

Conversatorio

# Reforma a la salud desde la perspectiva de la salud pública en Cali



ALCALDÍA DE  
SANTIAGO DE CALI  
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA



# **Conversatorio reforma a la salud desde la perspectiva de la salud pública en Cali**

Comité Académico Interuniversitario en Salud  
ProPacífico

Lucy del Carmen Luna Miranda, Secretaria de Salud Distrital  
Secretaría de Salud del Distrito de Santiago de Cali

## Introducción

La reforma a la salud en Colombia es un tema de gran importancia para el país, y ha sido objeto de discusión y debate durante muchos años. Recientemente, un grupo de académicos se unieron para realizar una serie de relatorías que recogen cada uno de los capítulos de la reforma a la salud en Colombia. Estas relatorías tienen un enfoque técnico y no político, y fueron realizadas con el objetivo de aportar al debate sobre la reforma a la salud en el país.

El objetivo de estas relatorías es proporcionar una visión técnica y objetiva de la reforma a la salud en Colombia, y ofrecer recomendaciones y sugerencias para mejorar el sistema de salud del país. Los académicos que participaron en este ejercicio no partidista se enfocaron en analizar los diferentes aspectos de la reforma a la salud en Colombia, incluyendo la regulación del sistema de salud, la financiación del mismo, la prestación de servicios de salud, entre otros.

En las relatorías se analizó la regulación del sistema de salud en Colombia, destacando la importancia de contar con una regulación adecuada para garantizar la calidad de los servicios de salud en el país. Se discutió la necesidad de fortalecer la regulación del sistema de salud en Colombia, y se ofrecieron recomendaciones para mejorar la misma.

También se analizó la financiación del sistema de salud en Colombia, destacando la importancia de contar con un sistema de financiación adecuado para garantizar la sostenibilidad del sistema de salud en el país. Se discutió la necesidad de fortalecer el sistema de financiación y se ofrecieron recomendaciones para mejorar la misma.

Otro aspecto analizado en las relatorías fue la prestación de servicios de salud en Colombia, destacando la necesidad de mejorar la calidad de los servicios de salud y de garantizar el acceso a los mismos para toda la población. Se discutió la necesidad de fortalecer la atención primaria en salud y de mejorar la coordinación entre los diferentes niveles de atención.

En resumen, las relatorías realizadas por académicos de diferentes universidades del país tienen como objetivo ofrecer una visión técnica y objetiva de la reforma.





# Relatoría final de las sesiones del 9 y del 23 de marzo de 2023

Sesión jueves 9 de marzo de 2023

Moderador: Alberto Concha Eastman, MD, Mag Epid. MSc, Asesor Secretaría de Salud Distrital

Metodología preparatoria de los conversatorios:

1. Se concibió como una actividad conjunta de la Secretaría de Salud Distrital y del Comité Académico Interuniversitario en Salud que funciona en Cali desde hace un año.
2. La invitación y convocatoria fue iniciativa de la Secretaría de Salud Distrital, Dra. Lucy del Carmen Luna Miranda en apoyo con ProPacífico, para preparar y asistir a conversaciones técnicas sobre el contenido del proyecto de ley -PL- 338 entregado al Congreso por la ex ministra de Salud Dra. Carolina Corcho, así como otros documentos surgidos con posterioridad a este.
3. Se enfatizó en que los comentarios o posturas técnicas serían respetadas sin inducir a controversias de orden político partidario. Por ello no se especifica quien manifestó su opinión en las mesas de conversación.
4. A los profesionales invitados a presentar sus puntos de vista a manera de apertura a los temas seleccionados se les enviaron preguntas motivadoras, pero con aclaración no restricción a presentar sus puntos de vista técnicos.
5. Posterior a los comentarios de apertura se organizaron mesas para favorecer la participación de los asistentes, y atender las mismas preguntas de quienes hicieron la apertura.
6. Se asumió el compromiso de escribir esta relatoría y distribuirla a los asistentes.
7. Finalmente se hizo un cierre de cada sesión por la Secretaría de Salud.
8. No se especifica el autor o autora de los comentarios presentados en las mesas. Son conceptos expresados libremente en un ambiente de respeto mutuo.
9. Apoyo de PROPACIFICO y especialmente del Dr. Daniel Echeverri.
10. Grabaciones de las intervenciones
11. Equipo de apoyo de la SSD: Adriana Núñez, Angela María Toro, Jean Pierre Pineda, Freddy Agredo, Liliana Vásquez, Marcelo Carmona, Claudia Rojas

# Tema 1: Salud Pública

Sesión 1: 9 de marzo 2023

Ponente: Dra. Constanza Díaz, MD, PhD, Universidad del Valle, Escuela de Salud Pública

Preguntas a la Dra. Constanza Díaz

Dos definiciones para tener en cuenta en la discusión:

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la salud pública como: *"la salud pública es la respuesta organizada de una sociedad dirigida a promover, mantener y proteger la salud de la comunidad, y prevenir enfermedades, lesiones e incapacidad."*

El Artículo 4, numeral 3, de la Reforma la define como: *"Es el conjunto de políticas, programas y acciones públicas y de la sociedad que cobijan a la población con el fin de cuidar y promover la salud y prevenir las enfermedades, garantizar un ambiente y entorno sano y saludable, mantener la salud de las comunidades y las personas para mejorar continuamente su calidad de vida y bienestar. La Salud Pública propicia la articulación entre el Estado y la Sociedad"*.

La Secretaría de Salud de Cali, tradicionalmente ha enfocado su trabajo como autoridad sanitaria, en el seguimiento de ciertos indicadores de eventos de interés en salud pública. Por ejemplo, los programas en la Secretaría de Salud responden a los principales indicadores de enfermedades prevalentes y de interés en salud pública, con especial atención en las personas vulnerables. Para mencionar solo unos, como ejemplo, tuberculosis, mortalidad materna, CPN, embarazo y atención de partos, IRA, HTA, DM, etc., son problemas con vacíos en los logros esperables.

Estos aspectos asociados a los determinantes de la salud, la intersectorialidad e interinstitucionalidad y su gestión requieren ser revisados y adecuados a los desarrollos actuales.

La transformación de Cali como Distrito de Salud le otorga competencias y capacidad para actuar como autoridad sanitaria.

## Preguntas

1. ¿Cómo considera Ud. que el enfoque de salud pública propuesto en la reforma podría contribuir o no, a la acción pública sobre los indicadores y aspectos asociados a los determinantes de la salud, la intersectorialidad, y su gestión?
2. ¿Cuál debería ser el rol rector de la SSD, tomando en cuenta los determinantes sociales de la salud para superar los problemas de SP?

En su presentación la Dra. Constanza Díaz enfatizó en los siguientes puntos:

- Las 2 propuestas (gobierno y partidos) presentadas se explicita el enfoque de Salud Pública (SP). En la del gobierno se escribe una definición, pero la de los partidos no dice.
- Fortalecer la SP es la razón de un Sistema de Salud, es por ello necesario discutir a fondo.
- Se requiere garantizar el DERECHO A LA SALUD. La intencionalidad de la reforma es garantizar el DERECHO A LA SALUD y enfocar los determinantes sociales de la salud (DSS).
- La OMS recientemente ha planteado que las capacidades se apliquen en etapas. Las autoridades deben planificar con base en los análisis de la situación de salud las comunidades, con sus indicadores, etc.
- Se requiere desarrollar políticas públicas para activar la SP.
- ¿Que hemos aprendido y que debemos ajustar sobre los DSS? Ambas propuestas refieren a la necesidad de aplicar los DSS y a la acción intersectorial. Ya se ha avanzado en lo de los DSS desde la propia **autoridad sanitaria** en trabajo con otros sectores.
- Entender que el trabajo sobre los DSS lleva a resultados en términos de calidad y acceso.
- ¿Asignación de recursos financieros, servicios integrales e integrados, esto que significa? No es claro. Los servicios pueden ser individuales y colectivos, hay que saber a qué se refiere cada uno de estos términos. Lo individual es más sobre los FR. El Distrito debe articular y fortalecerse en estas políticas.
- La APS es un TODO que permite organizar, no es un asunto más en el sistema. El alcance de las propuestas incide en los resultados, pero ¿cómo los organizamos?
- La estrategia y cobertura universal es otro de los componentes, pero se ha enfatizado en ello de tiempo atrás. Y aún no es claro. Hay diversas formas para garantizar.
- También se propone trabajar en sistema de salud resiliente, lo que implica invertir en el PRIMER NIVEL, con visión de desarrollo sostenible.
- Se debe reforzar la capacidad de los niveles primarios, también en su capacidad de responder a epidemias y desastres.
- Reforzar a su capacidad para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), de las NNUU.
- Hay un debate sobre delimitar la práctica de la SP, definir estructuras y competencias, las estructuras de gobierno deben adecuarse. La reforma no alcanza a definir y ver el alcance de la SP y sus Funciones Esenciales (FESP).
- Otro reto es la poca integración de los niveles, como cerrar brechas y la función de rectora de las Secretarías de Salud. Ninguna propuesta contempla como cerrar ese vacío.
- Más que una definición de SP hace falta definir mecanismos para su implementación.
- La prestación de los servicios es fundamental, pero la propuesta no lo ejemplifica.
- Rol del Distrito: debe fortalecer su capacidad para resolver sus debilidades e integración con otros niveles.
- Mantener relaciones nacionales e internacionales para las actividades y afianzar el liderazgo y cambio en la gobernanza en salud.
- La autoridad sanitaria debe revisar sus dificultades y logros.
- El modelo de salud de Cali debe ser revisada, con los componentes varios del mismo.

## Relatoría mesa

Coordinador de la mesa: Dr. Jaime Alberto Restrepo, Universidad ICESI

Relatora: Claudia Rojas, Psicóloga, Secretaría de Salud Distrital de Cali

Desarrollo de la mesa:

El presente documento de trabajo contiene la relatoría producto de las reflexiones realizadas en la mesa de salud pública, bajo la moderación del Dr. Jaime A. Restrepo, jefe Depto. Salud Pública y Medicina Comunitaria, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad ICESI.

La mesa conto con la asistencia y participación de:

- Marly Julieth Peláez Giraldo, enfermera epidemióloga, docente trabajos de grado medicina de la Universidad ICESI, jefe comité de infecciones de la Fundación Valle del Lili.
- Sandra Marcea Zúñiga, Terapeuta Ocupacional, docente universitario Escuela Nacional del Deporte.
- Salomé Victoria Mojica, Médica y magíster en Salud Pública con experiencia en inspección, vigilancia y control en enfermedades transmisibles, salud sexual y reproductiva y docencia universitaria, Facultad Ciencias de la Salud, Pontificia Universidad Javeriana Cali.
- Doris Stella Tejeda Puentes, Subsecretaria Salud Publica Cali, Alcaldía de Cali, Doctora en Salud Publica con más de 30 años de experiencia en gerencia de entidades del sector salud, en coordinación de salud pública y en docencia universitaria.
- Ruby Elizabeth Castellanos Peñaloza, Nutricionista, especialista en administración pública, magister en políticas públicas, coordinadora grupo de salud pública, secretaria de Salud del Distrito de Santiago de Cali.
- Victoria Eugenia Estrada Trujillo, Enfermera, Magíster en Epidemiología, Magíster en Educación y Desarrollo Comunitario, directora maestría en salud pública de la Facultad Ciencias de la Salud, de la Pontificia Universidad Javeriana Cali.
- Manuel Llanos, Comunicador Social, Salubrista Público, docente Universidad del Valle.
- Claudia Rojas Zúñiga, Psicóloga, especialista en gerencia en salud, Magister en Intervención psicosocial, Secretaría de Salud del Distrito de Santiago de Cali.

Frente a lo expuesto, se propone a la mesa brindar sugerencias para enriquecer o mejorar lo que se tiene actualmente desde la óptica del territorio como distrito. Surgiendo como principal elemento la importancia de la fundamentación teórica del proyecto de ley en lo relativo a **Salud Pública** desde los elementos relacionados en la reforma.

Se propone revisar el concepto de **Salud Pública**, poco preciso y en cierta forma diluido:

1. A la luz de la reforma.
2. Aterrizado a Cali.

- En este orden, dando respuesta al punto 1, a la luz de la reforma se argumenta en el grupo la propuesta no es explícita frente al modelo de salud pública, teniendo en cuenta que un sistema de salud debe fortalecer su estructura, las acciones de un sistema sanitario no se pueden entender, sin entender el marco de cómo la gente tiene el sistema sanitario y de salud. Se establece la **Salud Pública** como concepto, sistema de salud pública.
- Un sistema de Salud debe fortalecer las acciones de la **Salud Pública**, en la reforma no se hacen visibles las acciones de Salud pública, se habla, pero no se aborda la forma de implementación.
- Hay disenso sobre la creación de los centros de atención primaria, no es claro cómo se generarían espacios para dar vida a la salud pública, separado del nivel I, estos serán centro de atención primaria en salud, para el desarrollo de la intersectorialidad y la materialización de los "CAPIRS" que cumplirían con el objetivo de cerrar las brechas sociales y territoriales, toda vez que desde la Ley 100 se habla de APS, pero ésta aún no se aterriza.
- Los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud, cristalizan el espacio para desarrollar la salud pública, volviéndola tangible.
- Sin embargo, se expone que aún falta claridad teórica frente al alcance resolutivo de los CAPIRS cuando se habla de abordar los determinantes sociales, estos extralimitan el concepto y el rol del sector público.
- La reforma a la salud suena a un Déjà vu, es retomar al modelo anterior, la transición de los años 90 y lo que se hacía antes.
- Al leer el articulado, lo planteado rechaza el alcance del sector salud, la definición de los DSS, no incluye el concepto de la Organización Mundial de la Salud, como "las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana". Estas fuerzas y sistemas incluyen políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales y sistemas políticos, clasificados en determinantes estructurales e intermedios.
- Le están delegando al sector salud determinantes que son de alcance territorial, se requiere claridad frente a la articulación de enfoques y factores que permitan definir los roles de las secretarías de salud y lo público.
- Se sugiere aterrizar el concepto de **Salud Pública** a Colombia, retomando la definición de la **Asociación Colombiana de Salud Pública**, en la que se define:
- "La Salud Pública es una ciencia y un arte de carácter estatal. Es el producto de una construcción social dinámica, con amplia participación comunitaria e interdisciplinaria (ciencias sociales, biológicas, matemáticas, económicas, políticas, administrativas, jurídicas e ingenierías); cuyo objetivo es fomentar la

promulgación y ejecución de políticas públicas que garanticen las condiciones óptimas para la promoción de la salud, el desarrollo humano y el aumento progresivo de la calidad de vida de una sociedad. Entendida la salud como un derecho fundamental, y como el buen vivir de los individuos, familias, colectivos y comunidades, en todos sus ámbitos de vida y en relación con sus entornos social, ambiental, político, económico y cultural".

- Se considera importante en la definición reconocer al país como un territorio rural atravesado por el conflicto armado, en el que la atención se debe derivar a la zona rural y rural dispersa. Se debe definir el concepto de salud pública para un desarrollo detallado de la propuesta. O sea, evaluar la propuesta a la luz de la atención primaria en salud. En materia de conceptualización, existe una línea muy delgada que lleva a confundir atención primaria, con salud pública, la reforma conceptualiza pero no operativiza, los Centros de Atención Primaria, se conciben como la forma de intervenir determinantes intermedios, pero, no se da claridad que pasa con los determinantes estructurales.
- Es vital una atención interdisciplinar no pensada necesariamente en la reforma, que acoja componentes de articulación entre elementos.
- En el punto 2, aterrizado a Cali, desde la óptica de municipio saludable que abarque los distintos niveles de gobernabilidad y gobernanza en el que se integren los distintos sectores en función de la salud, no siendo un asunto exclusivo de la Secretaría de Salud.
- En este sentido, se requeriría de una estrategia operativa para articular la intersectorialidad desde el municipio más pequeño hasta el más grande, actualmente la intersectorialidad se encuentra diluida, hoy se hacen diferentes comités, consejos territoriales.
- Otro elemento que surge sobre la mesa es la dilución y lo invisible que se convierten los avances en salud, se hace necesario generar documentación que conduzca a evidenciar lo realizado de manera que se logre volver tangible lo realizado.
- Se concibe la reforma como la herramienta de volver tangible lo que hacemos pero que no se registra, ni evalúa.
- Entre los aspectos de Cali, se reconocen como ganancias en salud la negociación el trabajo con otros sectores, las políticas y programas para la negociación de tareas que ingresan a formar parte del componente intersectorial.
- De igual manera se resalta que debe pensarse en la participación comunitaria, la manera de articular programas con la población desde una mirada de territorialidad, aterrizado al territorio.

- Desde el enfoque de SP se argumenta la relevancia de fortalecer la participación comunitaria, el rol del promotor de salud en el que se resalte la relevancia de su acompañamiento desde la mirada de las necesidades del territorio, es retomar y resignificar el rol de los promotores de salud.

Frente a los elementos expuestos se argumenta de manera general en la mesa la importancia de:

- Incluir y resaltar la experiencia y la historia previa de intervención de salud pública en Cali.
- Posterior a la ley 100, el aseguramiento se convirtió en un avance, con la limitación de convertirse en un carné y no garantizar el acceso como tal, siendo esta ley la que desaparece la salud pública desde el nivel básico de atención, pasando del subsidio a la oferta, por el subsidio a la demanda.
- Durante el ejercicio surge la pregunta ¿Qué gana el ciudadano?, ante esta se resalta la relevancia de emitir un lenguaje claro, que llegue al ciudadano, permitir la comunicación en salud como una herramienta clave que conduzca a la cultura de prevención.
- Se resaltan dos componentes para la reforma, de un lado la participación ciudadana, del otro la intersectorialidad.
- En relación con la intersectorialidad, existen indicadores compartidos por sector, los cuales se deben establecer en común acuerdo a las necesidades del territorio, toda vez que estos indicadores en su gran mayoría son pensados desde un ejercicio biomédico, mas no desde la gestión del riesgo de un modelo preventivo. Se propone pensar en incluir indicadores que midan la calidad de vida y el impacto de los determinantes sociales, indicadores que respondan al modelo de atención primaria en salud.
- Partiendo de lo anterior expuesto, el ejercicio de la autoridad sanitaria desde lo local se debe dar desde la mirada y abordaje general de la salud, por ejemplo, se menciona dentro de la mesa la fragmentación de la contratación, que impide una articulación y visión integral de la acción.
- Uno de los elementos claves mencionados es la importancia de definir el alcance de la intervención, por ejemplo, en materia de prevención, que tan bien lo estamos haciendo, otro componente, es el rol de coordinar la acción intersectorial, la promoción de programas, definir conformación de equipos, medir el impacto de la intersectorialidad.
- En cuanto a la pregunta ¿Cómo se articula la promoción con los determinantes?, se continua con el argumento de definir el alcance, como se abordan los determinantes desde las políticas públicas y el alcance del sector salud.
- En el texto se refiere a los consejos territoriales en salud, pero, también se considera necesario, incluir los consejos para determinantes sociales.



- Finalmente, se considera la reforma como una oportunidad de avance frente a la prevención, gestión ante las EAPB, intermediación, recursos, negociación y articulación, habida cuenta de las limitantes de la ley 100, en las que el pago por capitación desdibuja la prevención, se resalta la importancia de sistematizar lo que se ha realizado, considerando a Cali como una ciudad bandera en la implementación de estrategias de salud pública.
- Se da cierre a la conversación en la mesa con la pregunta ¿Qué papel les corresponde a las universidades en el proceso?, pregunta que da paso al rol de la academia desde la formación de estudiantes, aspecto que se resaltara en el segundo foro a realizarse el próximo 23 de marzo.



## Tema 2: Atención Primaria en Salud (APS)

Relatora: Claudia Rojas Zúñiga. Profesional Secretaría de Salud del Distrito de Santiago de Cali.

Ponente: Martha Cecilia Jaramillo, Medica, Magíster, Profesora ICESI.

Preguntas enviadas a la Dra. Martha Cecilia Jaramillo

Desde la adopción de la estrategia APS por la OMS en 1978 en Alma Ata, y en la renovada, se enfatiza el concepto fundamental de la APS, como: *"la atención primaria de salud orienta sus estructuras y funciones hacia los valores de la equidad y la solidaridad social, y el derecho de todo ser humano a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social"*, cuya aplicación ha sido en general limitada en casi todos los países.

En el proyecto de reforma se hace énfasis en las necesidades y relativa urgencia de implementar el contenido de APS creando los CAPIRS, en todo el país.

1. ¿Cómo considera usted que se debe aplicar la estrategia de APS y los CAPIRS, bajo la concepción OMS/OPS a la luz de la reforma?

Se reconoce que hay varias formas de implementar la estrategia APS ¿Cuál considera usted podría ser el enfoque más adecuado para su aplicación en Cali?

2. ¿En qué aspectos le parece se debe enfatizar? ¿Cuáles identifica usted como fortalezas o debilidades tendría en Cali la propuesta de reforma?

Puntos de énfasis de la Dra. Martha Cecilia Jaramillo

- Redefinir el concepto de APS desde la OMS, 2019: enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad, nivel mayor de la atención centrada en la gente, desde la promoción y la prevención (PyP) hasta la atención según sea definida.
- Crítica mayor a los CAPIRS: se desarrolla por partes, identifica las inequidades, formular políticas y planes intersectoriales para enfrentar las inequidades, en todo el espectro, pero le quita responsabilidades al ente territorial.
- El sistema debe conocer los DSS y enfrentar sus problemas.
- Lo poblacional debe entenderse como lo que afecta a su bienestar y salud.
- La reforma no abarca a toda la sociedad, pero debe replantearlo.
- Hay disociación entre lo que consideramos es la SP y lo que propone la reforma
- Debe tenerse entes territoriales fortalecidos, que se piense y actúe con enfoque diferencial, en la ciudad las características son múltiples, debe haber política de SP distrital, específica.

- Las políticas deben ser territoriales e intersectoriales para una mejor salud, el bienestar y calidad de vida es de la Alcaldía.
- La salud en todas las políticas.
- La prestación de servicios es diferencial, a llegar los sectores donde lo requieren, toda la ciudadanía no requiere las mismas atenciones.
- Que la familia se empadrene para poder recibir la atención.
- La definición de la APS no es clara, no es diferencial, hay que hacerla diferente, según las condiciones. Lo rural no es igual, e incluso en lo rural no es lo mismo entre un cultivador de papa o de un pescador.
- En Cali hay diferencias entre los barrios.

#### Comentarios en la Mesa 1 (APS):

##### Participantes:

- Dr. Abelardo Jiménez
- Dr. Jonatan Gallego director programa medicina
- Diana María Sierra enfermera SSD
- Dr. Luis Eduardo Rojas medico magister salud ocupacional director prog medicina Universidad Libre
- Leidy Carolina Vasques coord. Practicas comunitarias Escuelas Nacionales del deporte
- Dra. Laura Jaramillo directora departamento clínico Javeriana
- Dra. Magali Narváez bióloga molecular Coord. Ciencias básicas san Martín

A la primera pregunta se comentó así:

- La apuesta no es únicamente reaccionar frente al articulado sino desde una perspectiva propositiva desde la atención primaria del distrito de Cali tiene las condiciones y probabilidades para su implementación
- Si lo que propone la reforma se ajusta a la necesidad
- Centro de atención primaria integral resolutive en salud CAPIRS
- Se consideró que hay limitaciones para implementar al 100% la APS, no hay profesionales entrenados para aplicarla, los currículos, en su mayoría, están enfocados a la atención centrada en la enfermedad

- Hay que entender que APS no es un modelo de atención sino una estrategia de un modelo y también que la APS existe desde antes de la ley 100, e incluso formalizada con la ley 10 del 90. Sin embargo se reconoce que no ha funcionado como se expidió y ha sido renovada, pero siempre ha existido la expectativa que la reforma active y mejore la APS.
- En la U Libre se tiene la misión en el programa de medicina tiene un enfoque de formación un médico comunitario con competencia científicas y social y comunitario. Pero aun con esa fortaleza la incertidumbre es como se va a hacer ese funcionamiento que no solo se quede solo en la baja complejidad sino en una mayor y el manejo de los recursos.
- El cambio fundamental es quitar un modelo de aseguramiento, pero en la propuesta de reforma no se dice el cómo sino que eso viene después con los decretos para su implementación.
- Desde el componente académico hay algo importante que se maneja desde las áreas de atención comunitaria con el cambio curricular se hace hacia procesos comunitarios problemáticas sociales específicas en diferentes zonas de la comunidad desde las instituciones, es saber que se requiere para saber cómo llegar a la población a veces se centra a intervenir a situaciones ya reales y no frente a la prevención
- Direccional procesos comunitarios con los estudiantes en la intervención hacia la prevención
- Desde la visión de medicina familiar se formulan preguntas reflexivas para la propuesta de los CAPIRS: quienes van a trabajar los equipos, por quienes estarán conformados, ejemplo nutrición, en el nivel básico es donde se debe aclarar los conceptos.
- ¿Dónde van a estar geográficamente? Si Cali Distrito va a tener microalcaldes con georreferenciación, habrá un CAPIRS por cada área? Que va a pasa con las ESE y como se van a hablar con los otros niveles de atención y si se van a seguir hablando de niveles y el CAPIRS solo será el básico porque APS no se puede sesgar solo al nivel básico.
- ¿Se van a tener familias asignadas a cargo de quien médico familiares y generales? ¿Y los médicos generales tienen la formación de APS? La respuesta parece ser NO.
- Como la APS no es tan llamativa no se le da la formación a especialistas que los enamore de esto, sin embargo todas las especialidades deben tener esta formación en APS, aun cuando el equipo está en cabeza del médico familiar y conformado x médicos generales u otras especialidades.
- Sobre las familias asignadas porque deben depender del régimen al que está asociada la persona, pero si cambian de régimen no se pueden visualizar en el grupo familiar afectando los procesos de intervención y asignación de los CAPIRS.
- El tema de empadronamiento (registro censo) no es nuevo está desde el 2011 en la IPS o EAPB pero la pregunta es cual es el alcance de la cobertura que van a tener y que pasa si se está lejos o fuera del alcance del asignado, entonces no es claro donde se hará la continuidad del servicio a través de la red integrada

- Sin embargo, en las ESE de Cali el sistema de información es unificado lo cual representa una ventaja
- Respondiendo con inquietudes en la cabeza de la resolución es el número único de identificación -nui- es decir si la persona x su trabajo se traslada pueda tenerse la trazabilidad de su historia clínica sin embargo no es el mismo sistema tanto en públicas como privadas entonces como se resuelve el nui para resolver inconsistencias y poder asegurar el seguimiento a los usuarios y lo otro que impide el ejercicio de APS es la facturación es que factura ítems que no corresponden a APS y se desdibuja lo que se viene trabajando si se cambian los cups.
- Cuál es el equipo de trabajo desde el área de formación de rehabilitación y desde aquí se pueden hacer acciones de promoción, pero no se evidencia a través de la facturación lo cual impide la identificación de las necesidades de la comunidad.
- Desde la parte de confirmación de los equipos es saber si está reglamentado cuantas veces les harán seguimiento a estas familias según los análisis de riesgo asociadas a las condiciones o determinantes sociales.
- Algo que se comentó sobre la HC digital desde el 2015 la idea es unificar no el modelo de HC sino el acceso a la información aprobado desde hace 8 años.
- Con todas las dudas ya el gobierno nacional resolución 2788 /2022 donde se le asignan recursos a instituciones prestadoras de salud para que conformen los equipos básicos de atención y dentro de este documentos los lineamientos dice que está conformado por medico enfermera comunidad y demás especialidades conforme el diagnóstico de las necesidades del territorio y su dispersión con respecto a la caracterización funciona similar como los confis para territorios específicos (análisis de situación de salud).
- Cali no está priorizada para la implementación de esta resolución morbilidad materna extrema en la comuna 1 x tanto depende las características del territorio. De acuerdo con la dispersión estarían a cargo 500 familias x equipo en Cali como zona urbana (200-400-500) conforme la ruralidad.
- Un auxiliar de enfermería no tiene la formación para atención fuera de las instituciones sino al interior de ellas por tanto es importante también tener dicha formación.
- Hay q esperar el cómo se dan los lineamientos para implementar la estrategia de atención primaria y en Cali existían los silos y funcionaba.
- Para Cali si vamos a progresar a un modelo de atención primaria pleno e integral una pregunta fundamental es con el poder que tienen las ese dentro del sistema Público en salud con un enfoque basado en hospitales para la prestación de servicios sin embargo los CAPIRS no serán como las ESE sino prestacional y donde quedan los demás aspectos como el aseguramiento quien gestiona el riesgo.
- En Cali necesitamos alrededor de con una asignación de 20.000 a 25.000 personas serían 600 CAPIRS las cuales no serían solos las ese que presten atención en salud pero que sean resolutivas frente a la ruta de promoción y mantenimiento a la salud incluyendo el despliegue al territorio.

- Las ESE llevan un avance con respecto a las entidades privadas frente al plan de intervenciones colectivas que complementan la atención y una de las formas de llegar a las comunidades son las jornadas
- Se ha generado un modelo tripartita generado por COVID para poder prestar la atención.
- La relación y la inclusión del talento humano en el equipo básico es un trabajador comunitario de la salud urbano y rural que está pegado a la red de prestación de servicios de salud que es lo que antes se llamaba promotor de salud

## Pregunta 2

- Dentro de las fortalezas se ha dicho que hay promotores que son los que salen a territorio y tienen las competencias
- Reporte de indicadores que es valioso para enrutar las acciones
- Se tienen más médicos familiares que cualquier área de Colombia
- La historia clínica con un avance con la implementación del mismo modelo de HC
- Estructura aprovechable a través de las ESE
- EL análisis que realizaba salud se concentra en la calle 5ta que es al que divide la ciudad y la une no es suficiente, pero si aprovechable
- Sin embargo, es pensarse en toda la extensión desde el hormiguero la red de salud está en la zona Tequendama
- Cali tiene buena infraestructura para la prestación de servicios de salud, pero han perdido la misionalidad; con la APS el fuerte debe ser promoción y prevención pero el talento humano en salud pública es claro que hay más personal en área hospitalaria que en PyP.
- ESE Oriente tiene más de 20 IPS y en ese modelo esas infraestructuras son aprovechables- la premisa de que el problema no son las capitales ya que las ESE funcionan y tienen buena cobertura y de allí salen los indicadores que deben cumplir metas pero el modelo de APS parece que si funciona en Cali.
- Sin embargo, hay otro tema es la oportunidad en la atención en salud y ahí es donde hace falta voluntad política y este comité académico implica crear alternativas creativas que permitan a través de las entidades de educación permitan la formación.
- El profesional que hace APS gana poco con respecto a otras especialidades
- Lo ideal es evitar que se hagan tantos programas, pero se debe lograr que se hagan todas las intervenciones para una atención integral



## Comentarios de la Mesa 2 (APS):

### Participantes:

- Stella Urdinola Cuéllar Medicina Familiar PUJ
- Jessica López Laverde
- Sonia Quebradas J
- Rosmeri Vélez Montaña
- Mérida Rodríguez López
- Janeth Cecilia Gil Forero
- Diana María Castrillón Libreros
- Beatriz Amparo Vesga Sánchez

### Aportes mesa de trabajo:

- De la atención básica hoy tenemos crónicas y no crónicas que son del segundo nivel o del nivel medio de complejidad entonces se requiere reestructurar el modelo para poder que las redes den respuesta, infortunadamente Cali hoy tiene una debilidad extrema del segundo nivel y para el segundo nivel deberá estar más o menos en el 30% de las atenciones y nos estamos quedando cortos ahí, entonces que está pasando que la gente pasa del primero al tercero y estamos viendo que crecen las altas complejidades?
- Los CAPIRS se cree que hay que aprovecharlos con la medicina familiar porque hay que hacer atención familiar, ya no es la atención del individuo, debería integrar a toda la familia, es involucrar desde la familia y el individuo y remodelarlo y atenderlo.
- Aun no se ha mencionado el cómo la reforma concibe la conformación de las redes de los niveles de atención en el territorio, porque por ejemplo tener un factor protector en comunidades vulnerables si usted está en una zona rural le pueden prestar los servicios de salud más básicos, pero si usted requiere una atención más especial y tiene Comfenalco tiene que tomar dos buses para venir a la calle quinta y se generar barreras de atención, por ende, hay que rescatar lo territorial.
- La atención que se hacía antes en los centros de salud era muy importante en términos de cercanías, decir que la gente camine 3 cuadras y llegue al centro de salud y que le garanticen una continuidad en ese mismo centro de salud al individuo y a toda su familia.
- La atención primaria unos 30 años atrás, las promotoras de salud salían a la comunidad conocían todas las familias y manejaban unas tarjetas familiares que realmente era una buena experiencia y lo recomendable es volverlas a utilizar, ya que contaba con factores de riesgo y factores protectores. Esa estrategia debería ser de nuevo utilizada por la alcaldía en la promoción de la salud.
- De alguna manera el sistema tendrá que organizarse realmente, no para que todo el grupo familiar pertenezca a un afiliador, porque pasa mucho que un integrante de la familia está afiliado en SURA, el otro en Coomeva el otro en la otra entidad, donde no se puede hacer un diagnóstico integral de la salud

coherente a la familia, pero si voy a tu familia y se le hace una atención integral es diferente. Ahí estaría todo lo clave lo del sistema de información donde no es relevante quién te afilia, sino que desde las bases de datos gestionen realmente que entidad dentro del territorio o desde el centro de atención puedan prestar el servicio.

- Segunda pregunta, no se reconoce que hay varias formas de implementar la estrategia de atención primaria en salud, ¿cuál considera usted podría ser el enfoque más adecuado para su aplicación en Cali?
- Se está de acuerdo que haya hospitales financiados por el estado y que los servicios deben ser eficientes y eficaces, ese como primer punto, pero los pacientes que no llegan a los servicios deben ser asumidos por las IPS y tienen que ser mayor entonces un porcentaje que se paga por el servicio más un porcentaje que se paga por accesibilidad y por transporte.
- Sobre la APS los directores locales se quejan frente a los entes territoriales de los recursos que pagan por el PIC y los equipos que lo ejecutan, también hacen acciones de APS, es decir que no hay una dedicación exclusiva por parte de las ESE a atención primaria. ¿Entonces realmente están haciendo una adecuada APS?, adicional que estos equipos están conformados por talento humano técnicamente básicos que no permite ir más allá. ¿Además, qué capacidad tienen realmente en este momento los que van a ir a hacer ese trabajo extramural? qué formación tienen? que entrenamiento tienen? y qué necesitamos para de desarrollo de capacidades?
- Para llegar a una APS adecuada se debe tener una transición mediante alguna prueba piloto o considerar las experiencias que se han tenido desde años pasados en la APS para poder dar esa reorganización y fortalecer aspectos que se debe enfatizar.
- Sobre la pregunta 2: Tenemos para mencionar que los equipos extramurales están expuesto a peligros y riesgos que podemos tener hoy presentes en los territorios, por ende se debe realizar un fortalecimiento a la seguridad ciudadana, pero con certeza vale la pena mostrarle al país, es la experiencia de Cali en los sistemas locales de salud (SILOS) con su experiencia de trabajar en la atención primaria, se tuvieron tranquilidad como unidades de atención primaria que estaba relacionada con el centro de salud y no solamente con los determinantes sociales, pues ahí se tendría que tener continuidad en el personal.
- Por ejemplo de la comuna 20 de Cali tiene una experiencia muy bonita que es el comité Entornos Saludables donde está la Secretaría de Salud, las ESE y otras entidades, ellos hacen los diagnósticos sectoriales en unas zonas priorizadas y aplican toda una batería, pero la prestación queda como por el artículo que queda muy medioambiental y que mide calidad de agua, también es muy interesante esa experiencia, pero que tiene un gran problema, los dos primeros meses del año no está contratado el personal, entonces eso es muy complejo en el caso de las ESE que estarían encargadas de la APS ya que el tipo de contratación del personal no permite su continuidad ininterrumpido.
- Estos equipos deben tener presencia todo el territorio, pero también dependemos de la contratación, entonces por ejemplo en los equipos sicosociales en donde un integrante de la familia tiene el problema de salud mental y problemas violencia, estos casos no pueden tener interrupciones del servicio por que pueden ser vidas que estén en peligro.

- La integralidad que habla la APS, es justamente la que una persona pueda disfrutar, por ejemplo, si en una consulta tengo riesgo cardiovascular pues de una vez debería hacer las intervenciones sin tener que esperar un año cuando le programen la cita de prevención y promoción y no que toda la atención esté fragmentada.
- También la humanización del talento humano, de los equipos de la atención primaria y que se respeten los saberes tradicionales y los saberes ancestrales que no se menciona mucho en la reforma y que en el caso de Cali se viene trabajando desde hace años y que se debe de rescatar y mejorar en todas las comunidades rurales y urbanas que han migrado a nuestro territorio y se mantienen con esa ancestralidad.
- Cali tiene comunidades rurales donde ha migrado muchas personas que conservan su ancestro y en cierta manera también su propio modelo de salud, entonces si nosotros estamos intentando el modelo en la reforma no lo tiene y estamos casi que otra vez imponiendo una directriz del Estado de orden central cuando los territorios pueden tener su propio modelo.
- Cuando hablamos de un modelo propio, tiene que obedecer a exigencias de recurso para la formación del talento humano que incluso entre los territorios hay formadores ancestrales sin haber ingresado a un campus universitario.
- La gobernanza comunitaria facilita el acceso a los territorios, que es lo que nosotros le decimos, la participación social y comunitaria porque nadie conoce mejor el territorio que los que viven allí mismo y lo último que tampoco está en la reforma y que se necesita para poder implementar, es tener en cuenta la comunicación que tiene su propio territorio, ellos tienen mecanismos de comunicación, tienen formas para crear sus propias rutas de atención. Estos tienen muy identificado la ruta del llamado al vecino, al del taxi, al líder comunitarios, etc. Es decir, hay unas redes primarias en el propio territorio que hay que reconocerlas y que no están dentro de la reforma.
- La importancia en su momento que tenían las promotoras de salud era porque tenían una operación permanente frente a la comunidad, funcionaban con personal nombrado y tenían claramente identificado la importancia de su labor en la comunidad, tanto así que trabajaban en las noches y trabajaba los fines de semana y hacían todas sus caracterizaciones de líderes comunitarios.
- El equipo de trabajo debe ser fijo para que pueda llevar a esa continuidad, porque se puede hablar de continuidad en diferentes esferas, continuidad en que el paciente donde llegue al mismo lugar, pero tiene el mismo el equipo diferente que desconoce su atención, o continuidad donde puedan mirar la enfermedad y no el individuo. Digamos que es un tema que hay que tener que precisar allí.
- El otro tema que quisiera retomar es el punto de la participación comunitaria y creo que con el ejemplo de las parteras lo mencionaban muy bien y ese es cómo reconocer parte del sistema a estas personas que están en la comunidad y que a veces hacen un trabajo súper valioso en las redes comunitarias y pareciera que son otra cosa. No tenemos que buscar la forma de acercarlas por ejemplo a mí me interesa muchísimo el tema de la función de una partera en el cuidado primario en la atención prenatal, no solamente en el parto y en la atención prenatal porque es la que está allí cercana a la embarazada, además del postparto, me gustaría que la autoridad política hoy que se está trabajando, se esté haciendo visible en la reforma y la importancia en la atención primaria.

- El mundo habla de los sistemas de información y de mapas de calor por comuna para mirar cuáles son los determinantes y demás flagelos sociales, donde el sector salud los debe tener a la mano poder hacer un análisis de la población y sus decisiones basada en los determinantes, además de poder mirar cómo se va a desarrollar los servicios en cada territorio y cuáles son los territorios, porque hay que definir ese territorio internamente cuando va a intervenir por ejemplo 111 institución educativa pública donde por barrio de pueden identificar 4 o 5 colegios que se definen como micro territorios un es un entorno educativo, se propone que su intervención debe tener innovación en el lenguaje y modos de llegar a la comunidad.
- Tenemos dos conceptos muy importantes por adversamente a todos los que se haga ver innovación y gestión del conocimiento entonces en la innovación implica que usted va a hacer cosas distintas, que no todo puede estar escrito para que usted siga un proceso, sino que dependiendo de las características de las condiciones de usted va a tener que empezar a innovar a crear o cocrear con la comunidad, adicional debe estar acompañado de la escritura de lo creado para que quede documentado.
- Estas experiencias deben ser compartidas porque lo que me funciona a mí, de pronto le puede servir a otro modelo haciendo alguna modificación. Lo anterior hace reflexión de una propuesta muy interesante de investigación social que debe estar inmersa en el trabajo comunitario.
- Para llegar a una atención adecuada el médico requiere de una información centrada y de más información, tienen que tener claro que es integral y retomar la familia, porque si yo en esta comunidad encontré que tengo problemas de violencia, pues tendría que hacer un trabajo comunitario para hacer la intervención del problema. Si el problema de salud es temas de aguas, pues deben tener toda una red de comunicación con los líderes comunitarios, los prestadores de servicios de agua para identificar el problema de contaminación que está repercutiendo en la salud de la población. Los grupos comunitarios deben ser tan integrales que puedan dar respuesta a los determinantes sociales y también trabajar en red con encargados de los servicios públicos y servicios ambientales.
- También los encargados de la APS deben conocer la idiosincrasia y los dinámicas poblacionales del micro territorio, en el sentido que si en esa población Campesina, los domingos son los días de hacer mercado y que toda la población se aglomera y se reúne en un sitio, el prestador de APS debe llegar a ese espacio y tener una atención integral, tan integral que se pueda contar con especialistas en ramas esenciales para atender de inmediato algún paciente y que se pueda generar en el mismo espacio el expendio de medicamentos.





## Tema 3: Redes integradas e integrales

Las redes no funcionan, lo reconocen los actores del sistema actual, sin embargo, se reclama como una necesidad para que el sistema de salud sea efectivo. Los diferentes niveles se quejan de la ausencia de coordinación y retroalimentación (contrarreferencia) entre ellos.

La reforma define las redes integradas e integrales así:

*“Artículo 76. Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud-RIISS. La prestación de servicios de salud se hará a través de Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud – RIISS, entendidas como el conjunto de organizaciones que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar atención sanitaria con calidad, equitativos, integrales, integrados, oportunos y continuos de manera coordinada y eficiente, con una orientación familiar y comunitaria a una población ubicada en un espacio poblacional determinado. Las redes integradas e integrales deberán presentar resultados clínicos por el estado de salud de la población a la que sirve”.*

### Preguntas

1. Hay una apuesta implícita de equidad en la reforma con las poblaciones rurales y de ruralidad dispersa- *que tenemos también en Cali-* . Bajo esta premisa, ¿cuáles son esos elementos técnicos de conformación de redes que Ud. considera necesarios para dar respuesta a la ruralidad y del no funcionamiento integral de las redes en lo urbano?
2. ¿En el marco de la transformación de Cali en distrito salud, que se requiere para desarrollar a plenitud la propuesta de redes integradas e integrales en la ciudad?
3. ¿Qué hace falta para su funcionamiento ágil y confiable?

### Ponente:

**Freddy Agredo, Médico, Espec. Otorrinolaringología, Magister en SP, Responsable Gestión de Conocimiento SSD.**

- El concepto de redes integradas e integrales no son iguales, hay diferencias en las reglamentaciones en particular con los decretos o leyes
- Cali tienes 22 comunas, 243 barrios, 15 corregimientos. Cali no está aparte de lo que es Colombia, al contrario tenemos una concentración dispersa rural que no recibe la misma atención que en la ciudad. Menos concentración de población rural pero mayor área territorial.
- No hay talento humano para llegar a la ruralidad.
- ¿Qué elementos técnicos tiene la reforma para implementar las redes?
- La Reforma habla de la gestión del riesgo, gestión del conocimiento no es clara. Las redes no son específicas.
- El sector privado está en la zona urbana.
- El modelo para Cali tiene 3 pilares: gobernanza y estrategia para poder organizar, gestión del riesgo y del conocimiento, se requiere confianza en los acuerdos contractuales.
- Incentivos para qué?

- 3 asuntos: inscripción de las entidades privadas y mixtas. Los CAPIRS no llegan a lo rural igual que los urbanos.
- Elementos sustanciales: oficinas de referencia y contrarreferencia. Hay plataforma tecnológica trazable y modificable.
- Se requiere: 1. Planeación y gestión coordinada entre los actores, 2. Acuerdos entre las partes de voluntad y contractuales; 3. Tecnologías de información, HC homogenizada para verla en cualquier parte; 4. Pago de incentivos
- Cali distrito requiere desarrollar la reubicación de personal para mejorar la capacidad resolutive de personal y recurso tecnológico
- Determinar la oferta y la demanda de manera más exacta.
- **La Equidad forma los elementos técnicos para la conformación de redes y dar respuesta a la ruralidad.**

### Aportes Mesa 1

- Cali no atiende el 100% de la población porque no cuenta con la infraestructura.
- La reforma propone por cada CAPIR una población de 25000 habitantes, según esto para Cali se necesitarían 104 CAPIRS
- Las IPS están limitadas en la intervención, deben existir acuerdo de voluntades, sino se establece la Ruta de atención integral, no hay capacidad instalada como por ejemplo en Cali existen 38 Centros de urgencias y 17 salas de parto.
- La realidad es que existe prepagadas para una población reducida que puede pagar, pero una gran mayoría de la población debe acceder al subsidiado o la infraestructura pública.
- Los prestadores que cuentan con hospitales para responder a los requerimientos mínimos de la población, pero no son especialistas, además la mayoría de IPS de la red pública no tiene con los requerimientos de lo que se necesita.
- Las Redes son mecanismos de articulación pública- privada, o modelo mixto con organización y gestión basada en la confianza.
- Las redes deben responder a las necesidades a través de telemedicina teniendo en cuenta los tiempos de atención a los pacientes.
- Hay inequidad también en lo urbano para la atención, no solo en la ruralidad
- La respuesta a la atención por parte de la red pública
- Rutas claras para la atención en la ruralidad, basadas en la oportunidad
- Falta mayor organización interna en los hospitales en manejo de Protocolos de atención, dado que se presentan fallas en la atención por parte de médicos generales que carecen de conocimientos sobre Salud Pública, por ejemplo, para detectar preventivamente una ACV o un infarto en la atención no se requiere de equipos especializados.
- En la zona Rural se debe tener rutas claras de atención, no necesariamente debe estar el hospital cerca, se puede resolver con transportes adecuados, comunidad informada.
- Cali cuenta por ejemplo con especializaciones en atenciones psiquiátricas, infantiles, cardiovasculares.
- Las RIAS no se articulan para resolver problemas de salud, deben existir redes verticales en pacientes hipertensos, diabético o con insuficiencia renal.
- Las redes deben enfatizar en hacer buenos diagnósticos
- El aseguramiento no debe desaparecer.



- Los CAPIRS no generan políticas, ni modelos integrales, esta es una responsabilidad de los entes territoriales de Salud

## **2. Marco de Transformación Cali-Distrito teniendo en cuenta dos aspectos:**

- Salud Territorial, teniendo en cuenta los determinantes sociales y el entorno
- Gestión del Riesgo.
- GOBERNANZA
- Gestión del conocimiento: Innovación en salud, Analítica de datos, interoperabilidad datos, participación social y comunicativa
- Aseguramiento e incentivos
- Agilidad en sistemas de referencia y contrarreferencia
- Formación del talento humano, formación en orientación familiar en APS
- Unificación de protocolos de atención en los diferentes niveles de atención
- Articulación de los sistemas de información y comunicación
- Sebe prestar especial atención en la habilitación de redes verticales dado que se exigen requisitos mínimos de calidad, en la operación no son homogéneos dado que como por ejemplo el conocimiento de los protocolos de atención es diferente, la Acreditación es inalcanzable.
- El sistema de Emergencia los proporcionara la red pública debe ser un experto en la valoración incluida las ambulancias, protocolos claros.
- El sector público es el único que responde por la atención primaria.
- La realidad es que las IPS sino producen o no facturan, no sobreviven y tienen carteras onerosas irrecuperables de IPS que han sido intervenidas, dilación en los pagos y no pago de intereses, incumplimiento de los operadores.
- Los cambios si se requieren las redes deben incluir la atención primaria para facilitar el acceso a la población,
- El transporte de pacientes debe ser coordinado
- Debe existir integración de los sistemas de información y comunicación, incluyendo la historia clínica unificada.
- Se debe eliminar la intermediación

## **3. Que hace falta para el funcionamiento ágil y confiable**

- Organización y gestión
- Confianza
- Mejorar ofertas con especialistas
- Redes verticales
- Asignación de incentivos según desempeño de los actores
- CAPIRS en funcionamiento, incluir apoyos medios de transporte en zonas rurales dispersas,
- Telemedicina
- Georreferenciación
- Sistemas de información transversales que apoyen la operación
- Protocolos unificados y estandarizados
- mejorar requisitos mínimos de la atención

Aspectos negativos del sistema de salud y las reformas propuestas:

- Es crítico el aseguramiento y pagos oportunos del sistema, la baja complejidad tiene muchas trabas en los pagos, dilaciones, autorizaciones, carencia de transporte, los profesionales que atienden las consultas primarias de urgencias son saturadas.
- La reforma cambia definiciones y da nuevos nombres desaparece la Ley 100, las RIAS desaparecen que tenían como parte fundamental la promoción y la prevención, ni tampoco se habla de componentes de atención.
- Existe en la reforma un fraccionamiento en la prestación de servicios de salud y la consulta externa.
- Cuando habla de Red se refiere a los laboratorios.
- Los CAPIRS son los responsables de la atención primaria
- La reforma no tiene en cuenta los RIPS, CIE-10, CIE-11
- Los tiempos cortos en la implementación de la reforma

## Aportes Mesa 2

- Sobre Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud, se empezó a hablar de ellas con el planteamiento de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), desde el año 2007, tras hacer una revisión del tema. Se plantea inicialmente la necesidad de hacer una revisión a la APS y así establecer qué se renovaría.
- Inicialmente los participantes de la mesa esclarecieron el concepto de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), como una red de instituciones en pro de la salud pública, pero a estas se les añadió el concepto de Integrales, para referir el trabajo sinérgico que debía existir entre ellas.
- En 2017, con la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud (Astana), se trabajó ampliamente el concepto de atención primaria, mostrando que se necesitaban sistemas universales en salud. Además, se evolucionó en el concepto de entender que más que redes se busca una atención integral.
- Se reconoce que la Ley 1438 de 2011 modificó diferentes conceptos, dando vida en atención integral a los atributos que debe tener un territorio, para la prestación de servicios en bienestar de la salud pública. Incluso, se exploró un cambio de visión y el nacimiento de gestores de las redes integrales, pero quedaron muchos vacíos en estas implementaciones.
- ‘En Colombia hay que explorar cada vez más la perspectiva del usuario, en el entendido que cuando una persona llega a un centro de salud del nivel que sea, requiere que le resuelvan su problema en salud. Por tal motivo, el sistema debe ser totalmente resolutorio; es decir, que de soluciones y no problemas a los pacientes y a sus familias. Por tal motivo, el usuario del sistema de salud, debe ser el centro para solucionarse sus problemas y debe haber un resultado siempre’
- Debe existir una gobernanza para que haya redes integrales e integradas. Pero los vacíos en conceptos, aún con leyes de por medio, hace que no se encuentre quien asuma responsabilidades. Se requiere por tal motivo, que se establezca claramente, quien va a quedar en las redes y quien no. Se recalca, que los usuarios necesitan resolver necesidades y expectativas en salud.

- Ahora bien, se debe rescatar la visión preventiva del sistema. No se deben esperar eventos en salud, sino que debe existir atención integral desde la prevención. Por ello, también es esencial, una clasificación de niveles de atención que se van a dar, pero más clara que la hoy existente.
- En la normatividad y lo establecido en el modelo de salud nacional, existe mucho lenguaje de complejidad y sería importante tener ese lenguaje sea estandarizado, para así ir avanzando en una mejor atención en salud. De esa forma, no se dejan vacíos, ni se recae en tecnicismos.
- Ante la necesidad de saber si puede ser una red integrada e integral para Cali, no se puede olvidar que lo más importante es el acceso al usuario, definiendo quienes son asistenciales y quienes son prestacionales.
- Es importante señalar que la experiencia del sistema de salud desde un enfoque familiar o social ha sido catastrófica en Colombia, siendo más orientada a un enfoque individual. En gran parte, porque las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), no son promotoras, como deberían. Esto implica, que se debe pensar en la economía de la salud y no ver al paciente como una "chequera": priorizar el derecho a la salud,
- Los miembros del equipo acudieron a la historia de Latinoamérica, en dónde se refirieron a que muchos modelos de salud se implementaban y ninguno daba resultados. Por ende, se creó en Colombia un estándar de atención según prioridades. En este, la habilitación dependía de entes territoriales. Sin embargo, ninguna red integral de las EPS en el Valle pasó este planteamiento, pero fueron a la Superintendencia de Salud y esta instancia si las habilitó.
- 'Importante tener en cuenta estos antecedentes, que surgieron ante ideas del Gobierno de tener aseguramientos y así acabar segmentación y fragmentación, lo cual se buscó a través de las redes integrales e integradas. Es de anotar, que en su momento Cali, fue la segunda ciudad latina después de Curitiba (Brasil) en modelos de atención primaria': señaló uno de los asistentes.
- Además, que existe una visión generalizada de que sería excelente que desaparecieran las EPS, siendo esto un logro del estado, quien debe ser responsable de la atención primaria en salud. La salud debe ser un negocio que presten públicos y privados, para favorecer al usuario, sin desbalancear procesos. Es esencial comprender, que nadie en Colombia sabe que son las EPS en realidad (se cita a German Vargas Lleras, que busca "defender algo que no existe").
- Se busca, que el Gobierno sea responsable de la atención pública y la salud primaria, recordando que el primer atributo analizado es la gobernabilidad y también la territorialidad. Pero pese a esto, aunque la salud es un derecho, ha sido transformado en un "negocio" por la forma en la cual se ha administrado. Esto principalmente, porque el Estado ha delegado la función a instituciones (EPS - IPS), las cuales se han desligado de planes de atención y prevención.
- Después de mucho debatir, concluyeron que, el enfoque de prevención nace porque el sistema de salud está afectado en lo económico. Por ello, vemos como a futuro la crisis va creciendo. Algo que se observa, es que, desde el sistema de salud público, se busca disminución de costos en población longeva.

- ‘En el caso de Cali, las entidades de salud del Estado (ESE), son las únicas que están trabajando en promoción y prevención’, las EPS asumen otros roles y aunque tienen programas, no son exitosos, esto porque incluyen en estos, solo a población vinculada, con un modelo erróneo, que compromete al que necesita atención. Aquí se recalca, que no existe una visión de aseguramiento social y familiar, sino individual.
- En casos como este, vemos que no hay coherencia en el modelo y el enfoque de territorialización estaría mal planteado. Sin embargo, en la capital del Valle se tiene capacidad de establecer el territorio y donde se debe centralizar el trabajo, para abordar la salud pública desde el territorio, con una dinámica de gestión. Ahora bien, el cambio a Distrito abre la necesidad de crear subregiones, surgiendo las localidades.
- Como problema para la cobertura del territorio, es la difícil apropiación de la salud a nivel rural. Desde la misma Secretaría de Salud, se debe entregar el análisis de la situación en salud en estas zonas, y los datos están para comunas y no para corregimientos, lo cual es una falencia identificada.
- En cuanto a las EPS, “ni siquiera saben dónde tiene su gente”. Algunas como Emssanar y Nueva EPS, trabajan desde un contexto individual.
- La Reforma de la salud sería alternativa para alcanzar metas, ya que hoy tenemos posibilidades que antes, como la misma tecnología. Sin embargo, en lo rural se requiere mejorar la capacidad de cobertura y conocimiento. Incluso en lo urbano, falta una globalización del sistema: vemos como varios integrantes de una familia que conviven en el mismo hogar, todos tienen aseguramientos distintos.
- Así las cosas, en cuanto a territorio como primer atributo, Cali marcha bien en lo urbano, pero mal en lo rural, necesitando mejoras. Esto en gran parte, como consecuencia de la legalización de sistemas y por ello, todo queda en el papel, sin ser efectivo en la praxis: “la Ley 100 se quedó en la cátedra”. Por ejemplo, en 1993 surgió el “trencito”, los CILOS, grupos intersectoriales, equipos de atención primaria y otras iniciativas en pro de la salud pública, pero todas quedaron estancadas, subrayó uno de los expertos en redes integrales de atención.
- Para que exista un enfoque familiar o social en la salud, esta debe estar en cabeza del estado y no de las EPS. Los recursos son vitales y su manejo debe estar claro, tanto económicos, como logísticos. Es así, como el Gobierno viene desde la gestión territorial, buscando ampliar los límites del territorio y no cerrarse a Cali, entendiendo toda la región como una red.
- Ahora bien, desde el punto de vista del usuario, el Estado genera desconfianza y el Gobierno no convence al pueblo. Personas del común, como pacientes cancerológicos, no confían en la gestión de los entes territoriales y en documentos del tema de la salud pública, no se aclaran roles.
- Los usuarios no tienen tranquilidad. Si el manejo es de Secretarías o Alcaldías, este debe ser impecable. Usuarios piensan “se van a robar la plata”, con una visión de corrupción. La ley 100 le quita protagonismo al Estado, porque ni el mismo, puede saber que hacen con los dineros al existir privatización del sector.

- Los recursos de la salud pública deberían ser públicos, aunque los manejen entidades privadas. Es difícil demandar un privado, porque si llegan a extremos, cambian razón social, para no responder como se debe. Por ende, no se debe "politizar la salud". Muchos piensan, que el Estado y sus gobiernos son corruptos", concepto que se ha interiorizado como una premisa real, aunque sea equívoca.
- El Estado no debe tener intereses particulares y defender intereses de la nación, es decir del pueblo. Por su parte, las EPS están paradas en un sistema capitalista y responde a intereses de unos pocos. Si se quiebra una EPS, queda debiendo a todos y nadie sale a responder, mientras que el Estado si debe responder frontalmente a los ciudadanos. Por ello, las responsabilidades son diferentes.
- Ningún gobierno de últimos 30, tras implementarse la ley 100, se ha preocupado por qué el servicio de salud se atienda como es y que se cumpla el proceso. Tomando como ejemplo, el modelo de pensiones existe un estándar; en este se trabaja sobre el concepto "como ustedes no saben manejar la plata, se la manejamos nosotros".
- En el marco de la experiencia, en Cali la salud se quebró años atrás y quedó debiendo plata. Así mismo, a nivel país Caprecom se quebró. Vemos como, el problema no es en todo del aseguramiento, sino de la falta de transparencia de muchos comprometidos; por ello, el país requiere herramientas para sus gobernantes y evitar las intervenciones, entendiendo que ha sido una experiencia equivocada la prestación del servicio por una parte y la salud pública por otra, sin generar una debida integración.
- No se puede montar una red sin entender el aseguramiento. Aquí se plantea un modelo universal, algo así como una bolsa donde todo el dinero va. En el modelo americano, por ejemplo, vemos un esquema: "yo te atiendo y después te facturo". El modelo de prevención por su parte busca evitar que no se enferme el paciente.
- La gestión territorial en Cali debe adquirir capacidades y asumir retos como conocer el territorio, levantando un inventario de capacidades para saber con qué se cuenta, institucional y socialmente. Observar dos vertientes: Prevención comunitaria y trabajo sobre determinantes sociales.
- Se ha satanizado el tema de integración vertical. En los mejores sistemas del mundo, como el canadiense o el inglés, lo que mejor funciona es esta integración, pero en Colombia se ha hecho mala práctica, abusiva y corrupta, creando una "economía circular". Se necesita un correcto modelo de integración vertical, que vincule la línea cliente - proveedor. De esa forma, manejar los pacientes resolviendo sus problemas de manera rápida y racional, buscando una pertinencia.
- Según afirmó un miembro de la mesa, según las experiencias pasadas en la región, se redujo una lista de espera de cirugías en 3 años, pasando a 3 meses, gracias a una integración vertical. El problema es que en el modelo mixto con privados en la red, el Estado debe tener integración con los demás. Si vemos estados como Canadá, su fortaleza está en el dominio de las empresas estatales, mientras que, en Colombia, predomina lo privado en la salud.
- Como referencia internacional, el sistema universal brasilero funciona muy bien, y se debe tomar como espejo, buscando explotar más lo público, para tener una mejor capacidad de respuesta.

- El sistema de salud es una función de Estado en la protección social. Pero por más de 3 décadas lo entregaron delegando esta función a aseguradoras y esto debe retomarse. Pero también se necesita una sociedad que maneje el estado con pulcritud, transparencia, toda vez que, como una población, a veces aceptamos corrupción de manera natural y la aceptamos. Ejemplo de ello, que ciudadanos demanden servicios que no necesitan, siendo también parte de la ilegalidad.

#### En conclusión:

- Para poder tener redes integrales e integradas de servicios de salud para el distrito Cali, se debe partir de un elemento conceptual claro, que permita conocer que son y comprender el rol de la gobernanza, desde una revisión a lo definido por la OPS.
- Se debe entender que la atención, va desde la prevención y por ello, la promoción es intersectorial, complemento de la participación social. Es una prioridad todo aspecto, tanto la atención primaria, como el cuidado paliativo.
- Es importante reconocer atributos planteados por la Ley 1438 de 2011, y la evolución de las redes que primero fueron integrales y después integradas, atendiendo todo aspecto, como el aseguramiento y gestión del riesgo. Se deben explorar los modelos universales, que vinculen al estado y mejorar el enfoque individual, pasando de lleno a un modelo familiar o comunitario.
- En cuanto a sectorización, se reconoce el territorio, ampliando sobre sus condiciones y conocer capacidades. Tengamos en cuenta que las redes integrales e integradas, están basadas en atención primaria y requiere puertas de entrada. Se debe dar paso a dispositivos sociales, comunitarios e institucionales.
- Por tal motivo, identificamos que Cali si tiene capacidades para dar paso a las redes expuestas, entendiendo que si existe una debilidad en la cobertura rural, pero una fortaleza en lo relativo al área urbana. Todo esto se puede fortalecer. Para ello, necesitamos recuperar niveles de atención. Pero en realidad, la capacidad resolutive de las redes, se deben potenciar, con más soluciones al usuario.
- Como factor a tener en cuenta, Cali no ha mostrado como se va a organizar como Distrito Especial y esto demanda que cada territorio tendrá capacidades diferentes y tendremos prestadores primarios de servicios, lo que cambia el panorama actual. Esto nos obliga a no esquematizarnos, ya que, de lo contrario, terminamos fragmentando el modelo de salud.
- Recordemos la necesidad de contar con mayores soportes, teniendo en cuenta que la ley 1438 no reglamentó las redes integrales e integradas; sin embargo, si se habló de atención primaria en salud, pero faltó ampliar el tema de gobernanza, para generar una mayor integración.
- En Cali, no deben prevalecer las necesidades particulares y se debe fortalecer la construcción de confianza, ante el panorama corruptor visibilizado en los últimos años con mayor fuerza.
- La salud pública debe producir prevención y contar con dispositivos vitales, para atender situaciones especiales, como la pandemia que afrontamos. Es de anotar, que ante capacidades mayores, se fortalecen las acciones, como la gestión, la administración y el liderazgo en salud.







## Tema 4: Sistemas de Información

La tecnología moderna permite disponer de sistemas de información al día, situación que aún no se ha superado en Cali (ni en Colombia). Sin embargo, se reconoce su innegable importancia y necesidad de actualizar. La reforma propone reforzar y actualizar el sistema de información buscando homogenizar y disponer de un sistema de información único integral en línea.

### Preguntas

1. ¿Cuál sería la hoja de ruta práctica y funcional para avanzar en este propósito, con o sin reforma, ante la necesidad evidente e innegable de un sistema de información unificado?
2. ¿Por qué razón es tan complejo avanzar en el cruce de fuentes, de base de datos, de análisis Big Data para salud, para el uso de la telemedicina etc. ¿Qué tan difícil es? ¿Tenemos la capacidad y/o, la arquitectura de las instituciones para ello?
3. ¿Que se requiere para que el Distrito Cali Salud pueda desarrollar un Sistema de Información robusto y sostenible en el corto y mediano plazo?

### Comentarios de apertura de la Dra. Teresa Cancelado, Directora DATIC, Alcaldía de Cali.

- Lo primero que debemos preguntar es si queremos un sistema de información, para qué, cómo lo voy a usar y qué infraestructura.
- El sistema de información es el medio por el cual va a permitir disponer de un conocimiento mayor no el fin, se debe usar el Big data, IA, entre otras. Se observa vacío frente a formación en estos temas.
- Tecnología permea procesos misionales. La tecnología nos debe permitir información actual oportuna. Para qué? Como se va a utilizar, en qué condiciones?
- La tecnología es un medio. Las hay emergentes. Hay ruptura en este sentido.
- Las bases de datos o laguna de datos o Big data, es lo que se requiere hoy en día.
- Transformación digital es lo que se propone. La analítica de datos es lo que se desarrolla hoy, , no se maneja como un sistema de información sino como un tema de transformación digital, esto va más allá de tener un sistema de información. Se debe tener una estructura tecnológica adecuada, uno de los elementos que hay que mirar son los niveles de competitividad, no hay cobertura completa de infraestructura de internet y digital, coberturas de Wi-Fi para que se utilicen las zonas para poder realizar telemedicina, ubicar datos y sensores para que lleguen a la laguna de datos.
- No solo sistema de información.

- Debe desarrollarse la infraestructura en todo Cali, para que lleguen todas las dependencias de la Alcaldía desde la telemedicina.
- En la reforma no hay sobre transformación digital.
- Seguridad y privacidad del paciente es necesario. Para ello se requiere saber USAR la información.
- Las competencias de las secretarías y sus funcionarios son claves.
- Implementar una estructura tecnológica, las zonas wifi para que lleguen los organismos de la Alcaldía.
- La gobernanza del dato debe compartirse para poder analizarlo, usarlo, modelos de datos para articular.
- Hagamos los sistemas de información integrados e interoperables.
- Gobiernos digitales son ciudades inteligentes,
- Uso de la tecnología debe prepararse, si no se sabe usar no lo podemos perder. Articularse con las 4 políticas de MINTIC, Gobierno digital, seguridad digital, IA y territorios inteligentes.
- 3 temas para la reforma: 1. La fuente de datos ser estricto, 2, calidad del dato, su validez, 3. Seguridad de la información.
- U modelo de datos es necesario para un sistema robusto y sostenible. Que haya un proceso articulado.
- ¿Cuál es la ruta? Las nuevas tecnologías están llevando a que los currículos integren estas temáticas de las nuevas tecnologías. Para realizar inteligencia de negocios, georreferenciación, entre otras. La ruta no es solo implementar un sistema de información sino una transformación digital.

## Pregunta 2

- Podemos tener sistemas de información muy bien estructurados, pero no se tienen datos completos. Qué hay en la Política de Ciencia Tecnología e Innovación que hay para salud.
- Fuentes de datos, estrictos
- Calidad de las fuentes de datos: Dato exacto, íntegro y coherente. Medir la validez del dato.
- Seguridad de la información: La tecnología es solo el medio, el activo primario, es desde donde se construye la información en el proceso que se lleva a cabo, armonizar la fuente, la calidad y la seguridad.
- Política de seguridad digital, Cali está en 80% y en sistemas de información a un 93%.

### Pregunta 3

- Modelo de datos, gobernanza de datos: hay una propuesta de modelo de datos desde la alcaldía.
- Articulación para desarrollar los SI, con interoperabilidad para intercambiar información desde Cali hacia Colombia y el mundo y viceversa.

### Aportes de la Mesa:

Participantes: Dra. Teresa Cancelado DATIC Alcaldía Distrital de Santiago de Cali, Dr. Carlos Fajardo Secretaría de Salud Distrital de Cali, Dr. Andrés Fandiño Universidad del Valle, Nelson Andrade, Germán Ávila Secretaría de Salud Distrital de Cali, Diana Ximena Martínez Institución Universitaria Escuela Nacional del Deporte, Dr. Carlos Alberto Reina Secretaría de Salud Distrital de Cali, Dr. Herney Castillo Universidad San Martín, Anthony Garcés Hurtado Secretaría de Salud Distrital de Cali, Dr. Daniel Cuartas Universidad Del Valle, Dr. Helmer Zapata Universidad Del Valle, Leonardo Ángel Secretaría de Salud Departamental, José Luis Aguirre Universidad Icesi - Fundación Valle del Lili.

**Coordinador: Dr. Andrés Fandiño.**

**Relator: Anthony Garcés**

¿Es necesario tener o no un sistema de información unificado?

- El foco es si Cali como Distrito tiene la capacidad para implementar el Sistema de Información de acuerdo con lo que plantea la Reforma a la Salud.
- Se aborda la pregunta, la historia clínica no debería estar relacionada con el sistema de información, por el tema delicado que eso implica por las salvaguardas de ley porque el ejercicio clínico tiene una particularidades y asuntos de confidencialidad del paciente que debe resguardarse
- La cuestión no es tener un sistema o no, sino tener una gran laguna de datos, donde los sistemas ingresan y consumen datos. Los sistemas pueden operar bajo la estructura de la laguna de datos, sobre la historia clínica, se puede dar permisos que se otorgan en término de qué datos se necesitan para ellos, que la estructura está conformada desde el nivel nacional, que escale desde ahí al resto de niveles y actores.
- Cuando se piensan los sistemas de información, que la información debe tener un gobierno de datos muy robusto y que tenga claro quiénes pueden hacer uso de eso, se debe tener una mentalidad por persona, su historia clínica. Esto debe ser nominal. Tenemos diferentes bases de datos, cuando se puede generar una sola fuente con toda la trazabilidad nacional. Debe tenerse bases de datos georreferenciado, sobre todo hacia lo rural, se debe tener un sistema de información georreferenciado.
- Tener en cuenta que hay privacidad de los datos, saber quién es el dueño del dato, el dueño del dato no es quien lo recolecta per se. Seguridad de información norma ISO 20000. Cómo se va a llevar esto a los actores, el tema de capacitación. Debe ser desde la nación.

- Los sistemas de información son útiles y que es ideal en lo referente a la HC, la falta de información lleva a muchos problemas, entre ellos la corrupción. La idea es tener un sistema de información único, para generar información para la toma de decisiones al nivel público y no solo individual. La pregunta a cómo debería ser ese sistema aterrizado en Cali, a partir de nuestra experiencia.
- Se debe revisar cómo estamos en cobertura tecnológica. Se debe ver el tema del recurso humano garantizando la calidad que se requiere, todas las instituciones deben garantizar esto. Se debe revisar la cobertura y recurso humano antes de llegar al sistema de información. Lo dice el representante de la FVL. No hay unificación, pero es más que necesario que haya esta unificación.
- Debe definirse de qué se va a alimentar el tema, quién es el gobierno del dato, el cómo y con qué permisos. Debe haber un contenido total de la información, así como el sistema financiero. Cuando se habla de sistema es un solo conjunto, la responsabilidad nuestra para plantear a la nación, es que toda la información incluyendo la parte clínica debe estar en un sistema, debe haber un sistema de confidencialidad. En Japón, donde si alguien tiene un problema de salud una cajera ingresa al sistema y puede saber qué debe consumir la persona. Entonces es un tema a de cultura y mitos sobre el tema de confidencialidad. El para qué lo usa cada uno, depende de su rol en el sistema. Se debe regular todo. Este es el eje fundamental de todas las problemáticas en salud porque no hay información, y debe estar más desarrollado este tema en la reforma.
- Se debe revisar de dónde venimos, a dónde vamos y qué tenemos. Esto viene hablándose desde mil novecientos setenta y cinco. Revisar dónde estamos y afinar, para qué necesitamos la información.
- El sistema apunta a tener una gran laguna de datos reuniendo diferentes fuentes o sistemas que han venido madurando. Se hace un recuento histórico de cómo se hizo el RUAF. Plantea el concepto de autopistas de información donde debe haber información que les sirva a todos. Debe haber políticas de estandarización de los datos, menciona que se debe articular con fuentes y sistemas de otros sectores como la registraduría. Todos los colombianos deben tener su cuenta y estar registrados en la seguridad social. Se debe tomar lo que existe y potenciar y poder integrar la información a través de cubos. No requerimos más sistemas de información sino potenciar la integralidad de las fuentes y sistemas, por ejemplo promover la cultura informática.
- En salud se debe tener una máquina robusta. Donde y como se da este avance tecnológico en los territorios e incluso dentro de las zonas urbanas. Esas diferencias a acceso a tecnología a su manejo generan barreras grandes, ahórras pensemos sobre la Colombia profunda.
- La información se concentra hacia Bogotá, pero no se devuelve, en Bogotá se tiene la información de todo el país, pero los territorios no, debe haber movilidad de esa información. Calidad en atención, auditoría y control como funciones de los sistemas de información.
- Cómo se va a entregar la información del sistema en términos de costo y la protección de la información es una pregunta aun sin respuesta.
- Un ingeniero podría ver la bodega de datos de su institución, saber qué información requiere para ingresar a la autopista de información nacional. Para que todas las normas tengan esos datos mínimos y que se mantengan dentro de los estándares.
- ¿Necesitamos un sistema único o no?, hay que definir porque con lo que hay existe duplicidad de datos. Todas las entidades públicas deben soportar información, pero se hace a destiempo y cada trimestre. La información que se reporta no es oportuna. Hay un problema y es que los datos no cuadran, la información del sistema de salud inicia en la historia clínica.
- Debe haber un identificador único para el sistema o sistemas de información.

## Conclusión

- La estrategia debe ir hacia cómo fortalecer e integrar los sistemas que actualmente hay y definir el tema de transformación digital, generación de infraestructura tecnológica apropiada. Recursos tecnológicos y humanos suficientes.

## Tema 5: Formación del talento humano en salud

### Mesa de trabajo 1

- Alberto Valencia, Universidad del Valle (Coordinador)
- Adriana Nuñez Cabrera, Secretaría de Salud Distrital (Relator)
- Manuel Llanos - Universidad Del Valle
- Diana Martínez - Universidad Libre
- Diego Chatre - Secretaría De Salud Distrital
- Diana Sierra - Secretaría De Salud Distrital
- Claudia Valencia - Universidad Del Valle
- Universidad Icesi
- Escuela Nacional Del Deporte
- Amparo Vesga- Universidad Libre

### Mesa de trabajo 2

- Paula Bermúdez – Universidad Javeriana (Coordinadora de la mesa)
- Constanza Díaz – Universidad del Valle
- Abelardo Jiménez – Fundación Universitaria San Martín
- Marcela Rengifo - Fundación Universitaria San Martín
- Herney Eduardo Castillo - Fundación Universitaria San Martín
- Magali Narváez - Fundación Universitaria San Martín
- Tatiana Cortavarria – Universidad ICESI
- Gustavo Girón - Fundación Universitaria San Martín
- Carolina Quiroz Arias – Universidad del Valle
- Jean Pierre Pineda Escandón (Relator)

### Preguntas

- ¿Conoce algún estudio que evalúe la calidad y desempeño de los profesionales de la salud de tal manera que se garantice una aplicación correcta (no decimos ausente de errores involuntarios, todos los podemos cometer), de los conocimientos que deben haber adquirido en la vida académica? Si es así, favor mencionar sus conclusiones. De lo contrario su opinión sobre esta percepción es necesaria para buscar soluciones.
- ¿Como analiza usted la propuesta, aun no plenamente desarrollada, de disponer cada 4 años de la "política de formación y educación superior en ciencias de la salud"?
- ¿Cuál debería ser el rol de las secretarías de salud, de las ISE, IPS y demás prestadores de servicios de salud en esa revisión cada 4 años de la "política de formación...?"
- Lo de los hospitales itinerantes requiere más claridad, suena atractiva, pero ¿hay recurso humano para ello? ¿Es una propuesta de aplicación por etapas?

## Introducción

### Ponente:

- La región ha avanzado en la calidad de la formación, evidente en los resultados en indicadores de salud específicos. Sin embargo, estos logros en calidad de la formación se manifiestan de manera inequitativa en la región. Nuevamente, debido a la concentración de ciertos profesionales, perfiles y egresados con diferencias entre universidades, y en los territorios. Son evidentes las diferencias en la periferia y municipios periféricos si hablamos del Valle.
- Las IPS tienen procesos de fortalecimiento del personal en salud, pero no articulados con las instituciones académicas. No hay seguimiento de egresados, evaluando competencias y habilidades en el tiempo. No se validan procesos de recertificación de profesionales.
- Ante los modelos de contratación, se da una dinámica contradictoria entre procesos de actualización y alta rotación de personal: trabajadores con menos salario y cursos de actualización (que exigen) son cada vez más costosos.
- Es importante que se vele por el cumplimiento de la ley de talento humano que indica formación continua.
- Reflexiones:
  - *Autonomía de la academia y universidad:* las universidades son polos de referencia, escuelas de pensamiento, esto es no negociable. Se está viendo que se presiona a las instituciones universitarias a responder a tendencias y expectativas que se salen del rol de la universidad.
  - *Acuerdos instituciones educativas:* contribuir en reducir inequidades en salud. Las instituciones son referentes y su presencia en las regiones debe garantizar la coordinación de esfuerzos compartidos.
- ***Rol del docente en formación de profesionales de la salud:*** abunda el docente hora cátedra en las universidades. Este con formación en maestría y/o doctorado debe trabajar en más de dos instituciones para garantizar salario digno. Esto vulnera la calidad de la formación.
- ***Coherencia de la formación con las expectativas generacionales:*** Hay una brecha generacional a considerar, entre los que diseñan las mallas curriculares, la visión de la universidad y el mercado, con las expectativas profesionales y laborales de los estudiantes y futuros profesionales. La satisfacción profesional y laboral pasa por otros criterios a los que social y tradicionalmente se observaba en el sector salud.
- ***La formación y las necesidades territoriales:*** las universidades no están formando para las realidades territoriales. No tienen presente las demandas del territorio ni del sistema. Se gradúan profesionales sin contexto normativo y político del sector. La ruralidad descuidada, dejando por fuera prácticas en salud mental por ejemplo en el área rural. Vacíos en formación en atención con enfoque diferencial e intercultural.
- Se está buscando con los procesos de reforma curricular que los programas tengan una lógica en la formación del futuro profesional articulando las básicas, práctica asistencial y salud pública. Las universidades se encuentran en planes de transformación ambiciosa en las facultades de Medicina para lograr una sinergia integral, no sólo de transmisión de conocimiento básico.
- Preocupa que los currículos están diseñados sin enfoque humanístico, poniendo en riesgo la salud mental de los mismos estudiantes que deben cumplir con una alta carga de créditos. Se les está formando en cuidado olvidando el autocuidado. No hay un plan de acción de las universidades para abordar esta problemática en salud mental de sus estudiantes.
- Los nuevos formadores del talento humano en Colombia puede que estén técnicamente muy bien estructurados, pero no cuentan con el componente pedagógico que asegure que lo transmitido tenga la

adherencia en los estudiantes, situación que afecta la calidad del talento humano que está llegando a las entidades prestadoras de servicio y que también se refleja en las pruebas de conocimiento nacionales.

- El sector privado actualmente no le ve el interés a trabajar en la salud pública, toda vez que este componente no es atractivo financieramente. Es posible que, con la entrada de la reforma, le den el interés que se requiere para la prevención de la enfermedad en la población.
- La política de talento humano no debe replantearse cada 4 años, esto puede someterse a planes de desarrollo u orientación de los políticos de turno y no a una política pública real.
- La parte de itinerancia es costosa para las instituciones prestadoras de salud, otro de los limitantes que se cuenta es que hay zonas de orden público complicado. Otro cuestionamiento que se genera es si los profesionales que están saliendo de las instituciones educativas, cuentan con la disponibilidad o la disposición de ir a territorios lejanos y con problemas de acceso, conflicto armado, etc.
- Se plantea fortalecer estrategias de atención como la telemedicina, que se le puede agregar todo el tema de telesalud y el fortalecimiento de las redes comunitarias. El obstáculo de estas alternativas es que las comunidades no cuentan con buena red de comunicación o de conectividad.

## Conclusión

- El sector público está incumpliendo el acuerdo tácito de responsabilidad social en la formación. La academia está formando con todas las consideraciones pedagógicas y conceptuales, pero cuando llegan a realizar sus prácticas en las instituciones estatales, estas prácticas se tergiversan hacia necesidades de la institución y funciones que no corresponden a la disciplina, perfil o proceso de formación.
- Se observa inequidad en los sitios de prácticas. Algunos claramente son mejores que otros, para terminar de fortalecer las habilidades de los estudiantes futuros profesionales. De igual manera, es en el sector público donde se está permitiendo perfiles técnicos en actividades profesionales, sin una evaluación de competencias y habilidades. Hay que reconocer esto para que tanto el actor educativo como el asistencial tiendan puentes para ser más coherentes en el proceso de formación.
- No hay un sistema de retroalimentación rigurosa sobre el desempeño de los egresados. Es necesario saber qué pasa con los egresados, qué dicen los empleadores.
- El rol de las asociaciones y agremiaciones de todas las profesiones debe ser más proactivo en este sentido, mejorar la comunicación. Se requiere hacer una valoración de competencias.
- La salud pública debe ser un asunto transversal a la formación de pregrado, sin embargo, se les da prioridad a asignaturas de ciencias básicas. Como resultado se tiene una imagen desvirtuada del profesional de salud que solo se concibe en un consultorio, quirófano, etc.
- Se necesita fortalecer y mejorar la formación en salud pública, contar con un equilibrio mayor, un equilibrio en los créditos de salud pública versus en los créditos básicos disciplinares. Se requiere un proceso de transformación desde los profesores que no profesan la salud pública y los estudiantes a los que se les es transmitido esa sensación.
- Mejorar los currículos académicos de las universidades con el fin de generar un equilibrio entre las materias asistenciales o disciplinarias y la salud pública, toda vez que actualmente hay desbalances perjudicando la importancia en la formación de estudiantes en salud pública. Este es el reto de las universidades una vez salga la reforma.
- Las pruebas saber PRO, están fuera de contexto de lo que se hace. No evalúan realmente. No evalúan competencias de salud pública.
- No se encuentran estudios en Colombia sobre los resultados del aprendizaje.
- Hay un divorcio entre la investigación, las necesidades de la región y las políticas públicas
- En el marco del modelo de APS, es necesario fortalecer la formación en esta orientación para contar con equipos extramurales aptos.



- El Ministerio de salud ha pedido concentración de la oferta de las diferentes disciplinas y especialidades en números que no se corresponden con la realidad de un lado, y que no pueden proponerse sin consideración al perfil epidemiológico y necesidades reales de los territorios de otro lado. Es necesario repensar este tipo de propuestas y cálculos.
- Las operaciones logísticas que requieren estos hospitales itinerantes son bastantes complejos y conllevan tener un despliegue de personal y de transporte bastante grande el cual no es claro en la reforma de quién es la responsabilidad de todas estas acciones para llegar a los territorios de manera ágil.

## Tema 6: Necesidad de especialistas y especialidades

### Preguntas

- ¿Qué opinan del déficit de especialistas en el país y en Cali?
- ¿De pronto si se tuviera la oportunidad de decidir de todos los corregimientos que tiene el área rural, cuál sería la mejor forma y cuáles priorizarían ustedes para poder meter especialistas? Si se tiene en cuenta que la gran mayoría del área rural está en manos de la ESE ladera, sólo hay un corregimiento que está en la ESE oriente, ¿cuál sería la mejor forma desde las universidades para ingresar al área rural las especialidades médicas? ¿Ustedes creerían que hay que poner en todos los 14 corregimientos o que priorizaría unos? ¿Cómo sería la organización?
- En cuanto a la justificación anterior, la necesidad frente a la falta de profesionales especialistas no solo en Cali, sino en todo el país, esto influye mucho en el componente de la academia y desde ese mapeo también nos alimenta para poder determinar a futuro ¿cuáles son las profesiones que se deben empezar a construir para poder determinar cuáles son las profesiones que va a generar un impacto en cuanto a este nuevo modelo de salud?
- ¿Qué opinan de la calidad de nuestros médicos y especialistas que están saliendo ahora? ¿Creen que la calidad de ahora es mejor, igual o peor? ¿Se puede mejorar? ¿En qué aspectos podría ser? Ya que es una pregunta que se hace en todas las ocasiones.
- Una vez realizado el mapeo de dichos municipios que están retirados de la ciudad y no pueden ir todos los especialistas, se pregunta ¿Cómo se pueden capacitar a talento humano para la implementación de plataformas digitales? ¿Cómo hacer que las personas que no tienen el acceso a una red wifi o una plataforma digital? ¿Qué posibilidades tendría el estado de que un médico que se encuentre en una ciudad o municipio retirado, puedan brindarle una especialización con ciertas condiciones?
- Desde el punto de vista de justicia social ¿Ustedes creen que uno de los puntos que toca la Reforma, es la existencia de un manual tarifario único ya que hay profesionales que se encuentran ganando un salario muy alto y otros poco como las áreas de rehabilitación, que son áreas que han sido muy perjudicadas significativamente, y cuentan con salarios tan injustos?

### Introducción

#### Ponente:

- Distribución de especialistas es inequitativa en Colombia, Cali no es excepción. Hay concentración en grandes ciudades debido al desarrollo industrial y económico.

- En Colombia no hay modelo de atención definido, por lo tanto, es a criterio propio de cada EAPB, IPS, ARL o Medicina Prepagada la contratación y el modelo de atención.
- La demanda de especialistas es alta por la poca definición y resolutivez que hay desde el nivel general de atención. Aparente déficit de especialistas refleja déficit de médicos generales con capacidad diagnóstica y resolutivez.
- Número especialidades médicas Colombia: 199 vs. Número especialidades EUR – USA 50/45
- Especialidades médico-quirúrgicas en Colombia son costosas, la inversión es alta y no hay salario durante esta etapa formativa (3-5 años).
- Proponen que existan cláusulas desde las universidades para que los residentes roten en ciudades intermedias o zonas rurales dispersas, igualmente un Servicio social obligatorio de especialistas. Igualmente, que existan incentivos económicos para que una vez graduados como especialistas se queden en estas zonas y ejerzan su profesión dignamente.
- Sugieren política de reconocimiento salarial para médicos radicados en zonas apartadas.
- Preocupa poder asegurar las plazas necesarias de especialistas (2das especialidades: Cx tórax, reumatología, endocrinología, Cx Endovascular) para dar cobertura en la región.
- Realizar reforma a Ley 909 2004: regulación empleo público, carrera administrativa
- En cada CAPIR habría necesidades específicas: fortalecer 4-5 especialidades médicas básicas (medicina interna, pediatría, cirugía general, ortopedia, ginecología).
- Previo a la introducción de la reforma debe haber caracterización de la población – mapeo de especialidades para conocer las necesidades de la ciudad, así como distribución por niveles de complejidad. Así se podría estimar costos y necesidad de recurso humano para enfrentar esta transición.
- Hay mejoras en formación técnica pero descuidado el componente de humanización.
- Fortalecimiento de Telemedicina: debe existir un centro de referencia que asegure calidad en atención y rigor científico.
- Identificar necesidad de especialistas de acuerdo con la caracterización poblacional.
- Precarización laboral de otras especialidades en salud diferentes a medicina: salario por hora bajo, contratación por prestación de servicios sin incluir auxilio de transporte, sobrecarga de pacientes.

## Conclusiones

- Entes territoriales deberían identificar áreas de déficit de especialistas para concertar con universidades de la región que den respuesta a esa necesidad en el territorio, para generar igualdad de condiciones de atención en salud a la comunidad.
- Importante modificar o ajustar el SOGC: ajustar normas vigentes de habilitación y acreditación para que sea coherente con el actual sistema.
- La reforma no plantea forma de vinculación de especialistas ni modalidad de contratación.
- Sería más coherente fortalecer APS y el proceso de referencia – contrarreferencia.
- Problemática en la academia, no hay un direccionamiento de los estudiantes hacia evaluar esta problemática en salud.
- Incentivar formación en Medicina Familiar: será clave para fortalecer esa ruta de atención.
- Fortalecer formación de profesionales resolutivos para poder ejercer en zonas apartadas y con poco acceso a tecnologías en salud.
- Dividir tarifario: baja – mediana – alta complejidad

## Tema 7: Competitividad de las ESE/ISE en las redes

Coordinador Mesa: César Guevara, Médico Familiar, director Facultad de Medicina Universidad Icesi

### Preguntas

- ¿Están preparadas, o preparándose, las ESE para convertirse en ISE, ¿y adecuarse a nuevas competencias que se vislumbran deben asumir? ¿Cómo lo hacen o lo planifican hacer?
- ¿Qué demandarían las ISE para que su nivel de competencia sea el adecuado y modernizado?
- ¿Tienen la capacidad para trabajar en coordinación y armonía con los niveles de mediana o alta complejidad? ¿Si no, que consideran les hace falta?
- La competitividad exige estándares de calidad, ¿Cuáles serían sus exigencias para que esa competitividad sea razonable y se pueda cumplir?
- ¿Las ESE hoy en Cali, cuentan con el personal de la salud con las habilidades y competencias para implementar el modelo a cabalidad con o sin reforma (¿APS renovada, en todos los niveles, y estadios tal como se discutió en el conversatorio anterior?)

### Introducción

#### Ponente:

- En la reforma actual no hay claridad frente al concepto y alcance de lo que son las Instituciones de Salud del Estado – ISE, frente al concepto de calidad y en términos generales la definición de funciones y su alcance.
- No se debería desconocer que como Distrito y como Sistema de Salud que se ha construido, la gestión de conocimiento y aprendizaje o partir de cero, sino por el contrario fortalecer lo que actualmente funciona
- Hay que considerar que las ESE tienen la presencia en las zonas rurales, aunque no con una cobertura del 100%, lo cual sería a analizar frente a la mejora de las estrategias para lograrlo. Así mismo, frente a la preparación y en términos de calidad con enfoque de acreditación se ha convertido en un proceso de exigencia obligatoria, sin embargo, en las IPS privadas es proceso es voluntario, por tanto, esto representa una ventaja competitiva en la implementación de las ISE.
- Se quiere fortalecer la atención en salud en zonas rurales, por lo que geográficamente es indispensable contar con mayor número de hospitales.
- En el territorio con la estructura actual de las ESE se hacen acciones de APS enfocado al grupo familiar y comunitaria con los equipos RBC por ejemplo, y de actividades como esta se cuenta con información de caracterización importante frente a la experiencia.
- Las ESE actualmente tienen autonomía administrativa y financiera, sin embargo, también dependen de la alcaldía.
- Definir niveles de atención y competencias acordes con el territorio y la caracterización poblacional.
- Habilitar especialidades indispensables que no están incluidas dentro de las mencionadas, tales como psiquiatría y lo relacionado con salud mental, nutrición, rehabilitación.
- Si existe capacidad, se debe dar claridad en contratación.
- Fortalecer o generar políticas de recurso humano y demás para solucionar barreras frente a la contratación de las EAPB con los 2do y 3er nivel ya que actualmente no hay resolutivez porque no hay agenda disponible (afecta oportunidad en atención)

- No concentrar todo dentro del SOGC, no es viable
- Diferenciación entre la población atendida, el enfoque del sector público y sector privado
- El tarifario según oferta y demanda, los mecanismos de pago deben reconocer la calidad
- Existe la percepción que las ESE se convierten en las capacitadoras del talento humano que se va al sector privado.

## Conclusión

- Al no estar claras las nuevas competencias es difícil establecer un plan para asumirlas y aumentar la capacidad de respuesta frente a ampliar, sin embargo, si se puede decir que las ESE están organizadas y cuentan con una estructura organizacional.
- Las ISE deberán contar con recursos para modernización en infraestructura y tecnología alineado con el cumplimiento de estándares de calidad y requerimientos normativos.
- Contar con recursos económicos para la formalización del Talento humano
- Se deben definir e implementar mejoras frente al sistema de referencia y contra referencia y esta última no funciona especialmente por condiciones actuales de contratación.
- Hay falencias de las competencias de los profesionales de la salud especialmente en habilidades sociales y emocionales.
- Se detecta una desarticulación entre las necesidades del territorio (determinantes sociales), el diseño de políticas públicas y los pensum académicos de los diferentes programas de salud.

## Tema 8: Contratación talento humano en salud

### Mesa de trabajo

- Eli Ciprian Castro Álzate, coordinador del doctorado en salud de Universidad del Valle
- Sandra Patricia Pérez Rendón, profesional facturación y cartera de la red de salud del oriente
- Ricardo López, asesor de Oficina de Planeación de la Secretaría de Salud del departamento.
- Lucely Gutiérrez, Red de Salud del Oriente, área de facturación y cartera, profesional en auditoría.
- María Fernanda Tovar Blandón, profesora investigadora Univalle, líder Unidad de Investigación en cáncer.
- Luz Regina Jiménez, Universidad Libre
- Liliana Alarcón, Coordinadora PAI

### Preguntas:

- ¿Considera usted procedente el mecanismo propuesto para unificar el régimen de contratación a los TS de la Salud?
- ¿Qué ventajas y riesgos le observa?
- ¿Debe mantenerse la diferencia entre empleados públicos, trabajadores estatales y contratistas?
- ¿Habría otras opciones de contratación laboral?

### Introducción

### Ponente:

- Las condiciones laborales en el sector de la salud son muy precarias, han empeorado durante el proceso de reforma del sistema de salud. La falta de un vínculo laboral adecuado con el estado impide que se ejerza la función política y productiva en el sector de la salud.
- Hay una precarización de las condiciones laborales del talento humano en salud: primero por la relación contractual y segundo por el salario. Sobre este recae el riesgo financiero, sin salarios justos y sin prestaciones, sin seguridad social compartida (tripartita – estado, empleador, empleado). Igualmente, se le dificulta crecer profesionalmente debido a sus condiciones laborales precarias.
- El abandono del estado frente a las condiciones laborales de los trabajadores es más evidente en el sector de la salud. Este debería tener un régimen especial de contratación similar a los maestros, para garantizar condiciones laborales justas.
- Inicialmente debe resolverse el déficit de profesionales asistenciales disponibles en el momento para responder a los retos actuales planteados dentro de la reforma que indica organizar un equipo de profesionales con preparación idónea por cada 25 mil habitantes. Se podría pensar que hay con qué responder a esta demanda si el personal convocado tiene buenas condiciones laborales y de contratación.
- Resolviendo el déficit de personal, se debe hacer un enfoque hacia el aspecto financiero, porque debe garantizarse el pago oportuno de los salarios y prestaciones a los trabajadores. Por lo tanto, debe garantizarse el flujo de fondos desde el estado hacia las IPS.
- Se hace visible la inequidad en asignación de honorarios, se habla solo desde el aspecto médico (general, especialista y subespecialista), dejando por fuera el resto de los profesionales de la salud (tecnólogos, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, enfermeros, bacteriólogos, etc.)
- El problema radica en que el personal vinculado no responde a las necesidades de la empresa. Surge la pregunta: ¿Cómo se está formando ese personal de salud en atención integral? Para dar cumplimiento a una atención que incluya APS, promoción, prevención en 20 minutos. Es claro que el sistema pone muchas obligaciones y exigencias para garantizar una atención en salud adecuada.
- Colombia es el país de Latinoamérica que peor paga al personal de salud. Si el modelo cambia, esto debe impactar la forma en que el personal de salud está vinculado al sistema.
- Los recursos manejados dentro del sistema de salud no son viables para el pago de salarios justos y dignos de los profesionales de la salud. No son proporcionados para el modelo actual. La ley está concebida para que los privados administren recursos públicos.
- No se ha podido implementar la política de talento humano en salud. La idea es innovar el modelo, enfocar la vinculación bajo un modelo salarial en donde el incentivo sea dependiendo del lugar de trabajo y labor realizada. Se debe crear una propuesta que realmente se ajuste a lo que es la vinculación del personal asistencial, el personal administrativo en la función que hoy en día realiza no va a ser igual, puesto que es una carga muy alta.
- La norma propone entonces que todos los que se encuentren contratados a través de agremiaciones deben pasar a contrato indefinido, término fijo o por obra y labora para acabar con la mafia de la contratación. Se crearía un trabajador "híbrido": no se nombra, pero se contrata con prestaciones. Hoy en día no hay régimen de contratación, los términos de hoy son ilegales porque todos están sujetos a subordinación laboral.
- Proponen crear un "trabajador estatal", esto sería un beneficio, el estado financiaría prestación de servicios de salud, el problema radica en si se alcanza a financiar o no. ¿Qué pasaría con instituciones de salud en regiones apartadas con difícil sostenibilidad financiera?, no es viable esta propuesta.
- Se vuelve al modelo centralizado. Cuando el modelo habla de contratar, la operación de salud exige que haya una función de compra. Esta la ejerce el estado, con base en claridad de la población territorializada.
- En Colombia el Ministerio de Trabajo no ha hecho labor de vigilancia y control como es, por la relación entre contratante de EPS e IPS que no garantiza estabilidad. Nadie debe ganar menos en esta nueva modalidad y el Estado debe garantizar los pagos con prestaciones sociales. Nadie pacta prestaciones extralegales, por su inconstitucionalidad; no deben existir pagos injustos.

## Conclusión

- Ostensible precariedad en las relaciones laborales del personal de la salud. Todos en la mesa estuvieron de acuerdo que hay precariedades en el sistema de salud y sus trabajadores.
- Las IPS, dependiendo de las EPS y de su nivel de contratación con estas, así contratan el personal y así pagan sus honorarios.
- Existe la necesidad de una reforma muy importante, teniendo en cuenta las falencias en la actual vinculación de trabajadores de la salud.
- No es claro los puntos que debe contener la ley; no da margen para establecer si el nuevo tipo de trabajador "estatal" de la salud es la solución de la problemática.
- Los trabajadores esperan estabilidad en su empleo, honorarios dignos y justos, ante lo cual se debe crear una nueva modalidad. El contrato estatal de la salud como está planteado en la ley no es suficiente.
- Se analizo la capacidad de las ESE, analizando datos de la experiencia del departamento. Se debe establecer cómo se va a financiar, sabiendo de donde saldrá el dinero. Este está mal distribuido, bajo un imperio de regulación, por medio de las IPS, que tiene capacidad de hacer gestión nominal.
- Crear una nueva categoría de contratación estatal, para una cantidad mínima, como son los empleados de las ESE, no es justificable constitucionalmente. Se puede establecer un régimen de salarios dignos y hacer vigilancia y control, por parte del Ministerio de Trabajo.

## Conversatorio:

# Reforma a la salud desde la perspectiva de la salud pública en Cali



ALCALDÍA DE  
SANTIAGO DE CALI  
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

