueba piloto en el Departamento y un trabajo de interlocución directa con el Señor Ministro de Salud, su Viceministra de Protección Social y Viceministro de Salud Pública, directores y equipos técnicos que han permitido aportar en el diseño de la política pública sectorial relativa a estos temas. En el siguiente capítulo, se mostrarán los logros generales del proyecto en esta primera etapa que culmina y la implementación directa en territorio de la prueba piloto en gestión de la información en salud y acto seguido se discutirá brevemente la continuación del proyecto en lo que ha sido denominado su segunda etapa.

Capítulo 5

Lo que hemos logrado

"Yo hago lo que tú no puedes, y tú haces lo que yo no puedo. Juntos podemos hacer grandes cosas."
Madre Teresa de Calcuta

ProPacífico

El balance global del proyecto

Como se ha visto, este proyecto ha tenido un fuerte componente técnico que ha desarrollado análisis del sistema de salud y su dinámica en el Valle del Cauca, generado propuestas de abordaje ante problemas puntuales del sistema y sus actores y ha permitido crear las bases conceptuales para transformar en el territorio procesos relacionados con la atención de los pacientes, como es el caso de la mencionada prueba piloto.

En este orden de ideas, a manera general, este proyecto en su primera etapa tuvo tres fases de ejecución. Una primera fase de diagnóstico y análisis de las condiciones del Departamento, sus agentes en salud y la arquitectura tanto técnica como jurídica del sistema de salud, que terminó en la producción de recomendaciones tanto de política pública como de procesos institucionales de los actores. Una segunda fase de validación y socialización de estos productos ante el Gobierno Nacional, la Gobernación del Departamento del Valle del Cauca, la Secretaría de Salud de Cali, las demás direcciones locales de salud y personal de las ESE de los municipios priorizados, las EAPB participantes del proyecto y expertos sectoriales; y, por último, una tercera fase de implementación de los componentes priorizados, mediante la prueba piloto.

Dentro de esta primera fase de análisis y producción de recomendaciones, se trabajaron los productos que desarrollaban técnicamente los componentes y subcomponentes priorizados del Modelo Integral de Atención en Salud, descritos en el capítulo 4. Como se ha visto, los productos concernientes a la definición del prestador primario, el fortalecimiento a la gestión del riesgo en salud por medio de una adecuada adscripción de la población y mejor gestión de la información y algunos aspectos de las configuraciones de redes integrales de atención en salud, mediante la disposición de tales prestadores primarios en el territorio con ciertos criterios, fueron trabajados en alianza con Proesa, Icesi. Por su parte, los productos sobre la reforma al Sistema Único de Habilitación y la misma hoja de ruta de implementación del MIAS, se formularon desde ProPacífico directamente y por último, el trabajo sobre la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS) de leucemia pediátrica aguda, fue hecho en el marco de una mesa técnica.

Ahora, todos los productos mencionados, fueron perfeccionándose durante la siguiente fase de validación, discusión y socialización, por lo que no podemos decir que, una vez culminada la fase de análisis, estos no se desarrollaron nuevamente. Esta categorización en tres fases, sirve más para englobar, de manera general, la naturaleza de la mayoría de las acciones ejecutadas por el proyecto en un momento dado.

En definitiva, de esta primera fase surgieron siete documentos que contenían los diagnósticos situacionales y las propuestas alrededor de estas temáticas, los cuales fueron formalmente entregados a las autoridades y agentes enumerados anteriormente. Estos documentos, contienen análisis de inmenso valor, pues su recolección de información combinó la obtenida a través de registros oficiales (bases de datos, documentos y estudios publicados, etc.) con la levantada mediante múltiples entrevistas semiestructuradas con los

agentes, *in situ.* Por esto, estamos seguros de que las propuestas allí contenidas tendrán vigencia por un largo periodo de tiempo y serán de referencia constante para los presentes y futuros hacedores de política pública. Además de tales documentos, a este bloque de resultados se le suma el diagnóstico del sistema de salud en el Valle del Cauca, constituyéndose en un documento único en el Departamento, el cual recoge y analiza una inmensa cantidad de información que se encuentra dispersa a lo largo del universo de datos, literatura e informes del sector.

Por otro lado, este trabajo técnico también contiene recomendaciones de ajuste institucional para los distintos agentes del proyecto, en especial las EAPBs e IPS-ESEs. Por ello, sus contenidos también fueron socializados en más de veinte espacios de transferencia de conocimiento a lo largo y ancho del Departamento, incluyendo en algunas de estas ocasiones a la población general. Adicional a este esfuerzo, como lo vimos en el capítulo 3, este proyecto desarrolló dos diplomados certificados con dos Universidades de primer nivel en la Región y el País. Estos ejercicios puntuales, con seguridad, son solo el comienzo de la diseminación de este conocimiento, pues sus receptores directos de éste tienen la misión de ser embajadores del mismo en sus contextos particulares.

Por otro lado, uno de los avances más importantes y tal vez, más difíciles de medir es el correspondiente al fortalecimiento de la gobernanza sectorial. Podemos decir que el proyecto en sí mismo es un logro de gobernanza, pues ha logrado trascender la discusión cotidiana (y muchas veces poco constructiva) acerca de la cartera y la deuda sectorial, posicionando entre los agentes participantes, incluidas las autoridades, una agenda de mejora sectorial distinta, pero sobre todo, este proyecto ha permitido generar espacios de confianza.

El proyecto ha generado:

- Un (1) diagnóstico sobre el sistema de salud en el Valle del Cauca
- Siete (7) Documentos de política pública y propuestas de transformación de procesos institucionales para los agentes del SGSSS
- Dos (2) Diplomados certificados por dos universidades de alta calidad de la región
- Más de 20 transferencias de conocimiento
- Cuatro (4) mesas técnicas
- Un Memorando de Entendimiento firmado entre los principales actores del sector salud en el Valle del Cauca
- Una (1) prueba piloto para mejorar la gestión de la información y del riesgo en salud.

En este sentido, el rol de ProPacífico, apolítico, independiente y enfocado exclusivamente en el desarrollo regional, ha sido determinante para institucionalizar estos espacios, alrededor del proyecto. En suma, junto con el Consejo Directivo y Comité Técnico del proyecto, se implementaron dos mesas técnicas adicionales y numerosos encuentros de discusión propositiva. Todo esto es especialmente relevante para el sector salud de los días presentes, pues la falta de confianza y legitimidad en algunos segmentos de la población ha desencadenado relaciones poco productivas entre los actores del SGSSS y repercutido negativamente en la prestación de servicios sanitarios. Así las cosas, ProPacífico ha facilitado un cambio, por lo menos inicial y ha permitido generar relaciones de valor.

Como consecuencia de esta confianza generada por nuestro proyecto, el 22 de noviembre de 2018 se firmó un Memorando de Entendimiento entre ProPacífico, la Gobernación del Departamento del Valle del Cauca, la Secretaría de Salud de Cali, Coomeva EPS, Emssanar EPS, Coosalud, el Servicio Occidental de Salud (SOS EPS), Comfandi, el Centro Médico Imbanaco y la Fundación Valle del Lili, ante el Ministro de Salud y Protección Social, en donde estos signatarios manifestaron su *"interés de establecer un marco de cooperación conjunta, en el ámbito de sus competencias, recursos y capacidades, con el fin de contribuir la gestión en salud en el Valle del Cauca, como parte de las actividades del proyecto [Gestión Eficiente del Sistema de Salud en el Valle del Cauca]*[5]*"*. Este Memorando ha sido, hasta el momento, el pináculo del trabajo por el fortalecimiento de la gobernanza, hecho en el marco del proyecto en su primera etapa. Estamos convencidos de que éste hecho, en principio simbólico, seguirá traduciéndose en acciones concretas que repercutirán en el estado de salud de la población de la región.

Finalmente, podemos decir que la prueba piloto que veremos en detalle a continuación, es el mejor ejemplo de lo que tales relaciones de valor pueden generar. Esta prueba en sí misma, es una transformación de procesos que no requirió modificaciones jurídicas, contractuales ni en la arquitectura general del relacionamiento entre los agentes, tan solo, se basó en la confianza entra las partes estimulada por ProPacífico, la profunda voluntad política y compromiso de las aseguradoras por mejorar su gestión integral del riesgo en salud y el deseo conjunto de demostrar que es posible cambiar la realidad, por demás pesimista, a partir del esfuerzo colectivo.

Prueba piloto: gestión de la información en salud para la gestión del riesgo de los usuarios

En los capítulos y secciones anteriores, se describieron los productos técnicos y de política pública que el proyecto ha generado en su primera etapa; como se comentó, estos entregables han sido socializados tanto con el Gobierno Nacional como con las autoridades locales y sobre todo, con los aseguradores y prestadores del SGSSS. Consecuentemente, el proyecto ha aportado una gran cantidad de insumos para que tales agentes y en particular los dos últimos, transformen sus propios procesos con el objetivo de mejorar la atención de los usuarios y pacientes del SGSSS.

No obstante y siguiendo la filosofía del proyecto no solo por motivar sino por implementar cambios dentro de la dinámica actual del sistema y sus actores, que resulten en mejores resultados en salud de la población, para ProPacífico era fundamental impulsar actividades concretas en territorio, a partir de lo trabajado en las fases de análisis y socialización, de ahí la formulación de una prueba piloto que probara los componentes priorizados.

[5] Texto original en letras mayúsculas

En este orden de ideas, para diseñar la prueba piloto se estudió cada uno de los desarrollos técnicos sobre los componentes y subcomponentes del MIAS que el proyecto había realizado. Esta evaluación aplicó una metodología multicriterio que analizaba cada uno de estos productos en función de su viabilidad de implementación con base en las capacidades de los agentes, la necesidad de cambios reglamentarios previos o paralelos y el impacto sobre la población. El resultado fue la elección de la gestión de la información, como elemento fundamental y de apoyo para la adecuada gestión integral del riesgo en salud de los pacientes. Dicho de otra manera, para lograr promocionar estados saludables, prevenir la enfermedad, tratarla o rehabilitarla, se debe contar con un adecuado conocimiento de los riesgos de la población e información de su respuesta clínica al tratamiento y ésta debe estar disponible y ser adecuadamente compartida por parte de los distintos actores involucrados en la gestión de la salud de las personas.

Si bien es cierto, la propuesta del proyecto para fortalecer la gestión de la información en el sistema de salud implica cambios regulatorios a nivel central, es igualmente cierto que algunas mejoras pueden realizarse a través de cambios institucionales en el proceso de recolección, utilización y análisis de los datos. Con base en esto último, la prueba pilotó enfocó sus esfuerzos en la adecuación de actividades tanto de las aseguradoras como los prestadores de salud, de manera coordinada, sin necesidad de modificaciones normativas.

Concretamente, durante el desarrollo técnico en este componente, se diagnosticaron fuertes ineficiencias de manera agregada en el seguimiento a los programas de atención, por parte de los actores del sistema de salud. Esto se evidencia por la existencia de múltiples modelos de monitoreo de los pacientes por parte de cada aseguradora. Como la población de éstas se atiende de manera conjunta y confluye en los prestadores de servicios de salud, para algunos de éstos, este proceso, como funciona hoy en día, resulta una carga excesiva y un reproceso, que finalmente, no garantiza una atención integral, oportuna y con calidad. En otras la palabras, la población que atiende un prestador, es seguida y gestionada de distintas maneras, lo que en la práctica la segmenta, crea brechas en su gestión del riesgo, de acuerdo con la aseguradora y genera ineficiencias y cargas innecesarias sobre el proceso de atención y el personal de salud encargado de éste.

Para entender mejor lo anterior, se puede ver un ejemplo en la atención a pacientes gestantes (embarazadas). Mientras que para algunas aseguradoras la gestión de su riesgo en salud supone el registro en detalle de comorbilidades que se puedan presentar (vaginosis, obesidad, etcétera), para otras esto se circunscribe a unas pocas generalidades. Esto no quiere decir que en la práctica médica no se estén detectando tales comorbilidades o, incluso, no se esté tratando, sino que su gestión del riesgo puede ser menos eficiente, oportuna o con menor calidad debido deficiencias en su monitoreo por parte de estos instrumentos.

En este orden de ideas, el objetivo principal de la prueba piloto buscó *generar un proceso de gestión de la información estándar y más eficiente, a través de un instrumento de reporte unificado sobre seguimiento a los pacientes, de tal manera que se fortaleciera la gestión del riesgo en salud de los mismos.* Es importante mencionar que, debido a que el diseño de esta prueba piloto resultó de la evaluación interina descrita en el capítulo 3 y no

hacía parte de la planeación inicial del proyecto, se consideró realizar una ronda de socialización de esta idea con los directores generales o gerentes de las aseguradoras participante del proyecto, reafirmando así su compromiso y articulando a sus equipos técnicos en este nuevo conjunto de tareas.

Ahora, metodológicamente hablando, se definieron tres fases a seguir: una fase de alistamiento (3 meses), una fase de implementación (3 meses) y una fase de evaluación (1 mes). Durante la primera fase de alistamiento, se realizaron las definiciones técnicas de la cohorte, el lugar de implementación, el trabajo técnico para estandarizar y simplificar el instrumento y proceso de gestión de la información, la selección de indicadores de monitoreo y resultado y la capacitación a los equipos encargados de ello. Este trabajó se desarrolló con los equipos técnicos designados por parte de las cuatro aseguradoras del proyecto, en el marco de una mesa técnica específicamente establecida para la prueba piloto y liderada por el Director de Proyecto. Esta fase utilizó una metodología de *consenso de expertos* y determinó a las pacientes gestantes (embarazadas) como cohorte para trabajar y el municipio de Zarzal como municipio piloto en el cual se podría implementar el instrumento de monitoreo unificado y estandarizado. Dicha cohorte fue elegida debido a que cuenta con protocolos exhaustivos de atención, al igual que lineamientos técnicos y de política pública para la misma, lo que facilitaba la estandarización de un único instrumento de monitoreo para su gestión del riesgo. Por su parte, este municipio fue elegido gracias a que en su hospital público confluía la atención de una importante proporción de pacientes de estas EAPBs.

En la segunda fase, de implementación propiamente dicha, se inició la utilización del instrumento unificado y estandarizado para la gestión de la información sobre la atención de las pacientes maternas en el hospital designado. Aquí, fue un reto importante lograr la transformación del proceso institucional, aun cuando ésta no implicaba cambios significativos en su forma regular de operación, al igual que se requirió de actualizaciones informáticas en los equipos utilizados para el registro.

Finalmente, la tercera fase recogió las lecciones aprendidas durante todo el proceso y realizó una primera evaluación sobre los resultados en la implementación del instrumento unificado de reporte de las pacientes maternas, con base en los indicadores seleccionados.

Como resultado de esta prueba, uno de los primeros indicadores que la prueba piloto impactó positivamente, fue la reducción en la carga operativa del reporte, pues se logró disminuir de 380 variables de seguimiento contenidas en el instrumento más extenso de las cuatro EAPBs a 217, en el instrumento unificado, lo que representa en horas/hombre calculadas, una ahorro de aproximadamente 30 horas/hombre por mes, tiempo que se puede emplear en atención clínica, en lugar de trabajo administrativo.

Por otro lado, este instrumento ha impactado la gestión del riesgo de más de ciento noventa (190) pacientes activas en la ESE del municipio. En la práctica, la prueba piloto tuvo el poder de identificar oportunidades de mejora en la gestión del riesgo de las pacientes, pues creó un tablero de control con indicadores trazadores de salud, por ejemplo, la toma de ciertos exámenes paraclínicos, lo que permite enfocar los esfuerzos,

también de manera conjunta, en torno a la adherencia de estos y otros hitos clínicos críticos de su atención.

Finalmente, quizá el resultado más importante por su potencial a futuro y repercusiones sobre otros escenarios y líneas de acción es que esta prueba piloto logró implementar por primera vez en el Valle del Cauca un instrumento único para varias EAPBs, el cual no hace parte de los reporte oficiales en salud, gracias a un trabajo colaborativo. Esto, aunque con un impacto limitado por el momento, pues trabaja sobre una cohorte en un solo municipio, se constituye un hito para la salud del Departamento, dado que demuestra la capacidad que los agentes tienen en transformar sus realidades de manera conjunta y espontánea, esto es, sin necesidad de una directriz gubernamental sino por iniciativa propia. Esto, en esencia es la materialización del Memorando de Entendimiento pero sobre todo, es un ejemplo de cómo relaciones de valor se pueden generar y construir relaciones de valor cuando se generan las condiciones para ello y ProPacífico ha sido un agente determinante en este sentido.

Discusión final

Como se pudo observar en el desarrollo de este documento, este proyecto ha generado una gran cantidad de productos distintos, que incluyen desde propuestas regulatorias y de política pública, hasta recomendaciones de mejoras en los procesos institucionales de los actores en salud (prestadores y aseguradores), pasando por la trasferencia de conocimiento, formación en salud pública y gestión, y formalización del compromiso de los agentes del sector por seguir trabajando en soluciones conjuntas.

Este recuento es un aporte para que actores u organizaciones interesadas recojan esta experiencia y puedan realizar ejercicios similares en otros territorios. Si bien es cierto, el balance general del proyecto es positivo, también hay que decir que ha sido un trabajo duro, dispendioso y no exento de dificultades. Aunque en estas páginas se ha hecho especial énfasis en el trabajo colaborativo de la mayoría de los participantes del proyecto, también ha habido algunos de ellos, aunque pocos, que no han presentado el mismo nivel de compromiso y voluntad. En este sentido, en ciertos momentos del proyecto, el cumplimiento de su cronograma o el logro de resultados específicos se vio afectado por el bajo nivel de respuesta de algunas organizaciones, por ejemplo, prestadores de salud donde se debía implementar algunas acciones. Dado que el éxito del proyecto está supeditado a la voluntad política de sus participantes y la creencia en el cambio de sus realidades, estas situaciones entorpecieron fuertemente su ejecución, en algunas ocasiones. Medidas de choque tuvieron que ser implementadas, lo que permitió solventar dichas situaciones con menores traumatismos.

Ahora bien, los buenos resultados globales del proyecto y la ejecución de todos sus recursos, motivaron a ProPacífico a continuar con esta iniciativa, formulando una segunda

etapa del proyecto. Así, aprovechando los cambios en la agenda pública del sector en el último año, esta segunda etapa abordará los problemas sustanciales del sistema de salud colombiano tratados en la introducción, desde la perspectiva del acceso efectivo, la calidad de los servicios de salud y la sostenibilidad financiera del sistema. En este sentido, sendos objetivos específicos han sido trazados para los próximos dos años apuntándole a tales dimensiones. Como consecuencia, modelos territoriales, innovadores y transversales a los agentes en salud serán desarrollados para gestionar el riesgo en salud de los usuarios del SGSSS, estrategias de acompañamiento a la gestión hospitalaria serán implementadas para mejorar la calidad, oportunidad y *resolutividad* de las atenciones en salud por parte de los centros hospitalarios del Departamento y esquemas de incentivos a los resultados en salud serán fomentados para cambiar la dinámica del relacionamiento de y entre los actores del sistema de salud.

De esta manera, de la mano con los demás proyectos dentro de los otros ejes de acción, ProPacífico continuará aportando al desarrollo integral y sostenible de la región, en este caso, convocando a los actores del sistema de salud a continuar trabajando mancomunadamente en el desarrollo de soluciones a los problemas presentes y futuros del sector, siempre pensando en generar bienestar en los individuos y la sociedad.

Bibliografía

1. The Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) (2015). OECD Reviews of Health Systems: Colombia 2016. OECD Publishing, Paris.
2. Odorico L, et al., (2015). Social determinants of health, universal health coverage, and sustainable development: case studies from Latin American countries. Lancet. 4; 385(9975):1343-51.
3. Whittingham M., (2010). ¿Qué es la gobernanza y para qué sirve? Revista Análisis Internacional (RAI). No. 2.