



Bogotá D.C., 25 de julio de 2022

PL No 43/22.

Doctor


Gregorio Eljach Pacheco
Secretario General
Senado de la República
Capitolio Nacional
Ciudad


Asunto: Radicación Proyecto de Ley “Por medio del cual se brindan garantías para acceso a salud para la población rural, y se crea el Plan Nacional de Salud rural”

Respetado Secretario General,

En nuestra calidad de congresistas y en uso de las atribuciones que nos fueron conferidas constitucional y legalmente, nos permitimos respetuosamente radicar el proyecto de ley de la referencia y, en consecuencia, le solicitamos se sirva dar inicio al trámite legislativo respectivo.

Por los Honorables Congresistas,


OMAR DE JESÚS RESTREPO
Senador de la República
Partido Comunes

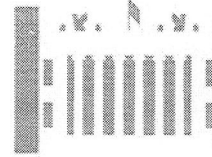

GERMÁN GÓMEZ
Representante a la Cámara
Partido Comunes


CARLOS CARREÑO MARÍN
Representante a la Cámara
Partido Comunes


SANDRA RAMIREZ LOBO S
Senadora de la República
Partido Comunes


JAIRO REINALDO CALA SUÁREZ
Representante a la Cámara
Partido Comunes


JULIÁN GALLO CUBILLOS
Senador de la República
Partido Comunes



Luis Alberto Albán Urbano

LUIS ALBERTO ALBÁN URBANO
Representante a la Cámara
Partido Comunes

Pablo Catatumbo Torres V.

PABLO CATATUMBO TORRES V.
Senador de la República
Partido Comunes

Imelda Daza

IMELDA DAZA
Senadora de la República
Partido Comunes

Pedro Baracutao García

PEDRO BARACUTAO GARCÍA
Representante a la Cámara
Partido Comunes

Juan Pablo Salazar
Juan Pablo Salazar R.
Representante a la Cámara
CITREP 1





PROYECTO DE LEY NO.

“Por medio del cual se brindan garantías para acceso a salud para la población rural, y se crea el Plan Nacional de Salud rural”

CAPÍTULO I

CONSIDERACIONES GENERALES

Artículo 1. Objeto. El presente proyecto de ley tiene como objeto generar las bases para el desarrollo de planes, programas, y proyectos de atención e intervención en salud para las poblaciones rurales, rurales dispersas y zonas urbano-rurales.

Artículo 2. Alcance y beneficiarios. La presente Ley estará dirigida a todas las personas del territorio nacional que habitan la ruralidad, ruralidad dispersa y las zonas urbano-rurales de las ciudades y cabeceras municipales, a través de un modelo de atención territorializado, descentralizado, estatal, público, participativo y universal para la garantía del goce efectivo del derecho a la salud y la superación de la brecha de inequidad urbano-rural. Dichas bases harán parte integral del Sistema de Salud que se encuentre vigente.

Artículo 3. Definiciones. Para efectos de la presente Ley acójase las siguientes definiciones:

- A. **Ruralidad:** Es el ámbito social, económico, cultural, histórico y de lucha política por la disputa de territorios, caracterizados por la producción de alimentos, ganadería y silvicultura a través de pequeñas o medianas explotaciones, donde existen una serie de representaciones sociales propias del campesinado y los pueblos étnicos. La ruralidad en Colombia se caracteriza por la ausencia del Estado, la presencia del conflicto armado como consecuencia de un abandono histórico de estos territorios y la materialización de amplias brechas de inequidad y pobreza.
- B. **Ruralidad Dispersa:** Se refiere a aquellos territorios que tienen cabeceras municipales pequeñas y densidad poblacional baja, y que comparten características económicas, ambientales, sociales y culturales.

- C. **Urbano-rural:** Es aquella relación que se produce en la frontera difusa entre lo rural y lo urbano, donde sus habitantes conservan características de ambos ámbitos. Sus problemáticas encuentran relación con habitar ambos escenarios simultáneamente, y por esta razón, aquellas se expresan de un modo particular en contextos específicos.
- D. **Agente comunitario en salud:** Es una persona reconocida por su comunidad gracias al liderazgo que promueve la participación y la movilización en defensa del derecho a la salud; reconoce la afección de los determinantes sociales, económicos, políticos y culturales sobre la salud y activa los primeros mecanismos de la estrategia de Atención Primaria Integral en Salud para la Ruralidad. Contará con los conocimientos y capacidades para la resolutivez de las necesidades más inmediatas en salud acogiendo tanto a saberes propios de las comunidades como a la medicina occidental.
- E. **Afiliación:** Es el mecanismo de vinculación al sistema de salud.
- F. **Aseguramiento:** Es el acceso irrestricto y sin barreras, de carácter universal a todo el sistema de salud que debe ser garantizado con calidad, oportunidad a todos y todas las ciudadanas por parte de quien afilia y asegura.
- G. **Territorio:** Es el escenario de vida común de pueblos, comunidades y sociedades en relación con la naturaleza, que comprende el espacio físico, cultural, social, económico y político, diverso y compartido, construido y apropiado por todos sus habitantes. Hacen parte de la construcción y defensa del territorio, el reconocimiento de las identidades que sustentan el arraigo, la participación y la configuración de unas condiciones de vida particulares.
- H. **Territorialidad:** Se refiere a las diversas maneras en que se habita un territorio. Esto es, maneras particulares de identidad territorial y de representar, vivir, usar, apropiarse, producir y reproducir el territorio. Esto implica diversidad de territorialidades en un mismo territorio.
- I. **Territorio de salud rural:** Es aquella forma de organización territorial que responde de mejor manera a las características comunes y necesidades en salud individuales y colectivas tanto de las comunidades como del ambiente en el que habitan. Comprende una red intersectorial integral de atención en salud y buen vivir.

- J. **Interdisciplinariedad:** Se refiere a las acciones de intervención que involucran la combinación de enfoques de distintas ciencias y/o disciplinas, las cuales se vinculan entre sí, partiendo de conocimientos y métodos propios conservando su lógica científica, y aportando a la resolución de problemas que involucran uno o más aspectos que superen los concernientes a una rama del saber determinada.
- K. **Salud pública:** Es el campo de conocimiento y acción que se expresa en políticas públicas cuyo fin es procurar el bienestar integral y la salud de una población afectando los determinantes sociales que producen la enfermedad.
- L. **Centros de Atención Primaria en Salud y Participación Rural:** Los Centros de Atención Primaria en Salud y Participación Rural son centros ampliados de salud, dependientes de la red de hospitales públicos, los cuales estarán ubicados en los territorios de salud, veredas y municipios.

Artículo 4. Principios. Son principios generales del Plan Nacional de Salud Rural los siguientes:

- A. **Salud:** Entiéndase por salud el estado integral de bienestar y calidad de vida individual y colectivo, que implica procesos económicos, sociales, políticos, culturales, diferenciales, étnicos, ambientales y alimentarios, los cuales repercuten en la salud de los territorios, individuos y las comunidades para el buen vivir.
- B. **Derecho a la salud:** El Estado colombiano está obligado a garantizar el pleno goce efectivo de todos y todas las ciudadanas a la salud. Para ello debe a su vez garantizar: el aseguramiento, la prestación de todos los servicios necesarios que se requieran, así como la total cobertura en el territorio con infraestructura, dotación, recurso humano, transporte, tecnología, tratamientos y medicamentos, planes y programas necesarios para el bienestar y buen vivir.
- C. **Igualdad:** Reconózcase que todas las personas son sujetas a un trato digno, justicia, acceso a oportunidades, y acceso igual a los derechos fundamentales, sociales, culturales y económicos, sin discriminación a causa de su género o identidades sexuales y capacidades diversas, condición social, edad, etnia, creencias, origen, entre otras. De igual

forma, se reconocerán las condiciones históricas por las cuales las mujeres rurales y las personas con identidades diversas han sido discriminadas, vulneradas y les ha sido negado su derecho a la salud, lo que requiere la implementación de acciones afirmativas específicas.

- D. **Enfoque de género:** Reconózcase a las mujeres rurales y a las identidades diversas como ciudadanos y ciudadanas autónomas y sujetas de derechos para el pleno acceso a la salud en condiciones de igualdad, con el fin de atender los procesos institucionales que han obstaculizado el acceso de las mujeres y las personas de identidades diversas al pleno bienestar y calidad de vida.
- E. **Interculturalidad:** El Estado colombiano está en la obligación de reconocer que Colombia es una nación multicultural tal como lo ordena la Constitución Política de 1991. Por tanto, en el ámbito de la salud, el Estado colombiano se encuentra en la obligación de reconocer los saberes ancestrales y los sistemas de salud propios de los pueblos étnicos que habitan en los diversos territorios, así como garantizar los mismos derechos de acceso a la salud de los que deben gozar todas y todos los colombianos.
- F. **Equidad:** El Estado hará el agenciamiento público para garantizar la nivelación de las cargas y la oportunidad igualitaria en el acceso al derecho a la salud.
- G. **Universalidad:** El Estado garantizará que todas y todos los habitantes del territorio nacional puedan acceder plenamente a la salud en todas las etapas de la vida, sin barreras de acceso de ningún tipo, sean estas económicas, administrativas, geográficas, sociales y/o culturales.
- H. **Territorialización.** El Sistema de Salud colombiano deberá corresponder a las particularidades de los diversos territorios que componen la nación y así mismo, a las diferentes territorialidades que componen el territorio. Esto significa que deberá garantizar la participación de las comunidades que habitan el territorio, la autonomía y la descentralización territorial.
- I. **Intersectorialidad:** El Plan Nacional de Salud Rural será el ámbito para concertar y articular a las distintas instituciones del Estado que estén involucradas en su propósito, así como en las acciones que se deriven de su implementación.

- J. **Descentralización:** El Estado garantizará la construcción de autonomía administrativa, política y de manejo de recursos de los territorios que les permita garantizar los derechos y la calidad de vida de sus habitantes.
- K. **Participación:** En el marco del Plan Nacional de Salud Rural se garantizará el ejercicio de poder y deliberación realizado por las y los ciudadanos, el cual es vinculante en la determinación de las políticas y acciones que sean pertinentes a las necesidades propias de sus territorios y comunidades.
- L. **Atención Primaria Integral en Salud Rural:** Se implementará la Atención Primaria Integral en Salud Rural como la estrategia que organiza el sistema con el fin de garantizar el acceso de las y los ciudadanos desde el primer nivel de atención en salud hasta los mayores niveles de complejidad, así como la prevención y promoción, el mejoramiento del bienestar y calidad de vida, la participación de la comunidad y la acción intersectorial en la comprensión amplia de la salud y el buen vivir.
- M. **Corresponsabilidad:** Las acciones del Estado en el marco de la presente Ley, serán corresponsables desde sus instituciones, el territorio y sus habitantes para la realización y correcto funcionamiento del Plan Nacional de Salud Rural.
- N. **Complementariedad:** El Plan Nacional de Salud Rural será complementario al Sistema de Salud vigente.
- O. **Carácter estatal:** El Plan Nacional de Salud Rural estará a cargo del Estado tanto en la afiliación, aseguramiento y prestación de servicios.
- P. **Carácter público:** El Plan Nacional de Salud Rural garantizará el acceso de todas las personas del territorio nacional sin barreras de acceso de carácter económico o administrativo. Ninguna institución o empresa que preste servicios de salud podrá negar bajo ninguna circunstancia el derecho a la salud.

CAPÍTULO II

DEL ASEGURAMIENTO COLECTIVO E INTEGRAL PARA LA RURALIDAD

Artículo 5. Seguro Colectivo e Integral para las poblaciones rurales. El acceso a los planes territoriales de salud que contiene, entre otros, el acceso a los servicios de salud (promocionales, preventivos y asistenciales), así como la dimensión de seguridad económica para el pago de incapacidades por enfermedad general, maternidad, accidentes de trabajo y enfermedades laborales, debe ser universal y garante del derecho a la salud. Se creará el Seguro Colectivo e Integral para las poblaciones rurales a cargo de los Territorios de Salud Rural y entes territoriales con el acompañamiento del Ministerio de Salud y Protección Social, en acción intersectorial con todas las entidades del Estado que resulten pertinentes.

Artículo 6. Subcuenta única para la salud rural. El Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, en concurso con los entes territoriales y los Territorios de Salud Rural, crearán una subcuenta a cargo de la ADRES, cuya función será unificar los recursos destinados a la atención de la totalidad de la población rural en el marco de la implementación del Plan Nacional de Salud Rural. La subcuenta agrupará los recursos provenientes de: el Sistema General de Participaciones, los recursos de regalías destinados a la implementación del Plan Nacional de Salud Rural, recursos propios, recursos provenientes de la cooperación internacional, Fondo de Programas especiales para la Paz, recursos corrientes de la nación y demás recursos asignados o por asignar al Ministerio de Salud y Protección Social para la construcción de paz y salud.

Artículo 7. Los recursos de la subcuenta única para la salud rural se distribuirán de acuerdo a las necesidades establecidas en los planes territoriales de salud. El cálculo de costo se realizará de acuerdo al Plan Territorial de Salud Rural garantizando la atención integral de necesidades territoriales tanto individuales como colectivas.

Artículo 8. La inspección, vigilancia y control sobre los recursos estará a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud, la Contraloría General de la Nación, la Procuraduría General de la Nación y la unidad de investigación en salud a cargo de la Fiscalía General de la Nación. Adicional a la acción de estos entes de control, se contará en los territorios con el ejercicio de control de carácter vinculante de los Consejos Territoriales Intersectoriales en Salud (COTIS) y las veedurías comunitarias.

Parágrafo. Las entidades encargadas de ejecutar los recursos de la subcuenta publicarán de forma permanente el manejo y gestión de dichos recursos a través de un sistema de información público, y presentarán anualmente un informe a los COTIS, a las veedurías comunitarias y de igual forma a las comisiones séptimas de cámara y senado del Congreso de la República.

Artículo 9. La afiliación al Seguro Colectivo e Integral para las poblaciones rurales, será de carácter universal y no focalizada, y estará a cargo de los hospitales públicos asignados a la atención en el territorio y los entes territoriales a través de las secretarías de salud municipales y de los departamentos.

Artículo 10. Créase las **Unidades Descentralizadas y Colegiadas de Administradora de los Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud (ADRESRural)** con carácter participativo, quienes tendrán a cargo la asignación de recursos de acuerdo a lo estipulado en el plan territorial de salud rural.

Artículo 11. Añádase un parágrafo al artículo 215 de la Ley 100 de 1993, el cual quedará así:

Parágrafo. Para efectos de la implementación del Seguro Colectivo e Integral para el Buen Vivir Rural, los recursos serán girados directamente y con destinación específica a las entidades territoriales y territorios de salud rural a través de las Unidades Descentralizadas y Colegiadas de Administradora de los Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud (ADRESRural), para que éstos, por medio de las instituciones públicas prestadoras de salud, cubran los servicios establecidos por el Seguro.

Artículo 12. Modifíquese el artículo 47 de la Ley 715 de 2001, modificado por el artículo 233 de la ley 1955 de 2019, el cual quedará así:

Artículo 47. Los recursos del Sistema General en Participaciones en Salud se destinarán y distribuirán en los siguientes componentes:

El 87% para el componente de aseguramiento en salud de los afiliados al Régimen Subsidiado, que no se encuentra en zona rural y rural dispersa. Para la población que vive en zona rural y rural dispersa, estos recursos entrarán en la subcuenta para la salud rural y serán destinados al Seguro Colectivo e Integral para la población rural y a la

ejecución del Plan Nacional de Salud Rural de acuerdo a los planes territoriales en salud rural.

El 10% para el componente de salud pública y el 3% para el subsidio a la oferta.”, garantizando la proporcionalidad correspondiente a los planes y programas del Plan Nacional de Salud Rural, tanto en salud pública como en el subsidio a la oferta.

PARÁGRAFO 1o. La información utilizada para determinar la asignación de los recursos será suministrada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE); el Ministerio de Salud y Protección Social; el Departamento Nacional de Planeación (DNP); el Instituto Geográfico Agustín Codazzi (IGAC), conforme a la que generen en ejercicio de sus competencias y acorde con la reglamentación que se expida para el efecto.

PARÁGRAFO 2o. Los recursos destinados a salud pública que no se comprometan al cierre de cada vigencia fiscal, se utilizarán para cofinanciar los programas de interés en salud pública de que trata el numeral 13 del artículo 42 de la Ley 715 de 2001, o las normas que las sustituyan, modifiquen o adicionen.”

PARÁGRAFO 3o. Los criterios para la distribución de recursos tendrán en cuenta la asignación diferencial de acuerdo a las necesidades por sexo, etapa de vida y contexto socio cultural, económico y territorial sin barreras administrativas o de capacidad de pago de las y los usuarios.

PARÁGRAFO 4o. De ninguna manera la asignación de recursos podrá violar la autonomía en la distribución del gasto y manejo de sistemas propios de los pueblos étnicos previamente establecidos y reconocidos

CAPÍTULO III

ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA Y TERRITORIAL

Artículo 13. Territorios de Salud Rural. El Estado organizará los territorios de salud para la implementación del Plan Nacional de Salud Rural según el principio de territorialización, acceso



efectivo y oportuno a servicios de salud y descentralización, teniendo en cuenta las características y particularidades compartidas de los territorios rurales, situaciones de salud y problemáticas sociales similares, garantizando la eliminación de las barreras geográficas, administrativas, económicas, culturales y sociales. Para ello, se tendrán en cuenta los siguientes criterios:

Los Territorios en Salud Rural contarán con una red de servicios en salud de todos niveles de complejidad, con cubrimiento territorial, talento humano adecuado y en número suficiente, así como la infraestructura y dotación necesaria para garantizar la prestación de los servicios de salud en condiciones dignas.

Cada Territorios en Salud Rural contará con su respectivo **Consejo Territorial Intersectorial en Seguridad Social y Salud (COTIS)**.

En los Territorios en Salud Rural se llevará a cabo la planeación para la implementación del Plan Nacional en Salud Rural que quedará consignado en el **Plan Territorial de Salud Rural** a realizarse de forma cuatrimestral con ajustes anuales, y cuya redacción estará a cargo del Consejo Territorial Intersectorial en Seguridad Social y Salud (COTIS).

Cada Territorio en Salud Rural contará con su respectiva ***Unidad Colegiada Administradora de los Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud (ADRES)***.

Cada Territorio en Salud Rural contará con un sistema de inspección, vigilancia y control; así como de evaluación de ejecución del Plan Territorial de Salud Rural. Este sistema debe incluir la veeduría comunitaria.

Los pueblos indígenas, pueblos NARP y demás grupos étnicos podrán organizar sus propios Territorio en Salud Rural contará, y los planes diseñados en estos territorios se guiarán por el enfoque, las prioridades y los objetivos de sus sistemas propios de salud como el SISPI, así como se ejecutará por las instituciones desarrolladas por estos pueblos en casos de que existan.

Artículo 14. Conformación. Un Territorio en Salud Rural contará podrá conformarse mediante esquemas asociativos territoriales tales como los esquemas de asociación de municipios y gobernaciones, las zonas PDET, organizaciones territoriales de pueblos indígenas o NARP, entre otros que estén contenidos en el ordenamiento territorial vigente o que deban crearse de acuerdo a los criterios establecidos para tal fin.

Parágrafo: El criterio prevalente de delimitación para la territorialización de los Territorios en Salud Rural contará, no se limitará a la comprensión de las fronteras territoriales entre municipios y departamentos, ya que en muchos de los casos tendrá que responder a la asociación entre territorios que comparten las características mencionadas anteriormente, y en donde la respuesta institucional estará dirigida a atender de forma



oportuna, eficiente y bajo la garantía del goce efectivo del derecho a la salud de las comunidades rurales.

Artículo 15. Plan Territorial de Salud Rural. El Plan Territorial de Salud Rural se realizará de acuerdo a las necesidades establecidas mediante los mecanismos de participación comunitaria en el territorio, e incluirán planes y programas de orden nacional, programas de soberanía alimentaria, salud para la mujer e identidades diversas, salud para trabajo rural, servicios de salud (preventivos, promocionales y asistenciales) salud ambiental, salud mental, salud sexual y reproductiva, participación social, así como todo aquello que se convenga en el territorio. Este plan será el referente para ordenar el gasto de salud en el territorio.

Artículo 16. Competencias para los municipios no certificados en salud. Sin perjuicio de las competencias establecidas en otras disposiciones legales, los municipios no certificados en salud se articularán a la Red Departamental de Salud y gestionarán la implementación del Plan Nacional de Salud Rural, para lo cual ejecutarán las siguientes funciones:

- A. Impulsarán mecanismos para la adecuada participación social e incidencia en la toma de decisiones que quedarán incluidas en el Plan Territorial.
- B. Promoverán planes, programas, estrategias y proyectos enmarcados en el Plan Nacional de Salud Rural.
- C. Vigilarán, coordinarán y articularán la destinación y ejecución de los recursos destinados al Plan Nacional de Salud Rural para su municipio.
- D. Gestionarán y supervisarán la prestación de los servicios de salud en su municipio.
- E. Establecerán la situación de salud del municipio para el mejoramiento del Plan Nacional de Salud Rural, y alertarán sobre situaciones de riesgo que vayan en detrimento del derecho a la salud de la población rural.
- F. Coordinarán y articularán las acciones necesarias con las instancias y entidades públicas para el correcto funcionamiento e implementación del Plan Nacional de Salud Rural.

Artículo 17. El Gobierno nacional destinará un recurso específico anual para el fortalecimiento de las entidades territoriales no certificadas en salud, con el objeto de implementar la efectiva descentralización para el correcto funcionamiento del Plan Nacional de Salud Rural.

CAPÍTULO IV

MODELO Y ESTRATEGIA DE ATENCIÓN EN SALUD RURAL

Artículo 18. La estrategia de **Atención Primaria Integral en Salud Rural** (de ahora en adelante **APS Rural**), la cual incluirá los siguientes componentes: **Equipos Territoriales de Salud Rural, Centros de Atención Primaria en Salud y Participación Rural (CAPSPRural), Red pública hospitalaria y Espacios modales interculturales.**

Artículo 19. Equipos Territoriales de Salud Rural. Se conformarán equipos compuestos por profesionales, técnicos y tecnólogos de las áreas de medicina, enfermería, salud pública, en compañía de un(a) agente comunitario(a) en salud; quienes tendrán como funciones las siguientes:

- A. **Caracterización de la población:** para identificar necesidades básicas en materia de salud, vivienda, saneamiento básico y servicios públicos, agua potable y calidad del aire, condiciones medioambientales con énfasis en agrotóxicos y problemas derivados de la explotación minera, educación, necesidades de proyectos productivos y economía social y solidaria, salud de la mujer rural, salud oral, salud mental, rehabilitación basada en comunidad para personas en condición de discapacidad, garantía de la soberanía alimentaria y derecho humano a la alimentación y nutrición adecuada, salud laboral, salud ambiental, manejo del consumo problemático de estupefacientes y alcohol, salud y niñez, salud y adultez mayor, prevención de violencias intrafamiliares, participación social, salud sexual y reproductiva, diversidades sexuales, enfoque diferencial étnico e intercultural, acceso y garantía al derecho a la salud en el Sistema de Salud vigente.

Esta caracterización se realizará con una periodicidad bianual, y contará con los instrumentos para la recolección de la información diseñados a través del Ministerio de Salud y Protección Social, en articulación con las demás instituciones responsables en los diversos temas que abordará la caracterización.

- B. **Atención básica en salud:** Los equipos tendrán capacidad resolutoria para hacer atención básica domiciliaria en salud, identificación de signos y síntomas y diagnóstico primario. Estos equipos contarán con los insumos necesarios para brindar este primer nivel de atención en salud.

- C. **Canalización:** Los equipos podrán canalizar, según el reconocimiento de las necesidades en el territorio, a las diferentes instituciones del nivel regional y nacional, y a los diferentes niveles de atención en salud de la red de atención correspondiente.
- D. **Promoción y prevención:** Los equipos realizarán las acciones de promoción y prevención contenidas en la política de salud pública que corresponda. Incluyendo estrategias de intervención diseñadas en conjunto con la comunidad, como resultado de un diagnóstico previo participativo en salud. Acompañamiento y fortalecimiento de la participación social en salud.

Artículo 20. Creación de Centros de Atención Primaria en Salud y Participación Rural (CAPSPRural): El Ministerio de Salud y Protección Social, los entes territoriales en coordinación con los hospitales públicos y los Consejos Territoriales Intersectoriales de Seguridad Social en Salud (COTIS), crearán los Centros de Atención Primaria en Salud y Participación Social (CAPSPRural) que se necesiten en el territorio.

Artículo 21. Serán funciones de los CAPSPRural las siguientes:

Caracterización del territorio: Los CAPSPRural reunirán la información de caracterización proveniente de los equipos territoriales de salud rural junto con otras fuentes de información disponibles para el territorio y presentarán un diagnóstico preliminar al hospital correspondiente sobre la situación en salud y calidad de vida del territorio.

Los CAPSPRural estarán habilitados para prestar servicios de salud en el primer nivel de atención. Para ello contarán con profesionales en salud oral, nutrición, medicina, atención psicosocial, enfermería y/o técnico en enfermería, profesional y/o técnico en salud pública. Así mismo, contarán con los insumos e infraestructura necesaria para la atención. Los CAPSPRural coordinarán con las administraciones territoriales y la red de servicios para el traslado y remisión oportuna de pacientes.

Los CAPSPRural, trabajarán de forma articulada con la red de servicios en salud, jornadas itinerantes de atención domiciliaria en salud mental y atención psicosocial, discapacidad, salud oral, salud sexual y reproductiva, demás programas de salud pública, programas de prevención y promoción, salud ambiental, entre otros.

Los CAPSPRural serán dependientes de los hospitales públicos municipales y departamentales y harán parte de la nómina de dichas instituciones.



Artículo 22. Red pública hospitalaria. El Estado colombiano, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Hacienda y Gasto Público y la Dirección Nacional de Planeación, adecuará, ampliará y recuperará la red pública hospitalaria, los centros y puestos de salud para el cumplimiento del PNSRural, de forma tal que garantice el acceso desde cualquier punto del territorio a dicha red.

Parágrafo. El Estado en cabeza de las entidades encargadas tendrán plazo de dos (2) años para llevar a cabo la adecuación ordenada en el presente artículo.

Artículo 23. El Plan Nacional de Salud Rural será ejecutado por los hospitales públicos, y contará con la participación de universidades y organizaciones sociales sin ánimo de lucro y/o de economía social, solidaria y cooperativa constituidas legalmente y prioritariamente pertenecientes al territorio. Sus funciones serán las siguientes:

- A. Vincular al talento humano en salud que se requiera para llevar a cabo el Plan Nacional de Salud Rural
- B. El hospital público correspondiente al territorio coordinará el funcionamiento de los CAPSPRural, lo cual incluye: centralización de la información de los CAPSPRural y los equipos territoriales de salud rural, la cual será remitida al Sistema de Información Vigente manejado por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- C. Diseñar y ejecutar los planes y programas territorializados de atención en salud pública, de acuerdo al diagnóstico y planeación participativa realizado por los CAPSPRural, los equipos de atención territoriales de salud rural y las comunidades.
- D. Hacer seguimiento a las intervenciones realizadas por los equipos territoriales de salud rural y los CAPSPRural, así como de las remisiones hechas a los demás agentes del sistema de salud, a través del fortalecimiento de la referencia y contrareferencia, lo cual incluye desde el primer nivel hasta el último de ser necesario. Así mismo, debe hacer seguimiento a las canalizaciones que se lleven a otras instituciones de forma intersectorial.
- E. Desarrollar programas de atención básica en salud que puedan ser ejecutados por los equipos territoriales y los CAPSPRural, así como el personal de salud que labore en las instalaciones del hospital.

- F. Los hospitales públicos apoyarán la labor de los equipos territoriales y los CAPSPRural a través de la implementación periódica de jornadas de salud itinerantes con equipos interdisciplinarios para el fortalecimiento de: salud de la mujer rural, salud oral, salud mental, rehabilitación basada en comunidad para personas en condición de discapacidad, garantía de la soberanía alimentaria y el derecho humano a la alimentación y nutrición adecuada, salud laboral, salud ambiental, manejo del consumo problemático de estupefacientes y alcohol, salud y niñez, salud y juventud, salud y adultez mayor, prevención de violencias intrafamiliares, participación social, salud sexual y reproductiva, diversidades sexuales, enfoque diferencial étnico, acceso y garantía al derecho a la salud en el Sistema de Salud vigente.
- G. El hospital público recibirá y sistematizará las canalizaciones intersectoriales de forma articulada con las demás instituciones que hacen presencia en el nivel territorial, las cuales serán asumidas a través de su participación en el COTIS.
- H. Apoyará las jornadas de capacitación en temas de salud a los Agentes Comunitarios(as) de Salud, así como al talento humano en salud adscrito a los CAPSPRural.
- I. Los hospitales públicos contarán con equipos interdisciplinarios conformados por profesionales en áreas diferentes al área de la salud, como profesionales en ciencias sociales y humanas, jurídicas, económicas, ingenierías, agronomía, artes y todas aquellas que se requieran según las necesidades del territorio. Estos equipos junto con aquellos especializados en áreas de la salud, deberán realizar una serie de jornadas itinerantes en el territorio ampliando y fortaleciendo la labor de los equipos territoriales en salud y los CAPSPRural.
- J. Los hospitales y demás centros de servicios en salud que atiendan población indígena o de alguna otra etnia deberán contar con personal que hable lenguas propias de aquellos pueblos.

Parágrafo. Para reunir la información de la caracterización territorial y los diagnósticos participativos, el Ministerio de Salud y Protección Social contará con el plazo de un (1) año para adecuar el Sistema de Información vigente.

Artículo 24. Espacios modales interculturales. En el marco del Plan Nacional de Salud Rural se crearán espacios comunitarios para el cuidado de la vida: casas de vida, casas de paso, casas de la mujer, casas maternas, entre otras. Estos espacios servirán a su vez como puertas de entrada a la red de servicios basados en financiamiento público directo y no en facturación de servicios.

CAPÍTULO V

DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN EL PNSRural

Artículo 25. Consejos Territoriales Intersectoriales de Seguridad Social en Salud (COTIS). Modifíquese el artículo 30 de la Ley 1298 de 1994 mediante el cual se crean los consejos territoriales de salud y seguridad social así:

“ARTÍCULO 30. CONSEJOS TERRITORIALES INTERSECTORIALES DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (COTIS). Las entidades territoriales de los niveles seccional, distrital y local, podrán crear un Consejo Territorial Intersectorial de Seguridad Social en Salud que asesore a las Direcciones de Salud de la respectiva jurisdicción, en la formulación de los planes, estrategias, programas y proyectos de salud y en la orientación de los Sistemas Territoriales de Seguridad Social en Salud, que desarrollen las políticas definidas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Los consejos territoriales tendrán, en lo posible, análoga composición del Consejo Nacional, pero con la participación de las entidades o asociaciones del orden Departamental, Distrital o Municipal. Este Consejo será de carácter intersectorial y contará, además de los miembros antestablecidos, con la presencia de representantes de las organizaciones de la sociedad civil con presencia en el territorio así: 50% de mujeres, entre ellas representantes de organizaciones sociales de mujeres; representantes de pueblos étnicos, representantes de las Juntas de Acción Comunal, representantes de los Comités Comunitarios en Salud, representantes de las veedurías ciudadanas en salud, organizaciones campesinas y representantes de los trabajadores rurales que existan en el territorio.”

Artículo 26. Los COTIS con base en los resultados de los escenarios de participación de las comunidades y los diagnósticos participativos, diseñarán un **Plan Territorial en Salud Rural** el cual será tenido en cuenta en los Planes de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), los Planes de Vida, los Planes de Desarrollo municipales y departamentales y demás formas de planificación comunitaria. Este plan se ajustará según los cambios evidenciados en el diagnóstico participativo.

Artículo 27. El Plan Territorial en Salud Rural, será la hoja de ruta en el territorio sobre las necesidades en salud; estrategias, planes y programas; adecuaciones, ampliación y rescate de la red pública hospitalaria; cobertura; destinación del presupuesto para ejecución del Plan Nacional en Salud Rural; protección y conservación de los sistemas propios, saberes ancestrales y medicina tradicional; cumplimiento del enfoque de género; soberanía alimentaria; entre otros aspectos delineados en el Plan Nacional de Salud Rural.

Según el plan establecido, se determinará el número de CAPS Rural y número de equipos territoriales de salud rural que se necesitan para cubrir todo el territorio. El número de equipos territoriales obedecerá a los siguientes criterios:

1. Mayor número de visitas en territorios con barreras de acceso por distancia geográfica.
2. Mayor carga de enfermedad.
3. Indicadores críticos de pobreza, vulnerabilidad y presencia de conflicto armado.
4. Mayor número de mujeres, niños y niñas, población en condición de discapacidad y adultos mayores.

CAPÍTULO VI

AGENTES COMUNITARIOS EN SALUD

Artículo 28. Agente Comunitario en Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social creará y reglamentará la figura de Agente Comunitario en Salud para todos los territorios en el ámbito nacional.

Artículo 29. Podrán ser agentes comunitarios en salud:

1. Aquellas personas que sean reconocidas como habitantes del territorio donde van a operar.
2. Líderes y lideresas reconocidas por sus comunidades en el territorio.
3. Jóvenes en edad de prestar servicios militar obligatorio que será conmutado al programa de Agente Comunitario en Salud.
4. Personas encargadas de labores de cuidado sin remuneración.
5. Personas en condición de discapacidad que no reciben remuneración.
6. Personas en condición de reincorporación de procesos de paz.
7. Personas de la comunidad con interés o afinidad en temas de salud comunitaria.

8. Mujeres que deseen trabajar en el capítulo de salud para la mujer rural
9. Agentes pertenecientes a pueblos indígenas, afro y pueblo ROM, o cualquier otro pueblo ancestral que haga presencia en el territorio. El PNSRural contará de forma obligatoria con este tipo de agentes en territorios ancestrales o étnicos.
10. Personas que representan diversidades sexuales.

Artículo 30. Serán funciones de las y los agentes comunitarios en salud las siguientes:

1. Empezará acciones dirigidas a dinamizar la lucha y garantía del derecho a la salud partiendo del conocimiento cercano de los problemas que aquejan a las comunidades, así como de las injusticias sociales, las condiciones socioambientales y las problemáticas individuales y colectivas que encuentran manifestaciones en la salud del territorio.
2. Contribuirá al empoderamiento de las comunidades campesinas, afrodescendientes e indígenas para la exigibilidad de atención en salud, así como en la salvaguarda de saberes ancestrales, medicina tradicional y alternativa.
3. Orientará la articulación entre la comunidad, los equipos territoriales y los CAPSPRural.
4. Organizará las jornadas de caracterización y desarrollo de diagnósticos participativos en salud.
5. Será el primer nivel de reporte de situaciones en salud, alimentación, saneamiento básico, vivienda, problemas ambientales, barreras de acceso, violencias, entre otras problemáticas; para lo cual podrá emitir alertas que tendrán un carácter vinculante y activará la acción intersectorial de forma prioritaria.
6. Las y los agentes comunitarios en salud contarán con los conocimientos necesarios tanto de medicina tradicional y saberes de las comunidades como de procedimientos básicos de la medicina occidental, para dar respuesta a las necesidades emergentes en la comunidad. El agente comunitario deberá conocer y ubicar con rapidez a los médicos tradicionales, sanadores, parteras, comadronas, matronas, entre otras.
7. Liderará e impulsará vocerías en los escenarios de participación comunitaria e interlocución con las instituciones.
8. Convocará los espacios participativos, acciones colectivas en salud pública, campañas y demás eventos que surjan del Plan Territorial y de los programas de atención que se deriven del PNSRural.
9. Dinamizará y promoverá los Comités Territoriales en Salud, las veedurías y demás formas de control social a la implementación del PNSRural.
10. Promoverá el enfoque de derecho a la salud, así como facilitará las herramientas para la exigibilidad del mismo, entendiendo la interdisciplinariedad que involucra el correcto abordaje y comprensión de lo que implica la garantía del derecho a la salud.

11. En comunidades con pueblos étnicos, será obligatoria la contratación de agentes comunitarios pertenecientes a las mismas y adicionalmente, tendrán la que acompañar a sus comunidades en labores de traducción.

Artículo 31. Vinculación. Las y los agentes comunitarios en salud estarán vinculados a las secretarías de salud de los municipios y departamentos con las garantías laborales establecidas por ley, y el recurso para su financiación vendrá del presupuesto destinado para la ejecución del presente Plan. Las actividades que realizarán tendrán seguimiento por parte de los hospitales públicos y los CAPSPRural, quienes reportarán informes de actividades a las secretarías de salud respectivas.

Artículo 32. Capacitación de las y los agentes comunitarios en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social junto con el Ministerio de Trabajo a través del SENA diseñará e implementará un programa de capacitación para agentes comunitarios en salud.

La capacitación deberá ser garantizada por el Estado en conjunto con las entidades territoriales y los hospitales públicos. El diseño de estas capacitaciones tendrá un enfoque de análisis en determinación social de la salud, estará acorde a las necesidades de los territorios y adaptarse a las particularidades del mismo, e incluirá como mínimo herramientas básicas para el abordaje de estos temas: vivienda, saneamiento básico y servicios públicos, agua potable y calidad del aire, condiciones medioambientales con énfasis en agrotóxicos y problemas derivados de la explotación minera, educación, salud de la mujer rural, salud oral, salud mental, rehabilitación basada en comunidad para personas en condición de discapacidad, garantía de la soberanía alimentaria y derecho humano a la alimentación y nutrición adecuada, salud laboral, salud ambiental, manejo del consumo problemático de estupefacientes y alcohol, salud y niñez, salud y adultez mayor, prevención de violencias intrafamiliares, participación social, salud sexual y reproductiva, diversidades sexuales, enfoque diferencial étnico y diálogo con saberes ancestrales, acceso y garantía al derecho a la salud en el Sistema de Salud vigente, vigilancia y control del Sistema de Salud.

Artículo 33. Programa de diálogo, respeto y conservación de saberes ancestrales, medicina tradicional y trabajo en sistemas propios de salud. El Ministerio de Salud y Protección Social junto con el Observatorio de Salud Rural, el Ministerio de Educación, el Ministerio de Cultura, en concurrencia con universidades, centros de investigación y autoridades étnicas, diseñarán e implementarán un programa de reconocimiento, preservación y homologación de saberes ancestrales, medicina tradicional, partería y experiencia en sistemas de salud propios. Las personas reconocidas en este programa tendrán prelación para ser agentes comunitarios en salud.



CAPÍTULO VII

FORMACIÓN, AMPLIACIÓN Y GARANTÍAS LABORALES PARA EL TALENTO HUMANO EN EL MARCO DEL DESARROLLO DEL Plan Nacional de Salud Rural

Artículo 34. El Ministerio de Salud y Protección Social junto con el Ministerio de Educación, las distintas facultades y asociaciones gremiales y representantes de los COTIS, revisarán y adecuarán los pensums actuales de las profesiones universitarias, técnicas y tecnológicas en salud, para crear las cátedras necesarias adecuadas para la correcta preparación del talento humano en salud que pueda desarrollar la estrategia de APISRural.

Artículo 35. Los hospitales públicos del nivel departamental y municipal que atienden en su mayoría población rural y/o son prestadores monopólicos en el territorio, tendrán la categoría de hospitales universitarios para la formación en APISRural. Este proceso se realizará en articulación con las universidades públicas presentes a nivel departamental, y que cuenten con las facultades de salud correspondientes.

Artículo 36. Servicio Social Obligatorio. Los municipios y departamentos adecuarán las plazas para la prestación del servicio social obligatorio, el cual, no se deberá limitar a la atención en salud, sino que, deberá responder a las necesidades de la estrategia de APISRural. Las administraciones territoriales darán todas las garantías laborales a las y los profesionales que presten este servicio en el marco del PNSRural.

Artículo 37. Estímulo al talento humano en salud que trabaje en el marco del PNSR. Para garantizar una distribución territorial más equitativa de profesionales, técnicos y tecnólogos del área de la salud, aquellas y aquellos que presten sus servicios en áreas rurales, recibirán un paquete de incentivos: monetarios y salariales, acceso a becas, entre otros, que estimulen su presencia y arraigo en el territorio. Este paquete de incentivos será diseñado por las instituciones correspondientes y será extensible a profesionales de áreas distintas a la salud que hagan parte de la estrategia de APISRural.

Artículo 38. Estudiantes de profesiones diferentes al área de la salud que contribuyan a dinamizar el PNSRRural, podrán validar su práctica académica como opción de grado. Este proceso deberá ser reglamentado por el Ministerio de Educación en conjunto con el Ministerio de Salud y Protección Social.



Parágrafo. La manutención y Seguridad Social del estudiante que realice sus prácticas en el marco del Plan Nacional de Salud Rural, estará a cargo del presupuesto destinado al mismo.

CAPÍTULO VIII

OBSERVATORIO NACIONAL DE SALUD RURAL

Artículo 39. El Ministerio de Salud y Protección Social con el Instituto Nacional de Salud, creará el Observatorio Nacional de Salud Rural (OBSRural).

Artículo 40. Composición del Observatorio Nacional de Salud Rural. El Observatorio Nacional de Salud Rural contará con la presencia de centros académicos y de investigación del ámbito nacional y territorial, organizaciones sociales que trabajen en el campo de la salud, representantes de las y los trabajadores en salud, gremios de profesionales en salud, consejos intersectoriales territoriales en seguridad social y salud, representantes de grupos étnicos, representantes de los entes territoriales y representantes de los agentes comunitarios.

Artículo 41. Funciones del Observatorio Nacional de Salud Rural. Las funciones del Observatorio Nacional de Salud Rural (de ahora en adelante OBSRural), serán las siguientes:

- A. Llevar a cabo de forma quinquenal el Estudio Nacional de Salud Rural con carácter participativo y de reconocimiento de la diversidad y multiculturalidad territorial, haciendo seguimiento a la implementación y sostenimiento del Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera. El Estudio contendrá un capítulo especial con enfoque diferencial y de género.
- B. El observatorio construirá una serie de indicadores específicos para obtener información clara y desagregada sobre la población rural femenina con el fin de generar insumos para atender de manera adecuada a las mujeres rurales.
- C. Sistematizará las iniciativas propias de las comunidades para la transformación de la ruralidad en el tema de salud, así como las experiencias del territorio sobre saberes y sistemas propios de salud de los pueblos.
- D. Propondrá, acompañará y realizará la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas en salud rural.
- E. Desarrollará líneas de investigación en la materia.



- F. Evaluará y emitirá un informe anual sobre los resultados e impactos en salud y bienestar del Plan Nacional de Salud Rural.
- G. Analizará la información recogida en la implementación de la estrategia de APS Rural y propondrá ajustes al Plan Nacional de Salud Rural.
- H. Establecerá un diálogo entre la academia, las instituciones y las comunidades para avanzar hacia el desarrollo del Plan Nacional de Salud Rural.
- I. Suministrará información actualizada para la toma de decisiones en políticas que afecten positivamente la salud en la ruralidad.
- J. Acompañará el monitoreo comunitario y participativo para la identificación de necesidades y la construcción de propuestas colectivas en salud y bienestar.
- K. Articulará universidades y comunidades para construir experiencias demostrativas en salud rural, así como contribuirá al proceso de planeación local.

CAPÍTULO IX

SALUD DE LAS MUJERES RURALES, CAMPESINAS E IDENTIDADES DIVERSAS

Artículo 42. Las líneas de acción, planes y programas se establecerán concertadamente con las organizaciones y lideresas de mujeres en los territorios; organizaciones, líderes y lideresas de identidades diversas; los COTIS; el Observatorio de Salud Rural; el Instituto Nacional de Salud; el Ministerio de Salud y Protección Social; espacios intersectoriales que se relacionen con el tema y consejos de expertas y expertos en la materia.

Artículo 43. Participación política de la mujer y personas de identidades diversas en las decisiones en salud: los COTIS deberán contar con, al menos, la composición de un 50% de mujeres, así como la participación de representantes de identidades diversas. Esta medida deberá extenderse de manera progresiva a todas las demás instituciones e instancias de participación y decisión que tengan a su cargo el Plan Nacional de Salud Rural.

Artículo 44. El Plan Nacional de Salud Rural contará con un programa específico de salud para las mujeres rurales y campesinas, así como para la población con identidades diversas. En la comprensión de que la salud va más allá de la asistencia de la enfermedad, los distintos aspectos del programa podrán ser ejecutados a través de los hospitales públicos, universidades y organizaciones sociales sin ánimo de lucro y/o de economía social, solidaria y cooperativa constituidas legalmente y compuestas prioritariamente por mujeres y personas de identidades diversas que acrediten las capacidades necesarias y cuya razón social sea adecuada para ello.

Este programa irá más allá de las acciones en salud y estará dirigido hacia la atención, promoción, participación y mejoramiento de la calidad integral de vida de estas poblaciones. De igual forma los hospitales públicos facilitarán la planeación y ejecución de las jornadas itinerantes extramurales propuestas en el artículo 19 de la presente Ley.

Artículo 45. La salud rural de las mujeres y las identidades diversas en la comprensión amplia de la salud como bienestar y calidad de vida, así como en la preservación de la integralidad de la Reforma Rural Integral, promoverá los derechos de las mujeres rurales en identidades diversas para el acceso igual a vivienda, agua potable, a la propiedad de la tierra y capital productivo, al ingreso, a la alimentación y soberanía alimentaria para las necesidades según ciclo vital de las mujeres y personas con identidades diversas, a la preservación de las diversidades étnicas, al crédito, a la protección social, a la educación, a tecnologías y servicios, a un ambiente saludable, a remuneración y al uso discrecional del tiempo como determinantes estructurales de la salud y bienestar de las mujeres rurales y personas con identidades diversas. Los planes y programas que desarrollen este artículo deberán ser de carácter intersectorial.

Artículo 46. El Estado garantizará que las diferencias entre mujeres, diversidades sexuales y hombres, no sean un obstáculo para vivir dignamente y disfrutar de salud, para evitar la enfermedad, discapacidad, muertes evitables y/o prematuras asociadas a las diferencias biológicas. Así mismo, el Estado colombiano estará obligado a eliminar cualquier barrera de acceso al sistema de salud que se produzca por la condición de género e identidad de las personas.

Artículo 47. Sobre los derechos sexuales y reproductivos. El Estado garantizará el goce efectivo de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres rurales y campesinas, y las personas con identidades diversas así:

1. Acciones, planes y programas para la garantía de los derechos sexuales y reproductivos tanto para las mujeres como para las identidades diversas. Promoción del control prenatal durante todo el periodo de gestación y el acceso gratuito a métodos anticonceptivos teniendo en cuenta las necesidades diagnosticadas por las mujeres en los territorios rurales.
2. Reconocimiento del derecho que les asiste a las mujeres rurales de escoger el acompañamiento de una partera o comadrona si así lo desean.
3. Reconocimiento y protección de los saberes ancestrales y prácticas culturales en relación a la partería y la labor de las matronas.

4. Creación de espacios para promover el derecho de las mujeres a decidir sobre sus cuerpos y sobre la posibilidad de la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Difusión y acciones pedagógicas sobre la Sentencia de la Corte Constitucional C-355 de 2006, así como el fortalecimiento y capacitación de las entidades de salud responsables de garantizar el derecho a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en el ámbito rural.
5. Formación y ampliación del personal de salud capacitado para cumplir el derecho que le asiste a las mujeres rurales y campesinas en la Interrupción Voluntaria del Embarazo.
6. Dotación de insumos e instalaciones adecuadas para la Interrupción Voluntaria del Embarazo.
7. Articulación con los pueblos indígenas que aún practican la ablación, la mutilación genital femenina y otros actos que restrinjan la libertad sexual y reproductiva de las mujeres para la erradicación de dichas prácticas.
8. Programas de promoción para la realización de exámenes periódicos y preventivos como la citología y la mamografía.

Artículo 48. Programas de salud con enfoque diferencial para las personas y comunidades de identidades diversas que habitan la ruralidad. En el marco del El Plan Nacional de Salud Rural desarrollará un programa diferencial para la prevención de las violencias ejercidas en contra de las personas y comunidades de identidades diversas a causa de la estigmatización y sus repercusiones sobre la salud física, mental y emocional. El programa abarcará aspectos como: salud sexual y reproductiva y derecho a la paternidad y maternidad; así como la prevención del contagio de enfermedades de transmisión sexual. Apoyo en el proceso de identidad, cambios físicos, mentales y emocionales de las personas transgénero; formación del personal de salud y de la comunidad sobre la no discriminación, sanción de la violencia institucional, prevención y atención humana y digna en caso de violencias, reconocimiento y atención humana y digna frente a las necesidades de estas poblaciones.

Artículo 49. Cuidado y autocuidado. Se fomentará la promoción del autocuidado y el fortalecimiento de las prácticas de cuidado, no solo como tarea de las mujeres sino como labor compartida social e institucionalmente, reconociendo la carga de enfermedad por dedicación de las mujeres a las labores del cuidado de otros a través de planes y programas que fortalezcan el uso del tiempo libre, el acceso prioritario a la salud, la remuneración y la distribución de dichas labores en el hogar.

Artículo 50. Prevención y atención a las violencias contra las mujeres y las identidades diversas. El Plan Nacional de Salud Rural 1 desarrollará una estrategia que entienda las particularidades en que se dan las violencias en el territorio, con el fin de prevenir y atender



humana y dignamente a las víctimas de las violencias ejercidas contra las mujeres y las identidades diversas, abordando los siguientes aspectos:

1. Control de violencias institucionales en prácticas en salud que garantice el respeto y buen trato en los procedimientos tales como: erradicación de la violencia gineco obstétrica, atención sin revictimización en el caso del abuso y maltrato físico, atención humana y digna en acciones de prevención como examen mamario y citología, seguimiento y denuncia en casos de negligencia médica, sanción de las violencias en casos de peritajes, entre otros.
2. Tratamiento oportuno y digno sobre los impactos físicos producidos por las violencias ejercidas contra las mujeres.
3. Promover estrategias psicosociales y colectivas para la construcción de nuevas relaciones libres de violencias, visiones del amor, respeto y dinámicas al interior de las familias y la pareja.
4. Promoción de estrategias en salud mental para tratar el estrés del estigma contra personas LGTBI y transgénero, consumo problemático de sustancias psicoactivas, suicidio, depresión, estrés post traumático como secuela del conflicto armado, entre otros aspectos.
5. Las entidades de salud en las zonas rurales serán fortalecidas para atender y articularse al sistema de justicia cuando tienen conocimiento del delito de violación de embarazos y nacimientos de hijos e hijas de niñas menores de 14 años de edad.
6. Reconocimiento de la continuidad del conflicto armado en el campo e implementación de atenciones y acompañamiento oportuno, humanizado y digno a las víctimas mujeres y de identidades diversas.

CAPÍTULO X

SALUD, RURALIDAD Y AMBIENTE

Artículo 51. El Plan Nacional de Salud Rural partirá por reconocer al ambiente como sujeto de derecho, y a la salud del ambiente como proceso fundamental de la garantía del derecho a la salud, tal como lo plantea el enfoque del Buen Vivir de los pueblos.

Artículo 52. El capítulo salud, ruralidad y ambiente contendrá los siguientes aspectos:

1. Protección y conservación del ambiente, los ecosistemas, las fuentes acuíferas, la biodiversidad, la calidad del aire, la fauna y la flora en el territorio.

2. Análisis, contención, prevención y atención de los impactos en salud para el ambiente y especialmente, en los ecosistemas de interés ambiental, así como para los pueblos en el territorio de las estrategias para la erradicación de cultivos de uso ilícito como la aspersión con glifosato.
3. Análisis, contención, prevención y atención de los impactos en salud para el ambiente y los pueblos en el territorio del uso de agrotóxicos y monocultivos a gran escala.
4. Protección y garantía de la soberanía alimentaria en territorios donde predomina la siembra de monocultivos con destino a la agroindustria y los biocombustibles. Preservación de semillas nativas y usos tradicionales del suelo fomentando la agroecología.
5. Análisis, contención, prevención y atención de los impactos en salud para el ambiente y los pueblos en el territorio de actividades extractivas como la minería a gran escala, la explotación petrolera, explotación forestal a gran escala, entre otras.
6. Análisis, contención, prevención y atención de los impactos en salud para el ambiente y los pueblos en el territorio producto de los megaproyectos como las hidroeléctricas.
7. Fortalecimiento de campañas para la protección del ambiente en los territorios.
8. Reconocimiento de los impactos sociales y el cambio en las economías producto de las economías extractivas a gran escala, las redes de narcotráfico, el aumento de consumo de estupefacientes y alcohol, y redes de trata de personas para el comercio sexual.

CAPÍTULO XI

TRABAJADORES Y TRABAJADORAS RURALES

Artículo 53. El Plan Nacional de Salud Rural reconocerá a las y los trabajadores rurales como sujetos de derecho a la protección social con las mismas garantías que debe tener cualquier otro trabajador en Colombia.

Artículo 54. El Ministerio de Salud y Protección Social en articulación con el Ministerio de Trabajo desarrollarán programas de prevención y atención en salud a enfermedades laborales y factores de riesgo derivadas del trabajo rural.

Artículo 55. En cabeza del Observatorio de Salud Rural, se adelantarán investigaciones acerca de los riesgos químicos, y biológicos producto de la exposición a agrotóxicos, así como los riesgos mecánicos del trabajo rural en el territorio nacional. Así mismo se hará un estudio sobre la salud mental de las y los trabajadores rurales asociados al acoso laboral, violencia verbal, hostigamiento, explotación laboral, entre otros.

Artículo 56. El Estado colombiano en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Trabajo diseñará la política pública de Protección en riesgos laborales para las y los trabajadores rurales.

Artículo 57. Seguridad económica para la vejez e incapacidad permanente. El Plan Nacional de Salud Rural, contará con un programa de articulación para el acceso a la pensión e incapacidad permanente en condiciones dignas.

CAPÍTULO XII

MEDIDAS ADICIONALES Y VIGENCIA

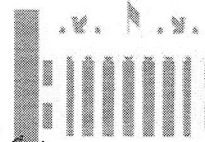
Artículo 58. A partir de la promulgación de la presente ley, el Gobierno nacional en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, creará la política Decenal de Salud Rural, la cual recogerá entre otros insumos, los resultados de los mecanismos participativos existentes en el territorio y los insumos provistos por el Observatorio Nacional en Salud Rural.

Artículo 59. Inspección, vigilancia y control. La inspección, vigilancia y control estará a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud, la Procuraduría General de la Nación y demás órganos de control preferente.


Parágrafo. El seguimiento y control comunitario que se realizará en los distintos niveles de participación contenidos en Plan Nacional de Salud Rural, será vinculante y hará parte de la construcción de los procesos adelantados por los organismos de control.

Artículo 60. Vigencia. La presente Ley tendrá vigencia a partir de su promulgación. El Gobierno nacional tendrá plazo de seis (6) meses para realizar las reglamentaciones necesarias, diseño e implementación.

Por los Honorables Congresistas,

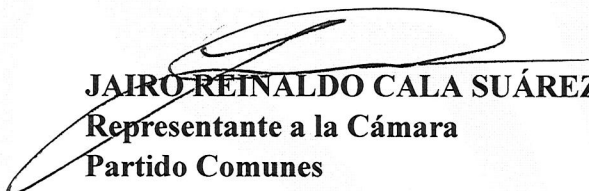


OMAR DE JESUS RESTREPO
Senador de la República
Partido Comunes


GERMAN GÓMEZ
Representante a la Cámara
Partido Comunes


CARLOS CARREÑO MARÍN
Representante a la Cámara
Partido Comunes

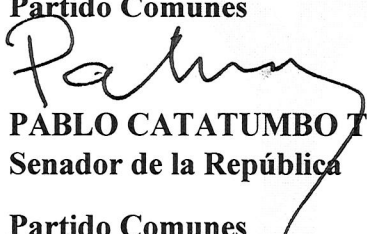

SANDRA RAMÍREZ LOBO S
Senadora de la República
Partido Comunes


JAIRO REINALDO CALA SUÁREZ
Representante a la Cámara
Partido Comunes

JULIÁN GALLO CUBILLOS
Senador de la República
Partido Comunes

LUIS ALBERTO ALBÁN URBANO
Representante a la Cámara
Partido Comunes

IMELDA DAZA
Senadora de la República
Partido Comunes


PABLO CATATUMBO TORRES V.
Senador de la República
Partido Comunes

PEDRO BARACUTAO GARCÍA
Representante a la Cámara
Partido Comunes

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Tabla de contenido

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS	30
<i>Marco normativo y política pública en salud, ruralidad y pueblos étnicos.....</i>	31
Antecedente internacional sobre los derechos del campesinado.....	31
Derecho a la salud y la disputa normativa en Colombia.....	32
Legislación vigente.....	36
Decretos y Resoluciones:	36
Jurisprudencia: Corte Constitucional	37
CONPES y Política Pública	37
<i>Contexto de salud en la ruralidad colombiana.....</i>	38
Crisis de la ruralidad en Colombia	38
Caracterización de la población rural: ruralidades y diversidades en Colombia	39
La población rural y campesina en Colombia	39
Mujeres rurales y campesinas, y enfoque de género	41
<i>Contexto del sistema de salud en Colombia.....</i>	47
Antecedente histórico reciente.....	47
La crisis del sistema de salud colombiano.....	48
La crisis de la red pública hospitalaria	50
La política reciente en salud para la ruralidad en Colombia	51
Los sistemas de salud propios de los pueblos indígenas	55
La salud en los pueblos NARP (negros, afrodescendientes, raizales y palenqueros)	56
<i>El Plan Nacional de Salud Rural para el Buen Vivir</i>	58
La salud rural: el aprendizaje en las FARC.....	58
El Plan Nacional de Salud Rural en el Acuerdo de Paz.....	59
Por qué un Plan Nacional de Salud Rural para el Buen Vivir	61
Propuesta de Plan Nacional de Salud Rural del Ministerio de Salud y Protección social	62
<i>Presentación del contenido del Proyecto.....</i>	63
<i>Impacto Fiscal.....</i>	66

Marco normativo y política pública en salud, ruralidad y pueblos étnicos

Antecedente internacional sobre los derechos del campesinado

El 28 de septiembre de 2018 la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó la Declaración de los Derechos de los campesinos y de otras personas que trabajan en las zonas rurales, la cual fue aprobada por la tercera comisión encargada de asuntos sociales, humanitarios y culturales. Dentro de los argumentos para su aprobación se encuentra el reconocimiento de la situación de vulnerabilidad de las comunidades campesinas debido al cambio climático, la pobreza rural, y factores económicos y productivos que les afectan. Esta declaración contempla un marco normativo que permitirá a los países formular y desarrollar políticas, planes y programas específicos dirigidas a mejorar y dignificar las condiciones de vida de las comunidades campesinas.

Algunos de los artículos que contiene la declaración son los siguientes:

- Los Estados respetarán, protegerán y harán efectivos los derechos de los campesinos y de otras personas que trabajan en las zonas rurales (Artículo 2)
- Los campesinos y otras personas que trabajan en las zonas rurales tienen derecho a disfrutar plenamente de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales que se reconocen en la carta de las Naciones Unidas, la declaración Universal de derechos humanos, y todos los demás instrumentos internacionales de derechos humanos, sin ningún tipo de discriminación en el ejercicio de sus derechos por motivos de origen, nacionalidad, raza, color, linaje, sexo, idioma, cultura, estado civil, patrimonio, discapacidad, edad, opinión política o de otra índole, religión, nacimiento o situación económica, social o de otro tipo. (Artículo 3)
- Los Estados adoptarán todas las medidas apropiadas para erradicar todas las formas de discriminación de las campesinas y otras mujeres que trabajan en las zonas rurales y para promover su empoderamiento de manera que puedan disfrutar plenamente, en pie de igualdad con los hombres, de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales y obrar por el desarrollo económico, social, político a cultural del ámbito rural, participar en él y aprovecharlo con total libertad. (Artículo 4)
- Los campesinos y otras personas que trabajan en las zonas rurales tienen derecho a una alimentación adecuada y el derecho fundamental a estar protegidos contra el hambre (Artículo 11)
- Los campesinos y otras personas que trabajan en las zonas rurales, con independencia de que sean trabajadores temporarios, de temporada o migrantes, tienen derecho a trabajar en condiciones laborales seguras y saludables, a participar en la aplicación y

el examen de las medidas de seguridad y salud, a escoger a sus representantes de seguridad y salud, y a sus representantes en los comités de seguridad y salud, y poner en práctica medidas de prevención, reducción y control de los peligros y riesgos (...) (Artículo 14)

- Los campesinos y otras personas que trabajan en las zonas rurales tienen derecho a la conservación y protección del medio ambiente y de la capacidad productiva de sus tierras, así como de los recursos que utilizan y gestionan (Artículo 18)
- Los campesinos u otras personas que trabajan en las zonas rurales son titulares de los derechos humanos al agua potable, salubre, limpia, y al saneamiento, que son esenciales para disfrutar plenamente de la vida a través de todos los derechos humanos y la dignidad humana. (Artículo 21)
- Los campesinos u otras personas que trabajan en las zonas rurales tienen derecho a la seguridad social, que incluye los seguros sociales. (Artículo 22)
- Los campesinos u otras personas que trabajan en las zonas rurales tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental. También tienen derecho a acceder, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y sanitarios (Artículo 23)
- Los campesinos y otras personas que trabajan en las zonas rurales tienen derecho a una vivienda adecuada, a mantener un hogar y una comunidad seguros en que puedan vivir en paz y dignidad, y el derecho a no ser discriminados (Artículo 24).

Dentro de los 49 países que se abstuvieron de votar a la declaración se encuentra Colombia, quien en cabeza del gobierno actual no emitió respuesta frente al apoyo para la declaración, lo cual permite evidenciar una vez más los vacíos existentes frente al apoyo y la disposición real de adoptar las medidas necesarias que permitan buscar las soluciones necesarias para una verdadera transformación del campo que beneficie a las comunidades en primera instancia, y que a pesar que la declaración no es vinculante, si puede impulsar el fortalecimiento de iniciativas que mejoren las condiciones de los territorios rurales.

Derecho a la salud y la disputa normativa en Colombia

Según la Corte Constitucional, el derecho a la salud implica el acceso oportuno, eficaz, de calidad y en igualdad de condiciones a todos los servicios, facilidades, establecimientos y bienes que se requieran para garantizar. De igual manera, comprende la satisfacción de otros derechos vinculados con su realización efectiva como ocurre con el saneamiento básico, el agua potable y la alimentación adecuada, por lo que se define el derecho a la Salud, como:

[...] el conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y

deberes; financiamiento; controles; información y evaluación, que el Estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud.

Este derecho debe ser garantizado en todo el territorio nacional, tanto en las zonas urbanas, como rurales del país, sin embargo, esta condición no se ve reflejada del todo en la ruralidad. Aunque es claro que la salud no puede entenderse sólo como atención médica, existe una brecha significativa entre lo urbano y rural propia del ejercicio centralista que potencia la inversión pública en las zonas urbanas, desatendiendo las necesidades de la población rural. La evidencia de lo anterior se observa, solo por mencionar un aspecto, en la existencia de una precaria red de servicios de salud en las zonas rurales y en las cabeceras municipales de los municipios de más baja categoría.

Para la población rural, el artículo 64 de la Constitución Política determinó que:

Es deber del Estado promover el acceso progresivo a la propiedad de la tierra de los trabajadores agrarios, en forma individual o asociativa, y a los servicios de educación, salud, vivienda, seguridad social, recreación, crédito, comunicaciones, comercialización de los productos, asistencia técnica y empresarial, con el fin de mejorar el ingreso y calidad de vida de los campesinos". (Artículo 64, Constitución Política de Colombia)

Con la expedición de la Ley 10 de 1990 y la Ley 60 de 1993, se dio inicio al proceso de fortalecimiento y descentralización del servicio público en salud, así como la asignación de competencias tanto a las entidades territoriales como a la Nación; posteriormente, con la expedición de la Ley 100 de 1993, se creó el Sistema General de Seguridad Social Integral, como medida de implementación de una política de aseguramiento mediante las EPS. De acuerdo al propósito establecido en esta Ley, el sistema general de seguridad social fue creado con el fin de garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana.

En ese camino de transformaciones, de acuerdo a los propósitos del Estado Social de Derecho, como república unitaria, descentralizada, es emitida la Ley 152 de 1994, y la Resolución 5165 de 1994 del Ministerio de Salud y la Protección Social, la Nación y las

entidades territoriales fueron orientadas a elaborar, aprobar, ejecutar, seguir, evaluar, y controlar sus acciones en salud, mediante un plan de desarrollo, que involucre las orientaciones de los diferentes sectores sociales, y el desarrollo territorial.

En el año 2001, es expedida la Ley 715, la cual define la distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones, las competencias de la Nación y las entidades territoriales en materia de salud, entre otros aspectos, así como y establece la obligatoriedad de estas entidades para priorizar, de acuerdo a la situación y condiciones de salud en el territorio, las acciones que debe desarrollar en correspondencia a sus competencias en materia

de salud pública.

En el año 2007 se expide la Ley 1122 que crea el Consejo de Seguridad Social en Salud, así como los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, los cuales debían operar como órganos de rectoría y control para reglamentar las disposiciones constitucionales en la materia a través de actos administrativos. La herramienta para llevar a cabo esta tarea es a través de un plan de atención básica, que debe contar con la participación de las comunidades, bajo la dirección del Consejo Territorial (Departamental y/o Municipal) de Seguridad Social en Salud, el cual tendría una vigencia pro – tempore por los dos años siguientes a la entrada en vigencia de la Ley. Una vez cesó la existencia de este Consejo, los recursos fueron girados directamente a las entidades territoriales certificadas en salud (Departamentos y algunos municipios de 1,2 y 3 categoría) (Congreso de la República, 2001).

A su vez, durante esta vigencia fue expedido el Plan Nacional de Salud 2007 – 2010, a través del decreto 3039 del 2007, el cual integró el mandato establecido en la Constitución Política sobre el derecho a salud buscando mejorar las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida de la población. Definió prioridades, objetivos, metas y estrategias en salud de acuerdo a los indicadores, políticas de salud, tratados y convenios internacionales, así como la determinación de responsabilidades en materia de salud pública a cargo de la Nación, las entidades territoriales y demás actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), y que deben complementarse con las acciones propuestas en el Plan Nacional de Desarrollo y los Planes de desarrollo territorial (MinSalud, 2007).

Sobre el derecho a la salud y debido a la grave crisis del sistema expresadas en un desbordamiento del número de tutelas, la Corte Constitucional promulgó en el año 2008 la Sentencia 7-760 que consagra de forma definitiva, la prioridad del derecho a la salud dentro de cualquier acción del Estado en esta materia. La Corte ordenó a todas las entidades del sistema a corregir las fallas en salud pública, la obligatoriedad de la prestación de los servicios, la garantía del adecuado flujo de recursos, la unificación de los Planes Obligatorios de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado, la actualización del Plan Obligatorio de Salud, entre otras medidas.

Para responder a las órdenes de la Corte, el Gobierno del entonces Álvaro Uribe Vélez, declara a finales del año 2009 la emergencia en salud que buscaba, entre otras medidas, un salvamento a las EPS con ajustes a los protocolos del personal de salud, mayores restricciones al acceso a los servicios, mayor gasto de bolsillo a través de endeudamiento y uso de cesantías, cubrir la quiebra del Fondo de Solidaridad y Garantías, así como ubicar la responsabilidad de la crisis del sistema en los supuestos abusos de los pacientes.

En el 2010, la misma Corte tumba la declaratoria de Emergencia Social dada por el Gobierno de Uribe. Iniciado el gobierno de Juan Manuel Santos sale a la luz pública la corrupción por parte de la EPS y entes territoriales como los famosos recobros fraudulentos, lo que llevó a un nuevo intento de reforma al sistema de salud a través de la expedición de la Ley 1438 del

2011, por medio de la cual se intentó reformar el SGSSS. Su objetivo fue fortalecer la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad civil para el mejoramiento de la salud. Con esta ley se pretendía la universalización del aseguramiento, la unificación del plan de beneficios y la portabilidad o prestación de servicios en cualquier lugar del país, preservando la sostenibilidad financiera del sistema que fue el aspecto de mayor relevancia en esta Ley (Congreso de la República, 2011). Nuevamente el criterio del riesgo financiero lanza por la borda cualquier propósito de la Ley en cumplimiento de la Sentencia.

En el artículo 6° la Ley 1438 de 2011, fue determinado que el Ministerio de la Protección Social debía elaborar un Plan Decenal de Salud Pública a través de un proceso amplio de participación social de acuerdo con la organización, las modalidades y las formas establecidas en el Decreto 1757 de 1994 (MinSalud, 1994). Se establece que en el PDSP deben confluir las políticas sectoriales para mejorar el estado de salud de la población, incluyendo la salud mental; así mismo, que debe incluir los objetivos, las metas, las acciones, los recursos, los responsables, los indicadores de seguimiento y los mecanismos de evaluación. El Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco de las competencias otorgadas por el Decreto 4107 de 2011, aprueba en mayo de 2011 el proceso técnico para formular y adoptar el Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 - 2021.

El Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012 – 2021, pretende sentar las bases para mejorar las condiciones de vida de la población y los indicadores de salud en el marco de los determinantes sociales, incluyendo políticas internacionales, compromisos y convenios suscritos por el país, tanto con los países fronterizos, como en el ámbito internacional, entre los que tiene primordial relevancia el de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

Para el año 2011, estalla el escándalo de Saludcoop y se ordena su liquidación. Esta empresa era para aquel momento la EPS más grande y poderosa de Colombia. El rápido crecimiento de esta empresa llamó la atención de los organismos de control. En efecto, se halló que se utilizaban los recursos de destinación específica a la salud con otros fines, especialmente en inversiones para la formación de otras empresas de este grupo.

Los escándalos empezaron a salir a la luz con casos como los de CaféSalud, Cruz Blanca, Coomeva, entre otras. La concentración de usuarios de Saludcoop y su desmantelamiento, dejó adicionalmente a más de 11 mil trabajadores desempleados, y redes enteras de IPS a la deriva, y agudizó aún más la desatención y las barreras de acceso a los servicios de salud, ya que no existía en el país otra EPS que pudiera suplir las demandas que atendía esta empresa.

Ante toda esta crisis y una gran presión social por parte de trabajadores y trabajadoras de la salud, organizaciones sociales, gremiales, y sectores críticos de la Academia a causa de los retrasos en el cumplimiento de la Sentencia 7-760 de la Corte; en el año 2015 se promulga la Ley 1751 Estatutaria de Salud, que es el resultado de una mediación entre los agentes del sistema, la obstinación del gobierno en mantener el SGSSS y quienes exigían una reforma estructural al sistema de salud.

La Ley 1751 elimina los comités técnico-científicos quienes determinaban qué entraba y salía dentro del Plan de Atención, y que habían sido denunciados por haberse integrado bajo los intereses de las EPS, ordena la prestación completa e integral de los servicios fundamentales sin que exista alguna barrera financiera o administrativa, elimina barreras en la afiliación, establece un conjunto de sanciones por negación de servicios y sienta las bases para la política pública de atención en salud de la que derivaría la Política de Atención Integral en Salud (PAIS).

Legislación vigente

Ley 21 de 1991: Por medio de la cual se aprueba el Convenio número 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, adoptado por la 76a. reunión de la Conferencia General de la O.I.T., Ginebra 1989.

Ley 100 de 1993: Por medio del cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se adoptan otras disposiciones.

Ley 691 de 2001: Mediante la cual se reglamenta la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia.

Ley 1751 de 2015 Ley estatutaria en salud: Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Esta ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regular y establecer sus mecanismos de protección; de igual forma, establece que el derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.

Decretos y Resoluciones:

Resolución 5165 de 1994: Por medio de la cual se expiden los criterios, parámetros y procedimientos metodológicos para la elaboración y seguimiento de los planes sectoriales y de descentralización de la salud en los Departamentos y Distritos.

Decreto 1757 de 1994: Por el cual se organiza y se establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 1 del artículo 4 del Decreto - Ley 1298 de 1994.

Resolución 2358 de 1998: por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

Art. 77 del Decreto 1292 de 1994: Acuerdo 117 de 1998 CNSSS Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

Resolución 412 de 2000: Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública

Decreto 330 de 2001: Por el cual se expiden normas para la constitución y funcionamiento de Entidades Promotoras de Salud, conformadas por cabildos y autoridades tradicionales indígenas.

Decreto 1011 de 2006: Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Resolución 425 de 2008: Por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales.

Jurisprudencia: Corte Constitucional

Sentencia T- 025 de 2004: Tutela los derechos de la población en condición de desplazamiento

CONPES y Política Pública

Acuerdo 326 de 2005: Por medio del cual se adoptan algunos lineamientos para la organización y funcionamiento del Régimen Subsidiado de los pueblos indígenas

Conpes 3550 de 2008: Lineamientos para la formulación de la política integral de salud ambiental con énfasis en los componentes de calidad de aire, calidad de agua y seguridad química.

Conpes 113 de 2008: Política nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PSAN).

Plan Decenal de Salud 2012 – 2021 “La salud en Colombia la construyes tú”: Fija los lineamientos de política pública, técnicos y administrativos para el impulso del sector Salud durante los 10 años siguientes a su expedición. Dentro de los principales objetivos del Plan Decenal de Salud 2012-2021 se encuentran:

1. Alcanzar mayor equidad en salud.

2. Mejorar las condiciones de vida y salud de la población.
3. Cero tolerancias con la morbilidad, la mortalidad y la discapacidad evitables.

Contexto de salud en la ruralidad colombiana

Crisis de la ruralidad en Colombia

El contexto rural colombiano está caracterizado por una marcada concentración de la propiedad de la tierra, contrastado con amplias situaciones de pobreza y acompañado de factores económicos y políticos que configuran una diversidad de contradicciones sociales. Esta concentración de la tierra ha ocasionado a su vez que las condiciones adecuadas de desarrollo social para el campo se vean obstaculizadas, además de ser una de las causas del difícil acceso a los recursos necesarios para la producción de alimentos, los fenómenos de desplazamiento forzado, los impactos ambientales producto de los conflictos por el uso del suelo, y la deficiente presencia institucional que garantice el desarrollo de programas dirigidos al alcance del bienestar de las comunidades en los territorios más apartados y de difícil acceso en el país, así como de la falta de oferta de servicios que garanticen las necesidades básicas.

Adicional al problema de la concentración de la tierra, se encuentra la falta de soluciones reales al narcotráfico que han ocasionado una profundización del fenómeno de la violencia

que aún no se resuelve, y que termina por aislar aún más a las comunidades rurales. La persistente idea de buscar solución a los cultivos de uso ilícito a través de mecanismos como la aspersión aérea, y la falta de garantías para una sustitución voluntaria acompañada del desarrollo de programas que garanticen condiciones de vida y sustento económico suficientes, suman elementos que repercuten sobre la salud de las comunidades en la ruralidad.

Es así como las condiciones de salud prevalentes para la ruralidad colombiana, encuentran también una relación directa con algunos de los factores históricos que originan el conflicto armado, y que bien están reconocidos dentro del Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera, por ello la necesidad de la integralidad del abordaje en salud en conjunto con otros temas que hacen parte de la Reforma Rural Integral, y la solución al problema de las drogas ilícitas, como una de las garantías para lograr una verdadera transformación del campo que dignifique la vida de las comunidades.

Adicionalmente, los problemas ambientales derivados del modelo extractivo y del uso de monocultivos a gran escala, la deficiente infraestructura de vías y carreteras, la contaminación de fuentes hídricas, la corrupción en la inversión de obras públicas, y el recrudecimiento de la violencia y persecución contra líderes y lideresas sociales, son algunos de los factores que inciden sobre el estado de salud de las personas. Este tipo de problemáticas generan la afectación sobre la salud física y mental de las poblaciones rurales que requiere

de un enfoque y abordaje de la salud distintos, en donde se tenga en cuenta la generación de saberes propios y ancestrales de las comunidades que han buscado dar respuesta a sus necesidades en medio del abandono estatal, pero también para el rescate y conservación de prácticas culturales originadas en medio de sus contextos característicos.

Como punto de partida, se hace entonces necesario comprender la caracterización actual de la población rural, teniendo en cuenta la multiculturalidad existente y las persistentes brechas entre el campo y la ciudad.

Caracterización de la población rural: ruralidades y diversidades en Colombia

No existe una ruralidad, existen ruralidades. La tendencia de asociar a la población rural con un patrón socio cultural determinado es un error. Hay tantas ruralidades como poblaciones, etnias, territorios y pueblos existen en Colombia. Se hará a continuación un intento de caracterización de algunas de estas ruralidades, sus problemas en cuanto a salud y el reconocimiento de sus propios desarrollos y maneras de enfrentar los problemas en este ámbito.

La población rural y campesina en Colombia

De acuerdo a la información contenida en el tercer Censo Nacional Agropecuario – CNA -, la población rural en Colombia está compuesta por alrededor de 5.1 millones de personas, 2 millones de personas menos que las registradas en el Censo General de 2005, lo cual significa que la migración rural-urbana ha sido considerablemente alta. Esto se debe, en parte, a condiciones de conflicto armado ocasionando desplazamientos o despojos forzados, factores económicos asociados a bajo índice de desarrollo local, falta de oportunidades y problemas asociados al desempleo y falta de garantía de servicios básicos que ha obligado que la población se traslade a las zonas urbanas, bien sea cabeceras municipales o grandes ciudades en busca de otras oportunidades (DANE, 2016).

Para el año 2015, la población rural abarca cerca del 80% del territorio nacional rural, lo que evidencia la dispersión en su ubicación, y el 37.6% se encuentra en situación de pobreza multidimensional, evidenciada en las dificultades de acceso en materia de educación, *salud*, trabajo y condiciones de habitabilidad (servicios de agua potable y saneamiento básico) (DANE, 2016).

El aseguramiento en salud, y las barreras de acceso en salud, si bien entre sí no muestran una brecha significativa, evidencian que en las zonas rurales se tiene mayores dificultades para acceder a este derecho que en la zona urbana, según el informe de la Misión para la Transformación del Campo Colombiano, el 8,5% de la población rural dispersa tiene barreras para acceder a la salud, mientras que en la cabecera municipal, es el 6,8% (DNP, 2014).

El tercer Censo Nacional Agropecuario mostró que el 98,5% de los productores rurales dispersos se encuentran afiliados al sistema general de seguridad social en salud, frente a un 4,2% que no está afiliado. En los departamentos muestra que la afiliación a seguridad social en salud es superior al 90%, a excepción de La Guajira donde la afiliación, aunque no es marcadamente inferior, con un 86,7%; sin embargo, el régimen que presenta la mayor proporción de afiliados en todos los departamentos es el subsidiado con un 82,2%, seguido por el régimen contributivo con un 12,8%. De la población étnica censada, el 93,6% cuenta con afiliación a régimen de salud, del cual el 93% de las comunidades indígenas están en régimen subsidiado; el 87,6% de las comunidades afrocolombianas a régimen subsidiado; y el 63,8% de las comunidades raizales están en régimen contributivo (DANE, 2016).

Teniendo en cuenta la integralidad que debe tener la garantía del derecho a la salud, es preciso considerar los indicadores de satisfacción de los demás componentes, tales como alcantarillado, saneamiento básico, rezago escolar, acceso a servicios de cuidado de la primera infancia. La población rural en Colombia carece: 94% sin alcantarillado, 57,2% no acceden a acueducto, 22,4% está en condición de rezago escolar, el 10% no tiene afiliación a salud, y el 4,9% tiene barreras de acceso a servicios de primera infancia (DANE, 2016).

Este informe muestra, que si bien las brechas no son significativas en afiliación al sistema de seguridad social entre la zona rural y urbana, si se evidencian brechas considerables en el acceso, uso y calidad de los servicios entre cabeceras municipales y población rural y rural dispersa. La Misión describe que las principales razones por las cuales la población rural tiene un acceso más limitado en su derecho a la salud, es por las distancias a los centros de salud, los altos costos asociados a esas distancias, y que la oferta no responde a la composición demográfica de los hogares rurales (DNP, 2014).

A nivel territorial, según el informe presentado por el DANE como resultado del tercer censo nacional agropecuario, *“una persona se considera privada de esta condición si pertenece a un hogar que tiene al menos una persona mayor de 5 años que no se encuentra asegurada a la Salud”*. El mayor porcentaje de esta privación se presenta en La Guajira con 27,4%, seguido por Atlántico 18,0% y Vichada 17,4%. Los departamentos de Guainía, Vaupés y Huila presentan menor porcentaje de hogares con personas que no cuentan con servicios de salud, con 4,3 %, 4,9 % y 6,9 %, respectivamente. Sin embargo, los porcentajes presentados fuentes oficiales como el censo nacional agropecuario, o encuestas de calidad de vida, en materia de salud solo dan cuenta de población afiliada al sistema de seguridad social en salud, más no de la calidad, el acceso y oportunidad en la satisfacción de este derecho.

Según el documento borrador del Plan Nacional de Salud Rural, presentado por el Ministerio de Salud y Protección Social, el país ha alcanzado la cobertura del 95%. Sin embargo, algunos municipios en el Chocó o La Guajira, apenas alcanzan aproximadamente el 46%. En algunos municipios PDET el aseguramiento se ubica en el 86%, y en Mapiripán y macarena están en 31% y 46% respectivamente.

En cuanto a la mortalidad infantil, el análisis de situación de salud rural apunta que existe un



exceso de aproximadamente tres muertes por cada mil nacidos vivos en la zona rural con respecto a la zona urbana. Para el 2017 la mortalidad infantil en el ámbito rural alcanzaba el 10,2% mientras que en el rural era del 12,3%. Este indicador es importante porque también muestra la disponibilidad, oportunidad y calidad de los servicios materno infantiles.

En el análisis de la mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) e Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de 5 años, aunque la tasa ha descendido tanto en el ámbito rural como el urbano, se mantiene la brecha sostenida en el tiempo. En el 2017 la tasa de mortalidad infantil por EDA en menores de cinco años era de 2,2% en el ámbito urbano, mientras que en el rural era del 4,8%. En cuanto a IRA en lo urbano era del 13,2% mientras que en lo rural era del 15,8% para el mismo año.

Con relación al bajo peso al nacer, el análisis informa que la proporción es mayor en la zona urbana que en la rural, sin embargo, se acentúan en el contexto urbano para la población en condición de desplazamiento forzado y demás población ubicada en zonas periféricas de mayor condición de vulnerabilidad socioeconómica. Esta es básicamente población rural habitando zonas periféricas de grandes ciudades.

Acerca de la salud mental en la ruralidad, la Encuesta Nacional de Salud Mental (2015) afirma que la mayoría de las afecciones se deben a una experiencia traumática relacionada con el conflicto armado, especialmente en situaciones de desplazamiento e inseguridad. Sin embargo, las cifras también indican que la mayoría de los registros se hacen en la zona urbana, lo que significa que hay una gran dificultad de identificación y caracterización del estado de salud mental en la ruralidad. Es preciso que una política integral de salud para el campo colombiano incluya un programa robusto de salud mental.

Una de las problemáticas más agudas que se presentan en los territorios rurales, como lo indica el análisis de situación de salud rural que presenta el Ministerio de Salud y Protección Social es el acceso a los servicios de salud. En referencia a lo anterior, el propio Ministerio reconoce la importancia de la atención extramural y la presencia de talento humano en salud recorriendo los territorios. Pese a esto, el mismo análisis indica que existe una brecha en la cobertura de indicadores tales como atención prenatal (urbano 89,3%, rural 80,8%); en cuanto a la vacunación, la brecha parece imperceptible, pero esto puede deberse a que el programa de vacunación es quizás uno de los pocos sistemáticos en la ruralidad.

Sobre la brecha en la distribución de talento humano en salud entre el ámbito rural y urbano, para el 2016, la densidad de profesionales de salud en zonas urbanas era de 102 por cada 10.000 habitantes, mientras que, en las zonas rurales, era de 40.8 en área rural y 28.1 en área rural dispersa.

Mujeres rurales y campesinas, y enfoque de género

Para iniciar vale poner de presente que, al hablar de enfoque de género, este no se reduce a las mujeres sino que incluye identidades diversas sobre las cuales un sistema de salud debería

ser comprensivo e integral, y debería orientarse a la consecución del derecho a la diferencia, al libre desarrollo de la personalidad, a la autonomía de las personas sobre sus cuerpos, entre muchos otros aspectos. Tanto en las identidades de género como específicamente en el caso de las mujeres, es importante reconocer que no existe una única mujer rural sino mujeres rurales diversas. Como bien lo señala la Dirección de la Mujer Rural del Ministerio de Agricultura, el 20% de las mujeres rurales son indígenas (53.1%), afrodescendientes (46.4%), palenqueras (0.2%), raizales (0.1%) y del pueblo gitano (0.1 %).

El proceso de paz con la entonces guerrilla FARC, es el primero en el mundo en incluir a las mujeres y al enfoque de género dentro de los puntos a negociar. Como lo consigna el documento del CEPDIPO en su libro *Estado General de la Implementación del Acuerdo de Paz en Colombia* (2019), la inclusión de disposiciones con este enfoque son un avance histórico en la ampliación de la democracia colombiana que puso en la agenda pública las problemáticas y reivindicaciones de las mujeres y demás identidades de género.

Es por eso que en el Acuerdo se afirma que:

En la implementación de lo acordado en el punto ‘Hacia un nuevo Campo colombiano: Reforma Rural Integral’ se tendrán en cuenta los siguientes principios: (...) Igualdad y enfoque de género: reconocimiento de las mujeres como ciudadanas autónomas, sujetos de derechos que, independientemente de su estado civil, relación familiar o comunitaria, tienen acceso en condiciones de igualdad con respecto a los hombres a la propiedad de la tierra y proyectos productivos, opciones de financiamiento, infraestructura, servicios técnicos y formación, entre otros; atendiendo a las condiciones sociales e institucionales que han impedido a las mujeres acceder a activos productivos y bienes públicos y sociales (Acuerdo Final, p, 12).

De igual forma,

(...) se creará e implementará el Plan Nacional de Salud Rural. Para el desarrollo del plan se tendrán en cuenta los siguientes criterios: (...) la adopción de un enfoque diferencial y de género que tenga en cuenta los requerimientos en salud para las mujeres de acuerdo a su ciclo vital, incluyendo medidas en materia de salud sexual y reproductiva, atención psicosocial y medidas especiales para mujeres gestantes y los niños y niñas, en la prevención, promoción y atención en salud (Acuerdo Final, p, 26)

En relación al enfoque de género para la implementación del AF, según el informe del CEPDIPO, se ha identificado una tendencia a ocultar la población LGTBI, cuya participación en escenarios de construcción de políticas públicas no es visible, a excepción de la Instancia Especial de Mujeres y en el sistema de Verdad, justicia, Reparación y garantías de no Repetición. Sumado a esto, hace falta una comprensión de lo que significa la transversalización del enfoque de género en la política pública y en la adecuación institucional.

Adicionalmente, la falta de distinción sobre las particularidades y diferencias entre las mujeres rurales y todas las diversidades de género, ha producido que el sistema de salud las y los continúe considerando en abstracto, sin autonomía y asociando a las mujeres al papel que cumplen dentro del núcleo familiar. Los indicadores siguen construyéndose a partir de los núcleos familiares sin que exista una información desagregada y específica sobre la población rural femenina, como bien lo señala el Grupo de Monitoreo para la implementación de la CEDAW en Colombia (2019).

[Existe] La invisibilización constante de las diferencias importantes por sexo, prevalencia, riesgos y consecuencias de los problemas de salud. Aquí no se trata de equiparar las tasas de mortalidad o morbilidad para ambos sexos; el reto es garantizar que las diferencias entre mujeres y hombres, no sean un obstáculo para vivir dignamente y disfrutar de salud, y en la probabilidad de no padecer enfermedad, discapacidad ni muerte prematura por causas prevenibles asociadas a las diferencias biológicas. (Vallejo, 2020)

Esta visión familiarista impide determinar condiciones específicas de la salud y calidad de vida de las mujeres rurales y campesinas, tales como las diferencias de valoración entre trabajo remunerado y trabajo no remunerado. A las mujeres no se les considera igual de productivas que a los hombres. El hecho de que las mujeres no hagan trabajo remunerado repercute en bajos niveles educativos, sobrecarga en el trabajo, dificultades para ser poseedoras y titulares de las tierras, las violencias en lo público y lo privado, la falta de oportunidades laborales y económicas, prejuicios e imaginarios que limitan el desarrollo autónomo de la sexualidad y la maternidad, las consecuencias sobre sus cuerpos y mentes del conflicto armado, el aumento de la militarización, entre otros, como lo señala Juliet Lorena Vallejo Vega de la organización Casa de la Mujer.

Las mujeres rurales se enfrentan a mayores obstáculos que los hombres para acceder a los servicios de salud, por la misma condición de vulnerabilidad y discriminación que las cobija en toda la sociedad. El simple hecho de que el sistema de salud colombiano dependa de la capacidad adquisitiva de las personas, plantea de entrada la inequidad en el acceso por la desigualdad en el ingreso entre hombres y mujeres.

La necesidad de una política diferencial para las mujeres que cierre esa desigualdad histórica y que atienda de forma integral (salud física, mental y emocional) hace que se incluya un capítulo especial de esta naturaleza en el Plan Nacional de Salud Rural para el Buen Vivir.

A pesar de considerarse que el enfoque bajo el que se construyen los indicadores de salud parece limitado, es claro que algunos de ellos permiten analizar la situación de las mujeres en el campo, por tal razón, es importante mencionarlos a continuación:

Con respecto a las condiciones de vida, según la Encuesta Integrada de Hogares (2013), el 88,47 % de los hombres rurales están afiliados al sistema de seguridad social, en relación con las mujeres quienes presentan un porcentaje mayor de afiliación con un 92,57 %.

En relación al trabajo no remunerado, según los resultados de la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT) “los hombres ocupan en promedio 3 horas 6 minutos” en el trabajo no remunerado, “mientras que las mujeres 8 horas 12 minutos, esto permite evidenciar que las mujeres ocupan 5 horas 6 minutos día promedio más que los hombres en este tipo de actividades”. En este mismo orden de ideas, la participación promedio en un día de trabajo no remunerado al interior de los hogares es de un 93% para las mujeres rurales mayores de 10 años, frente a la de los hombres que es de un 60,6%.

En temas de violencia ejercida contra las mujeres, según el primer informe sombra específico de mujeres Rurales y Campesinas en Colombia presentado a la CEDAW, al 5 de julio de 2018 se han identificado 123 asesinatos. De esos, 83,19 % corresponde a defensores de Derechos humanos y 14,6% del mismo eran mujeres, y su labor estaba relacionada con la denuncia de los conflictos por la tierra y los conflictos ambientales. Además, el 80,48 % de ellos y ellas hacían parte de organizaciones campesinas, y Juntas de Acción Comunal. (CEDAW; 2019)

Según la ENDS 2015, de las cifras para anticoncepción, El 80,9 % de las mujeres y el 82,7 % de los hombres entre 13 y 49 años usan algún método anticonceptivo. Adicionalmente, el 34,9 % de las mujeres en el país se ha realizado la esterilización, de ellas el 36,2 % se ubican en la zona urbana y el 31,1% en la rural.

El 50,9 % de las mujeres entre 13 a 49 años se realizó la prueba de VIH/SIDA ; de ellas el 52,9 % en lo urbano y el 43,5 % en lo rural.

Violencia de género

- El 23,9 % de las mujeres de 13 a 49 años alguna vez o actualmente ha sido víctima de intimidación por parte de la pareja. Esta situación se presenta en porcentajes similares en la zona urbana (23,8 %) y la rural (24,0 %).
- El 31,9 % de las mujeres de 13 a 49 años alguna vez o actualmente ha sido víctima de violencia física por parte de la pareja (32,7 % en zona urbana y 29,2 % en rural).
- El 31,1 % de las mujeres y el 25,2 % de los hombres de 13 a 49 años alguna vez han sufrido de violencia económica y patrimonial por parte de la pareja.
- El 7,6 % de las mujeres de 13 a 49 alguna vez o actualmente ha sufrido de violencia sexual por parte de la pareja.

Interrupción voluntaria del embarazo (IVE)

- El 60,4 % de las mujeres de 13 a 49 años de zona urbana sabe que la IVE es legal en algunos casos, frente al 4 % en zona rural.
- El 86,9 % de mujeres de 13 a 49 años sabe que la IVE es legal cuando la mujer

- haya sido objeto de una violación (87,7 % en zona urbana y 82,4 % en rural).
- El 86,1 % de las mujeres y el 79,4 % de los hombres saben que la IVE es legal cuando existe una malformación grave en el feto.
 - El 77,2 % de las mujeres y el 81 % de los hombres de 13 a 49 años saben que la IVE es legal para salvar la vida de la mujer.
 - El 40,5 % de las mujeres y el 42,2 % de los hombres saben que la IVE es legal cuando el embarazo pone en riesgo la salud mental de la mujer.

Para el indicador razón de mortalidad materna, el cual es un trazador para todo el sistema de salud, la mortalidad es mayor en la zona rural que en la urbana. En la zona urbana fallecen al año 45 maternas de cada 100.000 nacidos vivos, mientras que en la rural fallecen 60,9, manteniendo la brecha la tendencia histórica.

Con respecto a la disparidad en el embarazo en la infancia y adolescencia, lo primero que detecta es la ausencia de información por territorios. Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud - ENDS (2015) en los municipios PDET la tasa de fecundidad entre los 10 y 14 años es de 4,7 nacimientos por 1000 mujeres frente al 2,9 de todo el país para el año 2015).

En cuanto al acceso y uso de anticonceptivos, pese a que el conocimiento de los mismos es casi universal, se encuentra un menor uso de diversos métodos anticonceptivos por parte de las mujeres rurales (73,6%) con respecto a las mujeres urbanas(76,7%).

Con relación al examen de citología, la distribución es del 67,1% para las mujeres urbanas, versus 63,9% para las mujeres rurales. Adicionalmente, la ENDS reporta departamentos con un alto porcentaje de mujeres que nunca se han realizado la citología, como es el caso de Chocó, Amazonas, Guainía, Vichada, y Magdalena, departamentos que a su vez se componen de grupos étnicos, indígenas, y afrodescendientes.

El sistema de vigilancia en salud pública para el año 2017 reportó un total de 98.999 casos de violencias de género. El 73% de estos casos se reportan en cabeceras municipales, el 14,2% en población rural dispersa, y el 8,6% en centro poblado. El bajo registro de casos en zonas rurales se debe a las barreras de acceso a servicios de atención a las violencias por parte del sistema de salud en articulación con el sistema de justicia.

Embarazo adolescente, porcentaje de mujeres que usan algún método anticonceptivo, VIH, feminicidio, violencia intrafamiliar contra mujeres, porcentaje de mujeres dedicadas alabores del cuidado sin remuneración, mortalidad materna, malnutrición por déficit o por exceso (análisis de doble carga nutricional).

Aún más desconocida resulta la situación de las personas LGTBI en la ruralidad. Tener una identidad sexual diversa en el campo es mucho más complicado debido a que existe una mayor discriminación contra estas personas por el rasgo machista. Según afirma Wilson Castaneda, director del colectivo Caribe Afirmativo en un artículo para Semana Rural (2017) las acciones para reivindicar los derechos y proteger a la comunidad LGBTI se concentran

en las ciudades. Esto ha llevado a la creencia de que la migración a grandes centros urbanos es la única alternativa para salir del closet de tal manera que existe un subregistro sobre las condiciones de vida de estas personas en la ruralidad.

En el ámbito de la salud, en el año 2020 la School of Lay Williams Institute de la Universidad de California publica su estudio *Estrés, salud y bienestar de las personas LGBT en Colombia*, como resultado de la más amplia encuesta nacional nunca antes realizada. Según la encuesta, el 72% reportaron, al menos, angustia psicológica moderada. Señalan que uno de cada cinco encuestados y encuestadas LGBT recibió “terapia de conversión” mientras que un 35% de personas transgénero recibió el mismo tratamiento.

La victimización y la discriminación se atribuye como una de las principales causas del deterioro de la salud de personas LGTB y trans. El 47% de las personas transgénero recibió alguna amenaza de violencia, mientras que el 36% de la misma población fue agredida físicamente y el 27% fue agredida sexualmente.



Resulta gravísimo que el 20% de las y los encuestados reportaron tratos abusivos verbales por parte de agentes del estado y, directamente abusos físicos por parte del 11%. En el 2017, Según el Sistema de Información sobre la Violencia contra las Personas LGBT en Colombia (2018) en 2017, se registraron 66 actos de violencia policial contra personas LGBT.

En cuanto al ámbito escolar, el 67% mostró sentirse inseguros e inseguras en sus escuelas, y el 43% recibió acoso físico y el 47% acoso sexual. El 37% reportan haber sido agredidas y agredidos por sus maestros a causa de su orientación sexual.

El estrés es una de las principales causas de enfermedad en esta comunidad: miedo a perder el trabajo, preocupación o miedo, cansancio o agotamiento, problemas de sueño e irritabilidad. Según un estudio realizado en el 2008 por la Alcaldía de Bogotá, el sistema de salud no estaba adecuado para responder a las necesidades en salud de las personas LGBT,

y estas no acudían a los servicios por temor a la estigmatización. Se tenían que enfrentar a la ausencia de preparación del personal de salud que prestaba los servicios a esta población.

Para el 2016 habían aproximadamente 150 mil casos reportados de VIH, con un aumento en hombres gay/bisexuales del 12 al 17% y en mujeres transgénero del 15 al 21% en un periodo de 4 años. El 14% carecía de un seguro de salud frente al total del 6%.

No existen datos sobre suicidio en esta población, sin embargo se ubica que el 30% de las y los encuestados reportan tener ideas suicidas. En el 2018, de 2.458 casos en todo el país, el 0,5% eran personas LGTB pero se aducen causas variadas que podrían apuntar a una subestimación de la cifra.

Contexto del sistema de salud en Colombia

Antecedente histórico reciente

El Sistema Nacional de Salud, creado en el año 1975, funcionaba a través del subsidio a la oferta desde el Estado, dirigido preferentemente a la red de hospitales públicos, un seguro social y cajas de previsión que cubría una minoría de trabajadores y trabajadoras, y una oferta de salud privada para quienes tenían recursos para acceder a aquella.

Desde finales de los años 80 e inicio de los 90 en Colombia, se inició un proceso de descentralización acompañado de una apertura económica y cierta apertura política gracias a los procesos de paz acontecidos en la época. La conjunción de tales procesos significó una mayor autonomía para los territorios que se juntó con la tendencia de reducción de los Estados propia de la época. Al tiempo, el proceso de elaboración de una nueva carta constitucional (1991) como momento culmen de cierre del bipartidismo en Colombia, causó que, por un lado, tuviésemos una Constitución nominalmente garantista de derechos, pero que abrió la senda a las privatizaciones y entrega a terceros de funciones del Estado al mercado.

Así, en el año 93, y posterior a la reforma y privatización del Sistema de Pensiones, se creó el Sistema Integral en Seguridad Social, con el que se termina de reformar todo el conjunto de la protección social: salud y riesgos profesionales.

La reforma al sistema de salud en ese año, recogió las discusiones del Banco Mundial que posteriormente serían consignadas en el documento *Invertir en Salud*, entre cuyas recomendaciones está priorizar la eficiencia del gasto, focalizar la acción del Estado en los más pobres priorizando la asistencia y abrir la prestación de servicios de salud al sector privado.

Se formuló así el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), sistema aparentemente de carácter público donde prevalece el aseguramiento con una creciente disminución del papel del Estado y una expansión de la delegación de funciones del mismo



a empresas privadas. En el caso de la salud hablamos de la delegación de la garantía del derecho, de la prestación y de la administración de recursos públicos de destinación específica.

Este sistema fragmentado consta de varios regímenes (los principales han sido el subsidiado y el contributivo) con planes diferenciados, lo que ha causado un acceso desigual a tratamientos, medicamentos y servicios según la capacidad de pago, por tanto, no se puede decir que se trate de un sistema de equidad y acceso universal.

El sistema se diseñó pensando en la atención individual de usuarios por demanda de servicios, sin demasiada diferenciación entre usuarios y mucho menos sin articulación con las realidades territoriales que comprende el país. Entonces, no se trata de uno comprensivo y adecuado a las múltiples realidades territoriales que abarca el país.

La crisis del sistema de salud colombiano

El primer grave problema del actual sistema de salud es la fragmentación producida por un concepto de política en salud como un conjunto acciones individuales y colectivas que no consiguen articularse en una política integral. Así las cosas, las acciones individuales son suministradas por el mercado en una lógica basada en la atención de la enfermedad y la demanda de los servicios, mientras que las acciones colectivas, al menos en teoría, van encaminadas a afectar los determinantes sociales de la enfermedad a través de la salud pública, la promoción y la prevención en salud. Un poco de sentido común debería permitir ver cómo sanar el entorno y proveer condiciones de vida produciría sociedades saludables, pero el sentido y el propósito común no es lo que caracteriza el sistema, sino la rentabilidad de la atención individual. Se trata de una visión restrictiva de la salud como ausencia de enfermedad que activa relaciones económicas muy poderosas contenidas en un complejo médico industrial y financiero.

La prueba del tipo de elección política sobre el enfoque que orientaría nuestro sistema es que aquellas acciones individuales que acontecen cuando aparece la enfermedad y que significan una alta demanda de servicios, son las que se llevan la mayor proporción de los recursos en presupuesto nacional.

El mercado establece una relación perversa con una serie de “clientes” a través de la dependencia con la enfermedad, en una mirada fragmentada de los seres humanos como cuerpos que operan mecánicamente y que van presentando fallos a lo largo de su vida.

En el marco de facilitar este tipo de transacciones, el papel del Estado se reduce a funciones como la “modulación” o “rectoría”. La inspección, vigilancia y control ha sido deliberadamente insuficiente especialmente frente a las Empresas Promotoras de Salud (EPS) en donde el manejo de los dineros por parte de aquellas es hoy en día un cuello de botella en la fluidez de los recursos. Los costos de la intermediación financiera, la presión de las

farmacéuticas por mantener la libertad de precios, el desvío de los recursos de la salud para fortalecer inversiones de las empresas intermediadoras, fenómenos monopólicos de tamaño descomunal como lo fue Saludcoop, y la utilización del Fondo de Solidaridad y Garantías para cubrir los huecos del Estado, causaron y siguen causando que Colombia tenga uno de los gastos en salud más elevados e ineficientes en relación con el goce efectivo al derecho a la salud, en toda la región.

Por otro lado, bajo el esquema del actual sistema, el Estado se descarga de la responsabilidad de garantizar la universalidad del sistema y se concentra en aportar subsidios a la demanda para la población más pobre, es decir, la focalización de la política a través del régimen subsidiado. Este reordenamiento del sistema se proyectó bajo el supuesto de que las y los afiliados al subsidiado irían disminuyendo en la medida en que habría un crecimiento económico sostenido y como “natural” consecuencia de esto, la generación de mayor empleo. Por supuesto, el país ha atravesado algunos picos de crecimiento económico que no han significado la activación de sectores productivos generadores de empleo en el país. Para intentar mantener la artificiosa relación entre crecimiento y empleo, los gobiernos y los distintos parlamentos han llevado a cabo un conjunto de medidas de flexibilización laboral que ha precarizado el trabajo en Colombia, y ha generado una cuantiosa fuga de recursos en exenciones, liberando cada vez más de su obligación frente a la seguridad social de las y los trabajadores a los empleadores, y todo este conjunto de políticas no se ha podido relacionar al día de hoy con la activación de la producción interna y la generación de mayor empleo. Las políticas tampoco han favorecido una adecuada distribución de la riqueza, siendo la informalidad y la flexibilización laboral la norma que, a su vez, ha impedido que más colombianos y colombianas pasen del régimen subsidiado al contributivo.

Finalmente, el Estado se encargaría, de forma descentralizada, del componente de salud pública el cual es muy marginal frente al aseguramiento y nunca logró una adecuada articulación. Aunque varias de las acciones en salud pública son responsabilidad de las EAPB, estas no encuentran rentable su correcta implementación.

El ánimo de lucro en el sistema ha incentivado de manera perversa, la corrupción. Para el año 2019, una dirección especial de la Fiscalía dedicada a investigar la corrupción en salud, estimó que casi un billón de pesos de estos recursos públicos se perdió, es decir, el 8% del presupuesto para ese sector en ese año.

La Defensoría del Pueblo publicó en el 2019 el informe de tutelas por el derecho a la salud en la vigencia del 2018 reportando la dramática cifra de 607.308 acciones, es decir, una acción cada 52 segundos.

De otro lado, solo en el caso de la actual coyuntura a causa de la emergencia sanitaria en el marco del COVID-19, la Superintendencia Nacional de Salud ha recibido más de 870 mil quejas sobre 15 EPS, donde lo que operan son procesos de sanción pecuniaria principalmente. Un sistema de salud que depende de una acción jurídica o de estar sancionando a sus agentes para que cumplan con sus funciones, debe al menos producir un claro manto de duda sobre

su capacidad para garantizar el derecho a la salud de las y los colombianos.

La crisis de la red pública hospitalaria

Un capítulo especial alrededor de la crisis del actual sistema de salud en Colombia, lo merece la situación de la actual red pública hospitalaria, en especial porque esta se constituye en muchos territorios, como la red de servicios al alcance de la población rural.

Con el cambio de sistema se pasa del subsidio a la oferta al subsidio a la demanda, es decir, un subsidio que se otorga para que el usuario acceda al mercado con el proveedor de su elección. Según Luis Alberto Martínez, director ejecutivo de la Asociación de Empresas Sociales del Estado de Antioquia (AESAs), es a partir de ese punto que vivimos un marchitamiento de la red pública hospitalaria y una proliferación de operadores privados compitiendo por clientes.

A partir de la Ley 100 de 1993, la discrecionalidad en la contratación de servicios queda en manos de las EPS quienes dejan de lado la prioridad de hacerlo con la red pública hospitalaria. Además, dentro de la reforma al sistema los hospitales fueron obligados a asumir una reestructuración a manera de empresarización (Empresas Sociales del Estado E.S.E.) que los puso en una competencia desigual con Instituciones Prestadoras de Salud - IPS de carácter privado: los hospitales públicos se quedaron con la población empobrecida, de alto costo y en zonas donde no existe la misma demanda de servicios. La baja demanda de servicios en zonas dispersas, bajo el esquema de pago por facturación, hacía que los hospitales que atienden en las zonas rurales no tuviesen los mismos ingresos que las IPS que operan en una gran ciudad.

Por otro lado, el papel de vigilancia del Estado puso sus ojos, principalmente, en la actuación de los hospitales públicos quienes ya vivían de antemano, situaciones complejas de corrupción y clientelismo. Las acciones para la eficiencia y control del gasto se concentraron en el saneamiento financiero de los hospitales públicos, por encima del control y vigilancia a las empresas de carácter privado que participaban del sistema.

Como también lo afirma Luis Alberto Martínez, para intentar solventar los problemas de funcionamiento de los hospitales públicos, a través de la Ley 812 de 2003 se les permite contratar los servicios a prestar con terceros a través de convenios con entidades públicas y privadas. La integralidad del hospital como unidad que alberga múltiples servicios se rompe entonces, lo que ha ido llevando a una “deshospitalización” de las Empresas Sociales del Estado.

Los hospitales quedaron como un cascarón vacío útil para la contratación de servicios, al tiempo que todo lo anterior llevó a un gravísimo deterioro de las condiciones de las y los trabajadores y a un abandono paulatino de plantas físicas, tecnologías, laboratorios, entre otros aspectos.



Adicionalmente los hospitales tuvieron que padecer una especie de “trato diferencial” por parte de las EPS: estas preferían contratar en integración vertical con sus propias redes y, adicionalmente, retenían los pagos de las facturas de los servicios contratados con los hospitales públicos.

El creciente déficit financiero en los hospitales públicos se tramitó a través de la liquidación. Ante esta grave crisis de los hospitales, la Corte Suprema en el año 2001, a través de la Sentencia 540, aclara que los hospitales públicos no pueden ser tratados como cualquier otra empresa del Estado, porque su finalidad es garantizar un derecho humano consagrado en la Constitución, por ende, su rentabilidad no es financiera sino social.

Adicionalmente, la Corte Suprema, a través de la Sentencia 540 de 2001, aclara que, por la naturaleza y misionalidad de esta particular Empresa Social del Estado, no pueden tomarse medidas basadas en el déficit financiero, pues la rentabilidad de los hospitales es de orden social.

En la actualidad, el 75% de los municipios con menos de 15 habitantes, la mayoría de ellos en zonas rurales y dispersas, dependen de un hospital público. Como también afirma Luis Alberto Martínez y otros expertos, mantener el esquema de competencia en las zonas donde los hospitales públicos son los prestadores monopólicos, es innecesario. Pero aún en aquellas donde hay más prestadores, el rescate de la red pública hospitalaria como parte fundamental de la garantía del derecho a la salud, es fundamental. El hospital sigue siendo el referente más a la mano de la atención, especialmente para las poblaciones más vulnerables que se encuentran, en buena medida, en la ruralidad colombiana.

La política reciente en salud para la ruralidad en Colombia

El Modelo de Acción Integral Territorial (MAIT) entra a operativizar la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), y deroga las resoluciones 429 de 2016 y 489 de 2019, con las cuales se establecía el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS). Contempla 8 líneas de acción, dentro de las que se encuentran: aseguramiento, salud pública, prestación de servicios, talento humano en salud, financiamiento, enfoque diferencial, articulación intersectorial, y gobernanza. La finalidad de este último modelo es lograr mejores resultados en salud, y propone para tal fin el desarrollo de acciones articuladas entre los agentes del sistema de salud, las comunidades y los departamentos o distritos, acompañados por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Pese a que la política y los modelos de atención MIAS y MAIT plantean un enfoque territorial y el desarrollo de un “modelo especial” es necesario resaltar que no logran superar la visión asistencialista, conciben el territorio de manera reducida al espacio físico y la universalidad en salud es reducida cobertura.

De otro lado, una de las principales debilidades del modelo de atención consiste en que las funciones de fortalecimiento de oferta de servicios de salud, la identificación de riesgos, necesidades y potencialidades poblacionales; identificación de necesidades y expectativas de agentes y demás actores del sector salud; concertación de prioridades en salud pública (dentro de las que se incluye incentivar las prácticas de autocuidado y coordinación con otros sectores para intervenir en los determinantes sociales en salud); y la adaptación de rutas integrales de atención en salud (RIAS), quedaron a cargo de los entes territoriales sin que se establezca con claridad en qué consiste el apoyo del Ministerio de Salud y Protección Social para que dichas entidades tengan el soporte técnico y de recursos que requieren para asumir tales competencias, y de otro lado, no es claro el papel que tendría el Estado como rector del sistema de salud. El Estado sigue cumpliendo un papel de mediador entre agentes del sistema y usuarios.

Para finalizar, a pesar de mencionarse la Atención Primaria en Salud como una de las estrategias a desarrollar para el PNSR, su enfoque no es el adecuado. En primer lugar, y como ya se ha mencionado, la Atención Primaria en Salud no se puede confundir con atención básica, se trata de una estrategia intersectorial, multicultural e interdisciplinaria que debe ordenar el sistema de salud más allá de la prestación de servicios. Es decir, debe ser una estrategia orientada a la calidad y bienestar de vida integral en los territorios.

En segundo lugar, una adecuada APS rural debe contar con la participación social y políticas de las comunidades en los ejercicios de diagnóstico de necesidades y en la toma de decisiones adecuadas en salud a las particularidades de sus territorios.

La APS debe garantizar el acceso pleno a todos los servicios de salud en todos los niveles de complejidad para todos y todas las habitantes de un territorio. El Estado debe asumir mayor responsabilidad para mejorar la oferta institucional en los territorios. Esto significa que hay que ampliar la red de servicios en salud, la disponibilidad de talento humano preparado para las condiciones de la ruralidad, el acceso a tecnologías, medicamentos y tratamientos, entre otros aspectos a fortalecer. No puede seguir el Estado evadiendo su responsabilidad frente al Sistema de Salud argumentando que gran parte de la solución a la crisis de la salud en la ruralidad se soluciona a través de la promoción de las prácticas de autocuidado como una forma de prevención.

El MIAS acusaba adicionalmente varios problemas. El fracaso del esquema de asegurador único que en teoría ayudaría a la gobernabilidad del sistema articulando a entes territoriales y pueblos indígenas. Este modelo de aseguramiento persiste en el cálculo del riesgo financiero por encima de la protección en salud. Esto significaba que el asegurador privilegiaba el cálculo del riesgo de atender población dispersa sobre lo que no tenía mayores incentivos, lo que se agravaba con el desmantelamiento de las redes de servicios a cargo de los entes territoriales. Así las cosas, ni el asegurador único ni los entes territoriales hacían presencia suficiente en el territorio.

En el caso del modelo piloto en Guainía, como bien lo evidencia la respuesta del Doctorado



Interfacultades en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia, en Respuesta al Auto de Seguimiento a la Sentencia 7-760 de 2008 sobre “Convocatoria a sesión técnica en el marco del seguimiento a la orden vigésima novena” la evaluación sobre esta primera experiencia arrojó algunos problemas, mencionamos algunos:

- Imposibilidad de concentrar en un asegurador único a todos los afiliados, lo que hace imposible una territorialización completa.
- Un modelo territorial que carece de una adecuada red de servicios próxima al usuario aumenta costos en términos de traslado de pacientes.
- Nuevamente el modelo se centra en la atención de individuos, la consulta y las acciones preventivas individuales, lo que significa que el enfoque familiar y comunitario sigue siendo débil.
- Las barreras geográficas siguen siendo un grave problema para el acceso a los servicios llegando a ser 16 horas de traslado para acceder a un centro de salud en el Departamento.
- No basta con el reconocimiento de los determinantes sociales en salud si no se opera una verdadera estrategia de articulación a través de la gestión integral en salud.
- Hay insuficiencia en el enfoque intercultural, especialmente cuando hay que establecer una relación entre médicos y parteras tradicionales, además de lograr la operativización de los mecanismos de participación. Por ejemplo, el Encuentro de Parteras y Médicos Tradicionales no se ha hecho con continuidad.
- No ha existido una adecuada formación de personal sanitario para atender a este modelo y a las complejidades del territorio.
- La existencia de un asegurador en el manejo de los recursos y la tendencia de estos a no girar los dineros que requieren los prestadores sigue debilitando la red, especialmente para los hospitales públicos.
- No existe la rectoría ni independencia suficiente por parte de los entes territoriales para llevar el control necesario sobre el asegurador, ni para condicionar su desempeño a los principios de la atención primaria de salud, la interculturalidad, la participación o la intersectorialidad.
- La lógica de operar por demanda de servicios hace que se restrinja la atención así como la inversión en ampliar y adecuar redes, sistemas de información, entre otros aspectos fundamentales. Esta misma lógica hace que sea costoso mantener servicios para una baja demanda, lo que lleva al asegurador a una estrategia de control de costos que desprotege a la población lo que se evidencia en: malas condiciones laborales de las y los trabajadores de la salud, falta de insumos, deficiencias en la capacidad resolutoria y evasión de remisiones necesarias a ciudades que tiene servicios de mayor complejidad.

Otra de las dificultades que presentó el MIAS, fue la comprensión de lo que significa el territorio y el enfoque que se le dió al mismo, ya que lo planteaba como una gran extensión a la cual dividió en 3: una Colombia rural, una rural dispersa, y otra urbana; lo cual es erróneo para la territorialización y gestión de la salud pública, ya que se debe comprender desde los

microterritorios que tienen similitudes culturales y étnicas, así como en los medios de producción y el desarrollo social y económico; dichas subregiones pueden pasar incluso los límites de los departamentos, tal y como lo afirma Luis Alberto Martínez, coordinador de la Mesa Antioquia por la transformación del sistema de salud. Para esto, es necesario ampliar la visión de las comunidades en los territorios expresadas en sus planes de vida, a través de diálogos de saberes, reconocimiento de los sistemas propios de pueblos indígenas y afrodescendientes, así como la labor de la organización social en el territorio.

El segundo modelo que aún se encuentra en piloto, MAIT, también presenta una serie de deficiencias, tal y como lo expresa el documento de “Comentarios al proyecto de resolución “Por medio de la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud –PAIS, se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial y se incorpora la misma en un solo documento” escrito por Mario Hernández, coordinador del Doctorado Interfacultades en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia.

- La principal de ellas tiene que ver con el corto tiempo de implementación entre un modelo y otro, con esto se hace referencia al MIAS y MAIT, respectivamente. Lo cual deja un mensaje de inestabilidad que no permite que el sistema empiece a operar en los territorios, asumiendo sus responsabilidades a nivel territorial e institucional. Otra de las dificultades de este modelo, es que sigue basándose en incentivos para lograr el arraigo de los agentes del sistema en el territorio, con lo que se supedita la atención de la población al cálculo de rentabilidad que hacen estos agentes.
- Insiste en que la articulación de los agentes del sistema proporcionará el carácter integral del modelo. Sin embargo, después de tres años de implementación del MIAS, esta estrategia no ha dado los resultados esperados, o al menos, al momento se desconoce si existe alguna evaluación al respecto. El modelo persiste en la separación de los regímenes lo que es causa de una gran inequidad, es decir, el derecho a la salud sigue dependiendo de la capacidad de pago del usuario. Esto es particularmente grave en áreas rurales donde la tasa de informalidad es altísima.
- Continúa la separación entre la atención individual y la atención colectiva. El centramiento en la atención individual hace que desaparezca la perspectiva preventiva y de promoción de la salud, así como de la interdependencia de los derechos.
- Continúan los mismos problemas de territorialización debido a la atención individual y a la competencia por número de afiliados y por control de la UPC. Varios aseguradores siguen operando en un mismo territorio, además, con el debilitamiento por la delegación de responsabilidades de los entes territoriales a estas aseguradoras, no hay control y rectoría sobre el sistema.
- El modelo sigue diseñado con base en un usuario, con protocolos construidos en evidencia obtenida en contextos diferentes a aquellos que caracterizan los territorios. La perspectiva intercultural no puede ser, en este caso, un simple factor más dentro

del modelo, sino que debe ser un eje rector de la acción del Estado en el territorio.

- Acciones que han sido delegadas a las EAPB tales como prevención y caracterización de acuerdo a contextos territoriales y geográficos, o afectar determinantes sociales de la salud, no presentan grandes incentivos financieros para dichas empresas porque no se encuentran dentro de la UPC. El interés es apropiarse de los recursos para acciones colectivas del PIC.

Los sistemas de salud propios de los pueblos indígenas

Según el DANE, la población indígena en Colombia es de aproximadamente 1,9 millones de personas, lo que representa un crecimiento del 36,8%. Se puede afirmar que, al día de hoy, representa el 4,4% del total de la población. Se trata de 115 pueblos nativos concentrados en Arauca, Chocó, Magdalena, Vichada, Vaupés, Guainía, Bogotá, Cundinamarca, Caldas, Santander, Tolima y Nariño.

Los pueblos indígenas han tenido que lidiar históricamente con los enfoques y el centralismo de los sistemas de salud en Colombia y la resistencia por mantener sus sistemas e iniciativas propias en este ámbito. Con el fin de ilustrar cómo estos pueblos han venido produciendo sus propias reflexiones y acciones en salud desde su cosmovisión, se analizará el caso de una de las organizaciones de pueblos indígenas documentada por el investigador Jaime Urrego en su artículo: *Las luchas indígenas por el derecho fundamental a la salud propio e intercultural en Colombia* (2020), en los años 70 durante los congresos indígenas de donde surge el Consejo Regional Indígena del Cauca (CRIC).

Desde sus inicios se estableció entre los pilares fundamentales, la salud entendida dentro del concepto de tierra, territorio, cultura y vida, donde la salud es la armonía que se mantiene y se restablece por la medicina tradicional. En 1977 el CRIC crea una red de Agentes Comunitarios Indígenas Bilingües que impulsan la organización en salud. Para el año 1981 crean el Programa de Salud donde hablan de su propio gobierno descentralizado en la materia, se proponen el fortalecimiento de la medicina tradicional, el acompañamiento a pacientes con personal bilingüe y la formación del personal propio a través de la ya mencionada figura de Agentes Comunitarios.

Al tiempo, para 1981 el Estado implementa un subsector en el Sistema Nacional de Salud de asistencia pública para pobres, donde se incluye sin mayor discriminación o comprensión alguna a los pueblos indígenas. La Resolución 10.013 del Ministerio de Salud, expedida en ese mismo año, se convierte en un hito porque reconoce la otredad. Se crea la figura de promotores que desplaza a los anteriores Agentes Comunitarios que es una figura más limitada que la anterior.

En 1986, la ONIC crea su propio Programa de Salud proyectando a nivel nacional la tarea

que ya había cumplido el CRIC. El Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) que se incorpora a través de la Ley 21 de 1990, y establece la consulta previa, así como el reconocimiento de la autonomía de gobierno de los pueblos indígenas.

Pero es en el año 1991 donde, como menciona Urrego, se da la visibilidad estructural del sujeto político indígena en el marco del proceso de la Asamblea Nacional Constituyente (ANC) y la promulgación de la Constitución de 1991. Durante el tránsito entre el Sistema Nacional de Salud al modelo propuesto por la Ley 100 del 93, se expide la Resolución 5.708 (1992) que reduce la medicina tradicional a otro tipo de terapéutica. Con la Resolución 1088 de 1993 se definen a las Asociaciones de Cabildos como entidades públicas que podrán manejar recursos.

Ya en la Ley 100 de 1993, los pueblos indígenas siguen siendo considerados de población pobre y son incluidos arbitrariamente en los programas de subsidios parciales en el esquema occidental de atención en salud, con una penetración cada vez mayor de los intereses de agentes privados por captar afiliados. En 1995, tras las protestas convocadas por el CRIC, se exige la derogación de la Ley 100, lo que desencadenó algunas modulaciones en el sistema para los pueblos indígenas tales como la afiliación colectiva a cargo del cabildo, prohibición del mercadeo, creación de prestadores en salud indígenas, entre otros aspectos. Se crean una serie de Empresas Administradoras del Régimen Subsidiado de Salud Indígena (ARSI) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Indígenas (IPSI) en el territorio nacional. Esto significó una integración del mercado con instituciones que, si bien no eran igual a su expresión paralela al resto del sistema, seguía y sigue atado al núcleo duro de la Ley 100 cuyos efectos perversos ya han sido explicados anteriormente.

Al día de hoy, cualquier iniciativa de salud en la ruralidad debe considerar esta trayectoria, así como respetar, dialogar y preservar los avances de los sistemas propios.

La salud en los pueblos NARP (negros, afrodescendientes, raizales y palenqueros)

En el año 1981, Colombia ratifica la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las formas de Discriminación Racial mediante la Ley 22 de ese año. Para la ONG DeJusticia en su libro *Raza y derechos humanos en Colombia, informe sobre discriminación y derechos de la población afrocolombiana (2009)*, en Colombia y especialmente, en cabeza de sucesivos gobiernos, recae la responsabilidad por la negación del racismo y la invisibilización de los pueblos NARP lo que se expresó en deficiencias de la información tales como la participación de personal de origen NARP en la estructura del Estado, la presencia en centros educativos, el acceso a servicios públicos, la ausencia de políticas de atención diferencial, entre otros aspectos.

Como aconteció con los pueblos indígenas, la Constitución del 91 abre la senda para el reconocimiento de los pueblos NARP dentro del ordenamiento colombiano. El Decreto 1332 de 1992 creó la Comisión Especial para las Comunidades Negras cuyo fin era el

reconocimiento de los derechos de estos pueblos. Así mismo, la Ley 70 de 1993, desarrolló el artículo transitorio de la Constitución y dictó disposiciones sobre el derecho a la propiedad colectiva. Es notable que dentro de la Ley 100 hay una mención a la participación de los pueblos indígenas, pero no sucede igual con los pueblos NARP. El Decreto 2314, crea una interesante figura para que la elaboración de planes diferenciales del desarrollo para dichas comunidades.

Es prácticamente hasta el 2001, a través de la Ley 691 de 2001 que se reglamenta la participación de los grupos étnicos en el SGSSS. Las referencias normativas a la comprensión de los sistemas propios en salud de los pueblos NARP y la manera como serán tenidos en cuenta en el diseño e implementación de las políticas en la materia, son prácticamente inexistentes.

El que el Estado colombiano haya invisibilizado la existencia de saberes en salud de los pueblos NARP, no significa en lo absoluto que aquellos no existan y que hayan operado de manera efectiva en los territorios. Lo primero que resulta necesario resaltar es que mantienen una lucha histórica por preservar sus costumbres frente al cuidado de la salud, el uso de plantas medicinales, así como del saber de las parteras, sanadores tradicionales, sobanderos, curanderos o remedieros. La comprensión de la salud para una buena parte de estos pueblos significa recuperación del equilibrio y la armonía más que curación de síntomas o enfermedad, según como lo relata Yohaysa Perea Rentería en su artículo *En Colombia, comunidades negras conservan su ancestralidad y cultura (II)* publicado en el año 2019.

Tanto la comprensión de los pueblos NARP como la de los pueblos indígenas, se constituye en una fuente importante para poner en cuestión el modelo morbicéntrico y curativo, ineficiente y poco saludable del actual sistema, ya que la comprensión de salud como integralidad y como conjunto de relaciones con el territorio, el ambiente, las tradiciones, lo colectivo, la cosmovisión, entre otros aspectos, se convierte en un aporte indispensable para pensar en que se necesita un sistema de salud realmente integral, abarcativo y que supere el concepto de salud como ausencia de enfermedad.

Según el Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 del DANE, se estima que en Colombia hay 2.982.224 millones de personas autorreconocidas como NARP. Entre 2005 y 2018 hay una reducción del 30,8% de personas autorreconocidas. La mayoría de la población

se concentra en un 66,1% en los rangos de 15-64 años y la distribución de la jefatura de hogar corresponde al 59,3% en cabeza de los hombres y el 40,7% en cabeza de las mujeres.

La reducción de población autorreconocida supera los niveles de mortalidad o emigración vigentes lo que supone un deterioro alarmante de la identidad, así como la falta de esfuerzos ingentes de sensibilización y capacitación para el autorreconocimiento. Así las cosas, es importante que un Plan Nacional de Salud Rural aporte a mantener y reconocer las tradiciones

en salud y cuidado de los pueblos NARP, y sus sistemas propios puedan entrar en diálogo con los demás sistemas establecidos en la materia.

Aunque la mayoría de la población NARP se concentra en las cabeceras municipales (66,7%), aún persisten una buena proporción que habita los centros poblados y rurales dispersos (33,3%). La distribución entre hombres y mujeres es de 48,8% vs 51,2% respectivamente. La mayoría de los pueblos NARP habitan en el Valle del Cauca, Chocó, Bolívar, Antioquia, Cauca y Nariño.

Quizás los indicadores más dramáticos para los pueblos NARP son los de la pobreza. Mientras que el índice de pobreza multidimensional para el conjunto de la nación se encuentra en el 19,6%, estos pueblos alcanzan el 30,6%, distribuidos un 24,4% en cabeceras y 50% en centros poblados y rural disperso. El trabajo informal alcanza el escandaloso porcentaje del 81% siendo realmente dramático en la ruralidad con un 92,4%. Unos indicadores muy dicentes de las condiciones de salud en estos pueblos es el de la inadecuada eliminación de excretas que alcanza en la ruralidad un 40,1%, sin acceso a fuente de agua mejorada que está en un 51,2%, un hacinamiento crítico del 10,2%, sin aseguramiento en salud del 14,1%, barreras de acceso a salud por encima del 11,2%, entre muchos otros. El departamento con mayor IPM de pueblos NARP es nariño con un 56,9%, seguido de Chocó con un 40,5% y Magdalena con un 36,8%.

El Plan Nacional de Salud Rural para el Buen Vivir

La salud rural: el aprendizaje en las FARC

La salud en la ruralidad no es nueva para el partido COMUNES. Durante los años de lucha armada, como guerrilla se logró construir un sistema propio y autogestionado de salud en simbiosis con la naturaleza, con el territorio y con las comunidades.

En el fragor de la guerra, el personal sanitario encargado de actividades de salud estaba constituido en su mayoría por personas arraigadas en el territorio que se nutrían tanto de los saberes tradicionales en medicina popular selvática y algún entrenamiento en medicina occidental. Las condiciones adversas en las que se desarrolló el sistema propio de salud de la

guerrilla permitió un aprendizaje muy práctico e incluso novedoso en el tratamiento de traumas propios del conflicto armado, acciones colectivas en salud comunitaria, en medicinatropical, entre otros muchos aspectos. Estos conocimientos no solo se aplicaban para atender a las y los combatientes, sino que se articulaban con las necesidades en salud de las y los pueblos circundantes en el territorio, lo que era muy importante en medio de un contexto además de 50 años de abandono estatal y donde la presencia de brigadas de salud por parte del Estado, eran utilizadas como estrategias de guerra violando el derecho internacional humanitario de la garantía y neutralidad de la misión médica.

Como uno de los elementos a resaltar del sistema de salud propio de las FARC, fue la formación de médicos y enfermeras del colectivo que se caracterizaban por saber utilizar todos los recursos de su entorno para hacer procedimientos que salvaban la vida de sus compañeros y compañeras, pero que también les permitía atender dolores menores. Estos médicos y enfermeros (as) empíricos, junto con sus respectivas comandancias, diseñaron la estrategia de hospitales móviles, que se trataba de una experiencia de atención que cubría el territorio y recogía de los saberes propios de las comunidades, lo cual permitió desarrollar conocimientos en áreas desde los primeros auxilios, estabilización de heridas graves hasta su traslado a un centro médico, odontología, laboratorio clínico, vacunación, uso de plantas medicinales, prácticas para el fomento de la soberanía alimentaria, cuidado y conservación del medio ambiente, saneamiento, desparasitación, acondicionamiento físico y deporte, entre otros.

Todo este personal formado en temas de salud, está dispuesto y esperando que el Estado colombiano cumpla con lo pactado tras la firma del Acuerdo Final y así poner toda su experiencia al servicio de las necesidades de la población rural. Como afirma Timoleón Jiménez, “Somos una fuerza revolucionaria, pero también una fuerza trabajadora que busca aportar al desarrollo y bienestar del pueblo colombiano”.

El Plan Nacional de Salud Rural en el Acuerdo de Paz

El *Acuerdo final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera*, en el punto número 1 “Hacia un nuevo campo Colombiano: Reforma Rural Integral”, busca crear las condiciones de bienestar necesarias para la población rural colombiana, sentando las bases para una transformación estructural del campo.

A través de Reforma Rural Integral (de ahora en adelante RRI), se busca generar los factores económicos, políticos, sociales, y materiales, que permitan la realización y la garantía de los derechos sociales que se han negado históricamente a las poblaciones rurales del país, siendo una de las causas de inequidad y abandono que llevaron al origen del conflicto social armado colombiano.

El Plan Nacional de Salud Rural (PNSR) hace parte de los 16 planes nacionales sectoriales dirigidos a garantizar el mínimo de derechos necesarios para la superación de las condiciones de pobreza a las que se ven arrojadas las comunidades rurales del país. Reconociendo que la falta de acceso y atención a salud de forma oportuna son una de las dificultades que más aquejan las comunidades rurales, en donde la falta de un diagnóstico oportuno, la falta de asistencia y atención en salud de forma interdisciplinar, y las dificultades para acceder a consulta médica, tratamiento, y suministro de medicamentos, afectan el bienestar de las mismas, y son el resultado de un sistema de salud que no fue pensado en principio para dar respuesta a las necesidades y el contexto propio de la ruralidad colombiana. Esto se evidencia en la expresión de indicadores en materia de salud que se mencionan más adelante y dan cuenta de la amplia brecha entre el campo y la ciudad, así como su estrecha relación con las condiciones de pobreza presente en los territorios.

Es así como en el acuerdo final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera se reconoce dentro del planteamiento de los planes nacionales para la Reforma Rural Integral, la necesidad de un PNSR con el fin que niños, niñas, mujeres y hombres tengan acceso adecuado a bienes y servicios públicos, contribuyendo así al desarrollo social, y para el que se tendrán en cuenta los siguientes criterios:

- Construcción y mejoramiento de infraestructura, a partir de un diagnóstico participativo que permita realizar mejoras en la atención a usuarios y usuarias, dentro de las que se incluyen mejoras y disponibilidad de tecnología adecuada, así como la disponibilidad y permanencia de personal calificado en los territorios.
- Adopción de un enfoque diferencial y de género, teniendo en cuenta las necesidades de salud para las mujeres de acuerdo con su ciclo vital, salud sexual y reproductiva, atención psicosocial, atención a gestantes y primera infancia, desde el enfoque de promoción y prevención.
- Adopción de un modelo de salud pública especial para zonas rurales dispersas, con un enfoque preventivo.
- Adopción de un sistema de seguimiento y evaluación que garantice la calidad y oportunidad en la atención en salud.

Como la gran mayoría de los planes nacionales establecidos para el logro de la RRI, el PNSR no presenta grandes avances en cuanto a su desarrollo y aplicación en los territorios. A la fecha, de los 16 planes nacionales de la RRI, 3 han sido formulados, “la concreción de nueve

(9) de los 16 PATR (Planes de Acción para la Transformación Regional), los cuales, sin

embargo, han sido cuestionados por las dificultades para la participación y su incapacidad para lograr estrategias de intervención coordinadas entre el gobierno central y los entes territoriales como se pretendía; asimismo, la adopción del Conpes 3926 sobre adecuación de tierras, el cual no contó con una participación social”.

Para el presente año, el Gobierno Nacional en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social entregó lo que sería el documento oficial del Plan Nacional de Salud Rural, en el que se identifican como problemáticas a solucionar, las brechas en aseguramiento y las brechas en los resultados en salud, dentro de los que se encuentran: mortalidad materna, tasa de mortalidad infantil mortalidad por EDA e IRA, bajo peso al nacer, embarazo adolescente, violencias de género, e impacto del conflicto en la salud mental. De igual forma, tiene en cuenta indicadores como vacunación, disponibilidad de profesionales, control prenatal, parto institucional, entre otros, para referirse a las brechas de acceso a servicios de salud.

Pese a que se reconoce la necesidad de cerrar las brechas existentes entre lo urbano y lo rural, así como la diversidad territorial existente, la cual requiere ser tomada en cuenta para permitir la superación de las brechas, es necesario fortalecer los estudios y escenarios de diagnóstico social requeridos para identificar las necesidades que presentan las poblaciones y que permitan plantear soluciones de cara a los contextos socioeconómicos existentes.

Las propuestas planteadas tienen en cuenta los 4 pilares establecidos en el acuerdo final, dentro de las que se encuentran: un modelo especial de salud, adecuación y mantenimiento de la red de servicios de salud, articulación con otras obligaciones sectoriales, y por último, seguimiento y evaluación.

Por qué un Plan Nacional de Salud Rural para el Buen Vivir

Después de haber presentado las precarias condiciones de salud en la ruralidad, la ineficiencia del actual sistema de salud para garantizar la protección de las y los habitantes del campo colombiano y analizando los vacíos que dejan las políticas en la materia, es importante proponer un Plan que permita cerrar esas brechas urbano - rurales en términos de salud, así como mejorar el bienestar y buen vivir de los pueblos en relación con el ambiente.

La formulación de la presente Ley busca sentar una base inicial para la construcción de una reforma al sistema de salud que obedezca a las particularidades territoriales y garantice el derecho a la salud de las y los habitantes que moran en ellos.

De manera rápida se presentarán las razones del diseño de esta iniciativa legislativa.

Propuesta de Plan Nacional de Salud Rural del Ministerio de Salud y Protección Social

Aunque en el Acuerdo Final se plantea la necesidad de construir un Plan de Salud Rural que contribuya al cierre de las brechas urbano rurales y esté acorde con las particularidades de los territorios, los sucesivos gobiernos han insistido en mantener y ampliar el modelo vigente contenido en la PAIS.

En el año 2019, El Ministerio de Salud y Protección Social ha adelantado la redacción de un Decreto que contiene el Plan Nacional de Salud Rural como parte del mandato del Acuerdo Final. Sobre el Decreto existe un borrador que a la fecha no ha sido oficializado. Respecto a este documento, cabe resaltar los siguientes elementos:

- Según el Acuerdo de Paz, el enfoque del PNSR debía tener dos componentes: mayor oferta de servicios de atención médica y orientarse bajo un enfoque diferencial para la ruralidad y el género.
- Aunque el acuerdo habla de una concepción amplia de salud, entendida como una vida digna y el Buen Vivir, el Ministerio permanece bajo la idea de reducir el PNSR a la atención en salud. Lo cual evidencia una vez más que la actual administración, se niega a cambiar el modelo imperante, pese a las evidentes deficiencias del mismo para operar en la ruralidad.
- El Plan Nacional de Salud Rural concibe las desigualdades entre el campo y la ciudad como un problema de comparación de indicadores, y no como resultado de un proceso estructural e histórico del abandono del Estado en estos territorios. Además, tiene una comprensión muy limitada de las personas que viven en la ruralidad, pues precisamente las cataloga como vulnerables o pobres, sin tener en cuenta sus saberes, experiencias de vida, culturas, formas de organización propias, entre muchos otros aspectos.
- No se piensa de manera integral el problema de salud en la ruralidad, sino que acude a una ampliación de lo que ya existe. Al tiempo que concibe la ruralidad como distribución de la población en el territorio, sin ninguna conexión con su entorno. Esta falencia permite explicar la dificultad en la prestación de servicios porque estos dependen de la demanda, y este criterio desfavorece a quienes viven de manera dispersa en el territorio.
- Al mantener la intermediación de un asegurador, es este agente el que ordena las prioridades en salud en el territorio y no las comunidades: define qué servicios se prestan y cuáles no, administra según criterio de rentabilidad cuál infraestructura se mantiene y cuál se cierra; y define según el criterio de la demanda a quién se atiende y a quién no.

Presentación del contenido del Proyecto

El Plan Nacional de Salud Rural para el Buen Vivir, concibe la salud de manera diferente a la propuesta de gobierno porque la entiende como una relación social, económica, ambiental y cultural que produce bienestar y calidad de vida. En esa medida el plan propuesto intenta ser más comprensivo y extenso que la propuesta inicial de gobierno, buscando identificar todos aquellos procesos de determinación social que definen el estado actual de salud en las comunidades y los territorios, y a su vez, planteando abordajes de salud para la ruralidad colombiana y sus particularidades.

El Seguro para el Buen Vivir Rural obedece a la necesidad de transformar la actual lógica del aseguramiento que privilegia la afiliación por sobre el acceso al sistema, la atención en salud de individuos bajo demanda de servicios administrada por agentes privados, por un seguro que garantice realmente el acceso efectivo al sistema de salud a cargo del Estado y de carácter público. Lo anterior requiere la reorganización en la distribución de los recursos con el fin de atender las necesidades desde el territorio y no desde la ciudad para el campo. La creación de una subcuenta única que reúne todos los recursos permite la autonomía de los territorios en asignar según las prioridades que se determinen de manera participativa.

A propósito de la autonomía, para evitar repetir los antecedentes de corrupción por parte de algunos entes territoriales en el manejo de los recursos, el Plan Nacional de Salud Rural para el Buen Vivir fortalece la vigilancia y control comunitario a través de la ampliación de la participación en los consejos territoriales y las veedurías comunitarias. El control de los territorios no es solamente sobre las competencias sino también sobre los recursos, lo que se hará a través de las Unidades Descentralizadas y Colegiadas de Administradora de los Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud. Estas unidades distribuirán los recursos según lo que establezcan los planes territoriales en salud. Es decir, la destinación de los recursos que se venía haciendo desde el nivel central se flexibiliza y se adecua a las prioridades en salud de los territorios.

De otro lado, se hace necesario pensar en la reorganización del territorio que obedezca a criterios diferentes a la forma actual. La razón por la que se hace urgente esta reorganización es porque una adecuada estrategia de salud y calidad de vida debe responder a las características compartidas dentro de un territorio, criterios de proximidad a las y los habitantes de las redes de servicios, arraigos y cultura, entre otros aspectos. Es la forma

orgánica de producir territorio y no la forma institucional la que debe prevalecer. Para esto se crean los territorios de salud rural.

Hay tres ejercicios de autonomía en estos territorios: el ejercicio de *autonomía política* a través de los Consejos Territoriales Intersectoriales de Salud (COTIS) los cuales se constituyen como principal instancia de toma de decisiones. Por esto en el Plan Nacional

se garantiza la ampliación de la participación de las comunidades en estos Consejos. El ejercicio de la *autonomía administrativa* que se realiza a través de las unidades colegiadas, y la *autonomía de los pueblos étnicos* que pueden organizar sus territorios de salud bajo sus propios criterios y condiciones.

Para dinamizar lo anterior, es necesario pensar un modelo en salud distinto al hegemónico en el actual sistema de salud colombiano, partiendo de entender que su origen y caracterización no están pensados en función de atender las dinámicas rurales. Hay que plantear una estrategia que ordene la salud en la ruralidad a través de la Atención Primaria Integral en Salud Rural para el Buen Vivir.

La Atención Primaria en Salud es una estrategia que surge con fuerza en los años 70 del siglo pasado, como una forma de respuesta del Estado que busca dar soluciones integrales para la superación de la enfermedad más allá de la curación. Un sistema de salud basado en Atención Primaria Integral en Salud, es aquel que tiene mecanismos de seguimiento, acompañamiento en todo el ciclo vital de las personas, el acceso efectivo a los servicios de salud, a la participación social y política, al fortalecimiento de la salud pública y del enfoque preventivo y promocional.

Posteriormente la APS ha tenido desarrollos más amplios como la inclusión de los enfoques diferenciales, étnicos, ambientales, de saneamiento básico, alimentarios, culturales y que culmina ese primer ciclo con la APS renovada que propone la Organización Mundial de la Salud- OMS. Hoy en día la APS ha ido recogiendo cada vez más las experiencias diferentes de los territorios, de tal manera que se habla del Buen Vivir de los pueblos, donde la salud significa armonía y equilibrio en las relaciones entre las personas, las comunidades y el ambiente. La propuesta del Plan Nacional de Salud Rural recoge la tradición de la APS enriqueciéndola con el buen vivir de los pueblos de América Latina.

El componente de los equipos territoriales en salud recoge experiencias a nivel internacional como la cubana, la brasileña, la canadiense y la española, donde se han logrado grandes avances en materia de promoción y prevención. Esto ha permitido condiciones de bienestar a través de la atención domiciliaria oportuna e interdisciplinar de las problemáticas en salud y calidad de vida gracias a estrategias de acción conjunta del Estado y la comunidad. La acción de los equipos territoriales ayuda a descongestionar los servicios de salud, a cubrir mayores extensiones en el territorio, abaratan los gastos en salud al anticiparse a la enfermedad, estimulan la participación social y la promoción de liderazgos a través de agentes comunitarios en salud, dialoga con los saberes y medicinas tradicionales y construyen nuevas relaciones entre el Estado y la sociedad, entre otras muchas otras ventajas.

El punto de referencia espacial para estos equipos domiciliarios serán los Centros de Atención Primaria en Salud Rural, que son más integrales que los convencionales centros de salud y puestos de atención que operan hoy en el territorio. No son solo centros de

asistencia en salud, sino que son referentes para la participación social, para el desarrollo de programas de prevención y promoción, para la capacitación de agentes comunitarios en salud, para la obtención y centralización de información, para el soporte a las medicinas tradicionales y ancestrales, y por supuesto, para la atención básica en salud.

Acerca de los espacios modales interculturales, son puntos de referencia ubicados dentro de la comunidad que sirven de soporte a la estrategia de atención primaria integral en salud rural donde las personas pueden encontrar apoyo, acompañamiento, asistencia, cuidado, intercambio y relacionamiento, construcción de saberes, actividad física y propuestas culturales, alimentación, salud mental, protección de los derechos y resguardo de la vida.

El componente de formación de profesionales en salud es uno de los claves para el fortalecimiento de la participación social, en la comprensión de las realidades en salud en el territorio, en la búsqueda de soluciones para las mismas y el empoderamiento comunitario para la exigibilidad en el derecho a la salud. Los cambios propuestos en la formación obedecen a la necesidad de lograr el arraigo y una distribución más equitativa entre lo urbano y lo rural de este tipo de profesionales. Al tiempo que integra interdisciplinariamente otras profesiones que aportan a esa comprensión amplia de la salud en un diálogo de saberes.

Un aspecto preocupante son los vacíos en la información y la investigación sobre la salud en la ruralidad. Esto ha llevado a que las políticas de salud para el campo se tomen a partir de evidencias producidas en contextos ajenos a las realidades territoriales, lo que influye en la baja resolutivez de los problemas más prevalentes en salud y calidad de vida para la ruralidad. La creación de un Observatorio para la Salud Rural busca cubrir este déficit de conocimiento sobre los territorios, a la vez que involucra los saberes y la investigación, acción participativa de las comunidades para la transformación de sus realidades. Se distancia de la mirada clásica de un observatorio de salud que se concentra en los aspectos epidemiológicos y de medición de impactos y resultados, e incluye metodologías sociales y participativas de comprensión del territorio.

Finalmente, las brechas de inequidad existentes entre el campo y la ciudad, así como la indiscutible falta de atención y seguimiento en salud para la población rural, y la baja presencia institucional, dan cuenta de un sistema de salud que no fue pensado para la ruralidad colombiana. Urge entonces un Plan Nacional en Salud Rural que permita contribuir

al logro del bienestar que merecen las gentes del común, que esté basado en las necesidades reales y la diversidad de los territorios. La experiencia vivida a lo largo de estos años nos muestra que es necesario pasar de la atención de la enfermedad, a un enfoque de promoción y prevención real, de territorialización de la salud, y del reconocimiento y respeto a las prácticas y saberes en salud propias del territorio.

Impacto Fiscal

La ley 819 de 2003 “Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de presupuesto, responsabilidad y transparencia fiscal y se dictan otras disposiciones” establece en su artículo 7 que el impacto fiscal del cualquier proyecto de ley que ordene gasto o que otorgue beneficios tributarios, deberá hacerse explícito y deberá ser compatible con el Marco Fiscal de Mediano Plazo, además se deberá incluir expresamente en la exposición de motivos de las iniciativas legislativas.

Aunque el presente proyecto de ley no ordena ningún gasto ni otorga beneficios tributarios dedicamos unas consideraciones respecto la reorientación del manejo de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

De acuerdo con la información de la ADRES, para el año 2020 en el régimen subsidiado se apropió un total de \$24,5 billones por concepto de UPC a nivel nacional, de los cuales el aporte del presupuesto General de la nación fue de \$13,6 billones, la cofinanciación municipal fue del orden de los \$9 billones y la departamental \$1 billón. Es decir, actualmente la financiación de la salud para las personas susceptibles de componer el Plan Nacional de Salud Rural corre en un 30% a manos de los municipios.

Vale la pena mencionar que de acuerdo al artículo 23 de la ley 1438 de 2011 se establecen los topes de gasto de administración e intermediación que cobran actualmente la EPS para la prestación de sus servicios, el cual es del 10% de la UPC, y en un párrafo aclara que para el régimen subsidiado será del 8%. Toda vez que el PNSR elimina la intermediación en los territorios se está ahorrando al sistema cerca de \$2 billones de pesos, el doble del aporte total de los departamentos para la financiación del sistema de salud (solo contando el 8% del régimen contributivo), que van a ayudar a fortalecer la red pública hospitalaria e ir saneando ese déficit histórico.

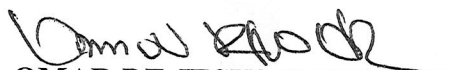
A pesar que la presente iniciativa está por fuera del mandato del artículo 7 de la ley 819 de 2003 ya que no se decretan gastos ni beneficios tributarios se adelanta la discusión en torno a la primacía de la garantía de la seguridad social como un derecho que va más allá de un servicio. Según la recomendación 202 de la OIT, en relación con la sostenibilidad financiera, fiscal, y económica, “(k) sostenibilidad financiera, fiscal y económica, teniendo debidamente en cuenta la justicia social y la equidad;” así mismo, en este instrumento determina que, “Los Miembros deberían considerar una serie de métodos para movilizar los recursos necesarios afin de asegurar la sostenibilidad financiera, fiscal y económica de los pisos de protección social nacionales, tomando en consideración la capacidad contributiva de los distintos grupos de población. Esos métodos, utilizados individualmente o en combinación, podrán consistir en hacer cumplir efectivamente las obligaciones tributarias y contributivas, redefinir las prioridades de gasto o crear una base de recaudación más amplia y suficientemente progresiva.”

Por otra parte, el Informe VI de Seguridad social para la justicia social y una globalización Equitativa “Discusión recurrente sobre la protección social (seguridad social) en virtud de la Declaración de la OIT relativa a la justicia social para una globalización equitativa, 2011”, señaló que, “La viabilidad y sostenibilidad de los sistemas de protección social se ha convertido en una gran preocupación para los países, independientemente de la fase de desarrollo económico en que se encuentren”.


Así mismo, este instrumento determinó que “(...) todo debate razonable sobre el tema de la viabilidad financiera debería centrarse no sólo en los costos y las repercusiones fiscales a corto plazo de los sistemas de seguridad social, sino que debería abarcar también una comparación entre los costos a corto y a más largo plazo y sus efectos y beneficios. A medida que las economías se desarrollan y tienen que encontrar el mejor equilibrio posible entre la esfera de gasto público social y otras esferas de gasto público que compiten con ella sigue planteándose el reto de mantener y ampliar el espacio fiscal.”

A su vez, el párrafo del artículo 334 de la Constitución Política, la regla fiscal no puede aplicarse de manera tal que se menoscaben los derechos fundamentales, se restrinja su alcance o se niegue su protección efectiva. Se trata de un imperativo que subordina toda decisión a la imposibilidad de afectar el goce efectivo de los citados derechos constitucionales. Por ello, en forma categórica, el inciso 4 del artículo 1 del Acto Legislativo No. 03 de 2011, dispone que: “En ningún caso se afectará el núcleo esencial de los derechos fundamentales”.

De los Congresistas,



OMAR DE JESÚS RESTREPO
Senador de la República
Partido Comunes




GERMÁN GÓMEZ
Representante a la Cámara
Partido Comunes



CARLOS CARREÑO MARÍN
Representante a la Cámara
Partido Comunes



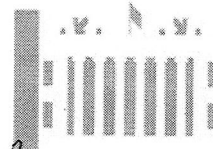
SANDRA RAMÍREZ LOBO S
Senadora de la República
Partido Comunes



JAIRO REINALDO CALÁ SUÁREZ
Representante a la Cámara
Partido Comunes



JULIÁN GALLO CUBILLOS
Senador de la República
Partido Comunes



Luis Alberto Albán Urbano

LUIS ALBERTO ALBÁN URBANO
Representante a la Cámara
Partido Comunes

Pablo Catatumbo Torres V.

PABLO CATATUMBO TORRES V.
Senador de la República
Partido Comunes

Imelda Daza

IMELDA DAZA
Senadora de la República
Partido Comunes

Pedro Baracutao García

PEDRO BARACUTAO GARCÍA
Representante a la Cámara
Partido Comunes