

Incorporación de la Política de Atención Integral en Salud en la planeación territorial departamental en salud de Colombia, 2021


Incorporation of the Comprehensive Health Care Policy in territorial health planning in Colombian departments, 2021

Enna Lorena Rincón-Sánchez¹

 <https://orcid.org/0000-0002-4454-884X>

E-mail: erincon4@estudiantes.areandina.edu.co

Fabio Alberto Escobar-Díaz¹

 <https://orcid.org/0000-0002-4721-2209>

E-mail: fescobar13@areandina.edu.co

¹Fundación Universitaria del Área Andina, Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte. Bogotá, Colombia.

Resumen

La Política Atención Integral en Salud de Colombia tiene como propósito garantizar el derecho fundamental en salud y se implementa en los territorios departamentales y municipales. Este estudio tuvo por objetivo analizar la incorporación de esta política en los planes territoriales de salud de los departamentos de Colombia. Se realizó un estudio cualitativo y documental en el cual se caracterizaron ejes temáticos comunes en los planes territoriales analizados. De los 11 planes analizados surgieron dos temas: normativo-conceptual y estratégico-operativo. En el primer tema, cuatro normas nacionales orientan los planes territoriales de salud de algunos departamentos, mientras que en otros solo dos o uno. La incorporación conceptual fue evidente parcialmente en estos territorios. En el segundo tema, no todos los departamentos tienen objetivos, metas o indicadores que traduzcan las orientaciones normativas o conceptuales en intenciones prácticas para ejecutar la política. La Política de Atención Integral en Salud se incorpora de manera heterogénea en los departamentos, en términos normativos, conceptuales, estratégicos y operativos. Hace falta un plan explícito de implementación para orientar y asegurar la ejecución de la política, así como mejorar su articulación con otras políticas e instrumentos de planificación en salud en los territorios.

Palabras clave: Política de Salud; Atención Integral de Salud; Integralidad en Salud; Colombia.

Correspondencia

Fabio Alberto Escobar-Díaz

Av. Carrera 14, n. 70A – 23. Código ZIP 111221, Bogotá D.C., Colombia.

Abstract

Introduction. The purpose of the Comprehensive Health Care Policy of Colombia is to guarantee the fundamental right to health. This policy is implemented in departmental and municipal territories using their own health planning instruments. The objective of this study was to analyze the incorporation of the policy in the territorial health plans of the departments of Colombia. **Methods.** Documentary and qualitative study where common thematic axes in the analyzed territorial plans were identified and characterized. **Results.** Eleven territorial health plans were analyzed and two themes emerged: normative-conceptual and strategic-operative. In the first issue, four national standards guide the health plans of some departments while in others only two or one. Conceptual incorporation is only partially evident in these territories. In the second topic, not all the departments have objectives, goals or strategic indicators that translate the normative or conceptual orientations into actions to carry out the policy. **Discussion.** The Comprehensive Health Care Policy is incorporated heterogeneously in the departments, in regulatory, conceptual, strategic and operational terms. This can be explained by the lack of an implementation plan, considered in the regulations, and by the weak coordination with other policies.

Keywords: Health Policy; Comprehensive Health Care; Integrality in Health; Colombia.

Introducción

La integralidad ha ganado un importante protagonismo desde finales del siglo XX en algunos sistemas de salud como el brasileño o el español (Costa et al., 2009). Por ejemplo, en Brasil, la atención se ha dirigido a alcanzar una visión más dinámica y totalizadora, superando la perspectiva biomédica que ha predominado en los servicios sanitarios (Alvim, 2013), con el objetivo de alcanzar la salud no solo como servicio, sino también como derecho (Pinheiro; Ferla; Silva Júnior et al., 2007).

En el contexto colombiano, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), creado con la Ley 100 de 1993, no consideró explícitamente la integralidad en la atención cuando inició su operación ni en sus reformas posteriores, como la Ley 1122 de 2007 (Congreso de Colombia, 2007) y la Ley 1438 de 2011 (Congreso de Colombia, 2011). La atención integral en salud comenzó a reconocerse desde el año 2015 con la llamada Ley Estatutaria en Salud (LES) (Congreso de Colombia, 2015), cuyo objetivo ha sido posicionar y garantizar el derecho fundamental a la salud. En este sentido, la LES plantea que todos los servicios y las tecnologías deben brindarse de manera completa, sin fragmentaciones, para prevenir, curar o paliar la enfermedad, independientemente de su origen o del sistema de provisión, cubrimiento o prestación de servicios (Congreso de Colombia, 2015).

En coherencia con la LES, Colombia estableció la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) (Congreso de Colombia, 2015; Ministerio de Salud y Protección Social, 2016b) mediante la Resolución 429 de 2016 para hacer realidad la integralidad en salud. Esta política define el marco para la articulación entre el aseguramiento, la prestación de servicios y las acciones colectivas mediante las estrategias de la atención primaria de salud (APS), el cuidado, la gestión integral del riesgo en salud y el enfoque diferencial de territorios y poblaciones (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). Los objetivos de la PAIS son los siguientes: (1) Garantizar el derecho a la salud; (2) Mejorar las condiciones de salud de la población; y (3) Regular la acción de los actores responsables de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento,

rehabilitación y paliación en salud bajo condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad resolutoria (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

En este sentido, la PAIS, en coherencia con la LES, brinda un conjunto de elementos que estaban ausentes en el marco de la Ley 100 de 1993, como la atención integral y la garantía del derecho a la salud. La política ha exigido de forma explícita la coordinación entre diferentes actores para las acciones individuales y de salud pública entre los actores del sistema como las Empresas Promotoras de Salud (EPS), encargadas de la administración y gestión del riesgo entre los afiliados, las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y las entidades territoriales (ET) tanto departamentales como municipales y distritales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). El Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) fue el instrumento operacional de la PAIS entre 2016 y 2019, cuyo propósito fue priorizar, ajustar y actuar coordinadamente entre los actores mencionados con el fin de cumplir con los objetivos de esta política (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Posteriormente, con la llegada del período presidencial 2018-2022 se aprobó la Resolución 2626 de 2019 con la que se adoptó formalmente el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), en reemplazo del MIAS, para resolver los problemas persistentes de descoordinación y dispersión que se han presentado en la ejecución de la política. Este modelo comprende acciones territoriales coordinadas de las ET con los demás agentes del sistema de salud y la alineación de prioridades e intervenciones en salud; su incorporación en los planes territoriales de salud (PTS) y la implementación de estrategias integrales que aporten para lograr mejores resultados y un mayor bienestar en la salud de la población (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

De acuerdo con lo anterior, las ET tienen una importante responsabilidad en la implementación de la PAIS y su modelo operacional, el MAITE. En este sentido, la PAIS, como diferentes políticas nacionales, se implementa en un escenario político caracterizado por la descentralización donde los departamentos, los municipios y los distritos tienen autonomía política y administrativa, lo que se traduce en la libertad para elegir a sus gobernantes,

contar con sus propios recursos fiscales y participar en el sistema de transferencias presupuestales que hace la Nación (Gutiérrez Sanín, 2010). En salud, la descentralización se ha reflejado en la responsabilidad de las ET en la administración u organización de los servicios de salud en las IPS públicas (Congreso de Colombia, 1990) y la formulación, pero también la adopción, ejecución o implementación de políticas, planes y programas del sector salud y del SGSSS (Congreso de Colombia, 2001).

En este sentido, las ET son responsables de implementar las políticas nacionales como la PAIS. Por lo tanto, debe incorporarse en los instrumentos de planificación territorial en salud como los PTS. El PTS es el instrumento estratégico de política pública de salud de las ET que apunta al cumplimiento de los objetivos y metas del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

El PDSP para el período 2012-2021, vigente al momento del estudio, era el primero desde que fue establecido obligatoriamente por la Ley 1438 de 2011 y pretendía integrar tanto las políticas del sector como las de otros sectores, conforme a la necesidad de intervenir en los determinantes sociales de la salud (Congreso de Colombia, 2011). El PDSP 2012-2021 tiene como objetivos avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud, mejorar las condiciones de vida y salud de la población, y lograr cero tolerancia frente a la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Los PTS se formulan y ejecutan con cada período de gobierno municipal y departamental reflejan las características de la población, así como los aspectos geográficos y económicos, describen las condiciones y necesidades en salud, y se priorizan las acciones en salud pública en el territorio. La financiación de las acciones establecidas en el PTS proviene de diferentes fuentes como los impuestos al monopolio de juegos de suerte y azar, licores, transferencias de la Nación por el Sistema General de Participaciones, entre otros (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015). La PAIS y su modelo operacional no tiene recursos propios, sino que las ET deben usar las fuentes mencionadas para su financiación.

La integralidad en el ámbito sanitario no es un concepto teórico, sino que cuenta con algunas definiciones que permiten entender su significado

en el contexto de la atención en salud. Por ejemplo, se ha definido como el conjunto de actividades o acciones articuladas entre sí, tanto individuales como colectivas, en la organización de los servicios de salud, en las prácticas y modelos asistenciales y sus respectivos agentes -sean estos gestores, profesionales y usuarios-, en los diferentes niveles de atención del sistema (Alvim, 2013). Otra propuesta conceptual muy similar a la anterior entiende la integralidad como el conjunto articulado y continuo de acciones tanto curativas y preventivas, individuales y colectivas, pertenecientes a los diferentes niveles o grados de complejidad del sistema de salud, y donde se pretende que los servicios se organicen para ofrecer una atención conforme a las necesidades de la población o de los usuarios desde una mirada amplia (Costa et al., 2009).

Por su parte, el carácter polisémico del concepto de políticas públicas hace complejo contar con una definición totalmente satisfactoria. Sin embargo, una de las propuestas de conceptualización *más completas define la política como* el conjunto de decisiones, acuerdos, e instrumentos tomados por las autoridades públicas para abordar situaciones socialmente problemáticas (Velasquez-Gavilanes, 2009). La implementación es una fase o etapa muy importante del ciclo de una política y que se caracteriza por su ejecución; además, es un proceso particular que involucra la interacción entre actores, organizaciones e instrumentos para su control con el fin de lograr los objetivos planteados por la decisión política respectiva (Rahman; Khandaker, 2016).

Por consiguiente, el objetivo de este estudio fue analizar la incorporación de la PAIS y su modelo operacional en los PTS de los departamentos de Colombia, vigentes en el período 2020-2023. Los resultados permiten entender cómo las ET han abordado la política desde lo conceptual, lo normativo y lo operativo para traducirlo en acciones concretas, así como examinar posibles vacíos y limitaciones en la implementación de esta política.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio de tipo cualitativo y documental, basado en la búsqueda, identificación y análisis de los contenidos textuales de los PTS,

tomando en cuenta los 32 entes territoriales departamentales de Colombia, vigentes o en ejecución durante 2020-2023, período de los gobiernos territoriales. Los documentos se obtuvieron directamente de los sitios web de las autoridades públicas departamentales en salud o buscando en Google los términos “Plan territorial de salud”, el departamento de interés y el año “2020”.

El proceso de sistematización y análisis se realizó mediante la lectura completa de los PTS para identificar fragmentos textuales en su contenido que tuvieran relación con o mención directa a la PAIS o su modelo operacional MAITE, así como alguno de sus componentes. Desde el documento se inició la codificación y elaboración de temas comunes para organizar la información y proceder a su análisis. Posteriormente, se creó una matriz en Microsoft Excel para la organización, sistematización e interpretación de los datos. Esto dio como resultado dos categorías o ejes temáticos comunes que fueron: (1) Incorporación normativa-conceptual; (2) Incorporación estratégica-operativa.

Resultados

Se accedieron y examinaron los PTS de once departamentos: Antioquia, Boyacá, Casanare, Magdalena, Quindío, Cundinamarca, Guainía, Norte de Santander, Santander, Valle del Cauca y Vaupés. De los restantes no fue posible su localización en los sitios web institucionales. Adicionalmente, se descartó la revisión y análisis de otros instrumentos de política o planificación territorial, como los planes departamentales de desarrollo, debido a que brindaban información incompleta sobre el sector salud y sus decisiones de política con mayor detalle.

Incorporación normativa-conceptual

En el análisis de los PTS se observó que la mayoría de los departamentos en estos instrumentos de planeación en salud tiene la incorporación normativa de la PAIS y el MAITE. Por supuesto, el reconocimiento de las normas a nivel nacional que legitiman y aprueban este tipo de políticas no es suficiente para asegurar su implementación o ejecución, pero refleja la articulación de los

territorios con los marcos normativos del sector salud que se generan a nivel nacional. Además, la incorporación de los conceptos fundamentales que inspiraron las normas sobre la PAIS y el MAITE se examinó en los diferentes PTS.

El análisis de los datos encontró que las cuatro normas con más frecuencia en los PTS de estos departamentos fueron las siguientes: La Resolución 429 de 2016 (adopción de la PAIS), Resolución 2626 de 2019 (adopción del MAITE y modificación de la PAIS), Resolución 3202 de 2016 (Rutas Integrales

de Atención en Salud -RIAS) y Resolución 3280 de 2018 (Lineamientos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016a, 2018b). Estos elementos normativos se describen en la Tabla 1. Es significativo mostrar la importante responsabilidad que tienen las ET en la implementación de la PAIS, y su papel rector y articulador es fundamental conforme a lo que señala este marco normativo.

Tabla 1 – Normatividad relacionada en los PTS departamentales, Colombia

Título	Resolución 429 de 2016	Resolución 2626 de 2019	Resolución 3202 de 2016	Resolución 3280 de 2018
Objeto de la norma	Adoptar la Política de Atención Integral en Salud	Modificar la Política de Atención Integral en Salud y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE)	Adoptar el manual metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)	Adoptar los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud (RPMS) y la Ruta de Atención en Salud para la población Materno Perinatal (RMPN)
Quién genera la norma	Ministerio de Salud y Protección Social			
Responsables de la implementación	ET responsable de implementación junto con EPS, IPS y otros actores sectoriales o intersectoriales	Liderado por ET quien coordina y articula acciones con EPS, IPS públicas y privadas, y otros actores sectoriales o intersectoriales	Liderado por MSPS quien desarrolla las RIAS; las ET asesoran, asisten, supervisan y vigilan la implementación. EPS e IPS adoptan e implementan	ET lidera las acciones para implementar RPMS y RMPN con EPS e IPS.

Tabla 2 – Incorporación normativa o conceptual de la PAIS y el MAITE en PTS

Departamento	Normatividad			
	Resolución 429 de 2016	Resolución 2626 de 2019	Resolución 3202 de 2016	Resolución 3280 de 2018
Antioquia	SÍ	SÍ	NO	NO
Boyacá	SÍ	SÍ	NO	NO
Casanare	NO	SÍ	NO	NO

continúa...

Tabla 2 – Continuación.

Departamento	Normatividad			
	Resolución 429 de 2016	Resolución 2626 de 2019	Resolución 3202 de 2016	Resolución 3280 de 2018
Cundinamarca	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Guainía	SÍ	SÍ	NO	NO
Magdalena	SÍ	NO	NO	NO
Norte de Santander	SÍ	SÍ	NO	NO
Quindío	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Santander	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Valle del Cauca	NO	NO	NO	NO
Vaupés	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ

La comparación entre los diferentes departamentos y sus PTS (Tabla 2) refleja que no todos incluyeron en sus planes las normas de la PAIS y el MAITE como sus referentes. Se encuentran departamentos como Cundinamarca, Vaupés, Santander y Quindío que toman toda la normatividad disponible de la PAIS, y otras ET como Valle, Magdalena y Casanare que incorporaron pocos elementos de ese marco normativo existente o simplemente estuvieron ausentes en los PTS.

Uno de los PTS reconoce estas políticas de la siguiente manera: “Se desarrollan cada uno de los programas de manera articulada a lo planteado en el Plan de Desarrollo Nacional 2018-2022, en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, en el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) cuyas líneas de acción se incorporan en cada uno de los programas definidos en cumplimiento de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS)” (Secretaría Seccional de Salud y Protección Social, 2020). Este texto es importante porque para el territorio es fundamental la articulación entre los diferentes instrumentos de planificación nacional que se encuentran vigentes al momento de la formulación del PTS y sobre el cual debe operar.

Para otra ET, se identifican los instrumentos de políticas como la PAIS y el MAITE así:

Uno de los desafíos más importantes de este proceso de planeación estratégica está en avanzar con la adopción de la política de atención integral en salud [PAIS] mediante el desarrollo del modelo de Acción Integral Territorial -MAITE, en el marco de la salud familiar

y comunitaria, con mayor capacidad resolutive en el prestador primario y llegando con los servicios de salud al lugar que las personas más los necesitan la estrategia de atención primaria en salud con enfoque de diferencial, mediante el cual se abordarán las acciones individuales y colectivas en materia de salud pública (Secretaría de Salud de Boyacá, 2020).

En este caso, la ET expresa su interés, pero al mismo tiempo el desafío en la implementación de estas políticas para transformar los servicios de salud tanto a nivel individual como poblacional.

Un tercer ejemplo ilustrativo de este eje temático es el planteado por la siguiente ET:

La situación de salud del departamento de Magdalena se aborda de manera integral desde la articulación de las visiones de las políticas internacionales, nacionales y territoriales tales como: Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS 3), Plan Nacional de Desarrollo 2019-2021 ‘Pacto por la equidad, Pacto por la legalidad’, Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, Política de Atención Integral en Salud -PAIS (Secretaría Seccional de Salud Departamental, 2020).

Este departamento, aunque no identifica el MAITE, sí plantea la importancia de articular el marco normativo nacional e internacional para mejorar la situación de salud de su población incorporando la PAIS en estos referentes.

De estos PTS se resalta la articulación, entendida como el vínculo indispensable entre las políticas públicas como la PAIS con los otros instrumentos existentes, planes de desarrollo tanto nacionales como territoriales y los planes decenales de salud pública, e incluso con políticas internacionales. Solo dos de las ET hacen evidente en el texto las necesidades de articular políticas. Y, aún *más específicamente, solo el departamento de Antioquia hizo la conexión entre los diferentes instrumentos de política pública junto con la PAIS*, mediante la elaboración de una matriz donde articula cada dimensión del PDSP 2012-2021 con la caracterización de las problemáticas del sector, y esta con las líneas de su respectivo plan de desarrollo y las líneas de acción del MAITE (Secretaría Seccional de Salud y Protección Social, 2020).

Incorporación estratégica y operativa

Una vez abordados los aspectos normativos reconocidos e incorporados en los PTS departamentales, el segundo componente que se identifica es la inclusión parcial o total de elementos estratégicos y operativos, es decir, pasar de las normas y conceptos a la ejecución mediante objetivos, metas e indicadores que permitan apuntar a estado o situación deseada y su medición para evaluar sus resultados. El contenido de estos planes también muestra un énfasis particular en algunos de ellos hacia la implementación de aquellas medidas que tienen una normatividad específica sobre alguno. En consecuencia, se identificaron objetivos estratégicos que tuvieran relación con la PAIS y el MAITE (Tabla 3).

Tabla 3 – PTS y objetivos estratégicos relacionados con PAIS o MAITE

Departamento	Objetivo estratégico
Antioquia	No tiene
Boyacá	No tiene
Casanare	No tiene
Cundinamarca	"Implementar la Estrategia de Atención Primaria en Salud: Cundinamarca Región que Progresa, en el marco de las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS) haciendo énfasis en promoción de la salud" (Gobernación de Cundinamarca, 2020)
Guainía	No tiene
Magdalena	"Mantener la continuidad de la cobertura universal en los servicios de salud, la reorganización y modernización de la red hospitalaria para prestar servicios efectivos y eficientes mediante la implementación del Modelo Acción Integral Territorial Salud –MAITE, y la Política de Atención Primaria en Salud –APS; garantizando la salud como derecho fundamental para todos los habitantes" (Secretaría Seccional de Salud Departamental, 2020)
Norte de Santander	"Implementar acciones territoriales específicas a partir de las prioridades en salud de la región bajo los lineamientos del Modelo de Acción Integral Territorial –MAITE" (Instituto Departamental de Salud, 2020)
Quindío	No tiene
Santander	"Avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud, la mejora de las condiciones de vida y salud de la población, en el marco de la Ley 1751 de 2015 Estatutaria en Salud, la Política Nacional de Atención Integral en Salud y la visión Santander 2030" (Secretaría de Salud Departamental, 2020)
Valle del Cauca	No tiene
Vaupés	"Lograr la implementación de la ruta materno-perinatal en el departamento de Vaupés en cumplimiento de la Resolución 3280 de 2018" (Secretaría de Salud Departamental de Vaupés, 2020) "Asistir técnicamente a los actores del sistema para la implementación y seguimiento de las intervenciones de las Rutas de Promoción y Mantenimiento de Salud y Materno Perinatal, relacionadas con el abordaje integral en primera infancia, infancia y adolescencia en el departamento de Vaupés" (Secretaría de Salud Departamental de Vaupés, 2020)

Algunos departamentos no formularon objetivos estratégicos de forma explícita en sus PTS sobre la implementación de la PAIS o su modelo operacional MAITE como Antioquía, Boyacá, Casanare, Guainía,

Quindío y Valle del Cauca. Con respecto a los demás departamentos, es evidente en alguno de estos, como Cundinamarca y Vaupés, que su atención se ha centrado en las RIAS de promoción y mantenimiento de la salud, así como la salud materno perinatal. Los restantes incorporan en estos objetivos la implementación del MAITE como Magdalena, Norte de Santander y Santander. Nuevamente, como *síntesis de lo anterior*, el resultado refleja una marcada heterogeneidad en términos de los objetivos estratégicos para la incorporación de la PAIS en los territorios. Además, esto plantea también la reflexión sobre la ausencia de coherencia entre la incorporación normativa con la incorporación estratégica de la PAIS, es decir, el hecho de que se identifiquen o se reconozca el marco normativo no se traduce de manera directa en la formulación de objetivos estratégicos relacionados con la política.

Ahora bien, cuando se pasa de los objetivos a las metas o indicadores, ya sea de producto o de resultado, los cuales tienen todos los PTS, la situación

no es diferente, y el contenido de los mismos refleja un conjunto de aspectos destacables debido a esa heterogeneidad en su formulación (Tabla 4).

Todos los departamentos formularon metas e indicadores para ejecutar, monitorear y evaluar el cumplimiento de los objetivos propuestos en el sector salud (Tabla 4). Se destaca que algunos de ellos se enfocaron en sus acciones para implementar las RIAS, especialmente en Casanare, Guainía, Norte de Santander, Valle del Cauca y Vaupés, al plantear logros para 2023 en la asistencia técnica a los municipios, las EPS e IPS públicas y privadas. Solo Boyacá formuló una meta más general como es la implementación de la PAIS en su territorio al finalizar el período de gobierno. Por último, algunas de las entidades territoriales como Antioquia, Cundinamarca, Magdalena, Quindío y Santander no establecieron metas o indicadores que tuvieran relación con esta política o con el MAITE, incluyendo alguno de sus componentes.

Tabla 4 – Metas e indicadores en PTS departamentales sobre PAIS o MAITE

Departamento	Metas e indicadores PTS
Antioquia	No tiene
Boyacá	"A 2023, se habrá implementado la política de atención integral en salud (PAIS)" (Secretaría de Salud de Boyacá, 2020).
Casanare	"Garantizar el acceso oportuno de las gestantes a la ruta materno perinatal desde las intervenciones individuales y colectivas en el departamento de Casanare" (Gobernación de Casanare, 2020).
Cundinamarca	No tiene "Coordinar la formulación del plan de capacitación, para el fortalecimiento de capacidades del personal de salud en pro a las líneas de acción atención de alteraciones nutricionales en la gestante establecidas para la implementación de la Ruta de atención y mantenimiento de la salud en las IPS [Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud] públicas y privadas del departamento del Guainía" (Secretaría de Salud y Seguridad Social Departamental, 2020). "Implementar la RIAS materno perinatal en el 30% de las IPS del departamento del Guainía" (Secretaría de Salud y Seguridad Social Departamental, 2020).
Guainía	"Capacitar y entrenar al recurso humano (médicos-enfermeras) en salud en la atención integral y de calidad a la mujer gestante (RIAS materno perinatal, atención del parto, trastornos hipertensivos del embarazo, hemorragia obstétrica, sepsis, humanización del servicio)" (Secretaría de Salud y Seguridad Social Departamental, 2020). "Garantizar la implementación de la RIAS materno perinatal en el 30% de las IPS del departamento lo cual permita la prevención de la transmisión sífilis durante la gestación y mejorar el diagnóstico oportuno de las gestantes y garantizando el tratamiento" (Secretaría de Salud y Seguridad Social Departamental, 2020). "Diagnosticar el desarrollo del enfoque de Riesgo y la Atención Primaria en Salud, en el departamento del Guainía, en el marco de la implementación del MIAS y MAITE" (Secretaría de Salud y Seguridad Social Departamental, 2020).
Magdalena	No tiene

continúa...

Tabla 4 – Continuación.

Departamento	Metas e indicadores PTS
Norte de Santander	"100% de EAPB [Empresas Administradoras de Planes de Beneficios] con seguimiento en las Rutas Integrales de Atención para las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y la salud bucal visual y auditiva (SBVA)" (Instituto Departamental de Salud, 2020).
	"Empresas Sociales del Estado (ESE) con adherencia a las Rutas Integrales de Atención para las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y la salud bucal visual y auditiva SBVA, con prioridad en los municipios PDET" (Instituto Departamental de Salud, 2020).
	"100% de las IPS [Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud] con asistencia técnica en las Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal" (Instituto Departamental de Salud, 2020).
	"100% de las IPS [Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud] con seguimiento a la implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal" (Instituto Departamental de Salud, 2020)
	"Seguimiento al 100% de las EAPB en la implementación de Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal" (Instituto Departamental de Salud, 2020).
Quindío Santander	"Asistencia técnica y seguimiento al 100% de las IPS en la implementación de la RPMS [Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud], para la prevención la EDA [enfermedad diarreica aguda]" (Instituto Departamental de Salud, 2020).
	"A 2022 El departamento basa su modelo de atención en salud en el Modelo de Acción Integral Territorial –MAITE en las ocho (8) líneas de acción: Salud Pública, Aseguramiento, Prestación de Servicios, Talento Humano, Financiamiento, Enfoque diferencial, Articulación intersectorial y Gobernanza con enfoque en el Modelo Integral de salud Rural en los municipios PDET" (Instituto Departamental de Salud, 2020).
Valle del Cauca	No tiene
	No tiene
	"Evaluar al 100% de los Actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS del Departamento, en el cumplimiento de las rutas integrales de Promoción y mantenimiento de la Salud y Materno Perinatal con énfasis en los distritos de Cali y Buenaventura, Jamundí, Palmira, Cartago, Buga y Tuluá" (Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca, 2020).
	"Evaluar al 100% de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS de competencia departamental, en el cumplimiento de las rutas de Promoción y mantenimiento de la Salud y Materno Perinatal, (servicios amigables-adolescentes), con énfasis en los municipios de Cali, Jamundí, Palmira, Cartago, Buga y Tuluá y los distritos de Cali y Buenaventura" (Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca, 2020).
Vaupés	"Adaptar el modelo de atención integral en salud de las poblaciones especiales del Valle del Cauca a las necesidades y prioridades de los grupos vulnerables, durante el periodo de gobierno" (Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca, 2020).
	"Adoptar una estructura de atención integral en salud con enfoque diferencial y etnocultural que dé respuesta a las necesidades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad desde la óptica y necesidades por momentos del curso de vida" (Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca, 2020).
	"Aumentar a 6 las entidades territoriales que implementan la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal en cumplimiento de la normatividad legal vigente, al finalizar en cuatrienio" (Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca, 2020).
	"Realizar asistencia técnica en 7 actores del SGSSS cada año para la implementación y seguimiento de las intervenciones de las Rutas de Promoción y Mantenimiento de Salud y Materno Perinatal, relacionadas con el abordaje integral en primera infancia, infancia y adolescencia con enfoque intercultural en el departamento de Vaupés" (Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca, 2020).

Discusión

Este estudio tuvo como objetivo analizar la incorporación de la PAIS y su modelo operacional MAITE en los PTS vigentes para el período 2020-2023 de once departamentos de Colombia, mediante un diseño cualitativo basado en el análisis de fuentes documentales. Este análisis generó dos ejes temáticos: La incorporación normativa y conceptual; y la incorporación estratégica y operativa, para comprender las características de la adopción departamental de la política nacional en relación con la atención integral en salud.

Los resultados muestran la falta de homogeneidad en el contenido de los PTS de las ET frente a la PAIS y su modelo operacional. Desde el primer eje temático, el normativo-conceptual, en su mayoría los planes abordan o identifican el marco normativo nacional existente en esta política, con base en las diferentes resoluciones que se han generado por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, entre los años 2016 y 2019. Su existencia, sin embargo, no garantiza una traducción directa en acciones, objetivos y metas específicas para su implementación completa. En este sentido, desde el eje temático estratégico y operativo, se evidencia esto último precisamente, en que un número importante de departamentos han puesto el acento solamente en el desarrollo de la RIAS, uno de los componentes de la PAIS y del MAITE, y que responden a la normatividad específica que exige su cumplimiento, en cambio, los demás componentes carecen de un marco normativo particular para su materialización.

Los contenidos heterogéneos en el contenido del PTS de cada departamento podrían reflejar la ausencia de una articulación con otros marcos de política e instrumentos normativos existentes como el PDSP. Sin embargo, esta ausencia puede evidenciarse en los marcos normativos existentes porque no se establece ninguna conexión explícita entre el PDSP, la PAIS o sus modelos operacionales como el MAITE, seguramente porque la norma surgió primero que la política y sus modelos operacionales, además, no ha habido iniciativas posteriores para lograr la articulación faltante. Por lo tanto, el interrogante aquí se plantea en términos del papel real de la política en la planeación integral en salud de los territorios.

Adicionalmente, no existe al momento de este estudio un lineamiento o un protocolo que oriente la ejecución operativa de la PAIS en las ET. Por lo tanto, los

territorios parecen describir, conceptualizar y definir acciones sobre esta política conforme a sus propios criterios y necesidades en salud. Esto explicaría la evidente heterogeneidad en contenido y alcance en la implementación de la política por parte de los gobiernos departamentales.

De acuerdo con la Resolución 2626 de 2019 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019) que adopta el MAITE, las ET deben contar con un plan de acción e implementación (PAIM) que especifique las prioridades de cada línea de acción, así como sus responsables, los compromisos, productos, indicadores y tiempos de ejecución de las diferentes acciones. Sin embargo, en ninguno de los PTS examinados aparece el PAIM en los territorios.

Como un tercer aspecto relevante destacable en los resultados es la prioridad en la implementación de las RIAS por parte de algunos departamentos. Esto puede explicarse porque las rutas cuentan con normas específicas, la Resoluciones 3202 de 2016 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016a) y 3280 de 2018 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018b), que establecen la obligatoriedad en el cumplimiento de las rutas de promoción y mantenimiento de la salud y de la población materno perinatal. Por consiguiente, las ET ponen mayor atención a cumplir con estas disposiciones porque lo exigen las normas, a diferencia de otros componentes que o bien no cuentan con normas específicas para su ejecución, o bien no son obligatorias.

Los resultados del estudio se articulan con debates actuales en relación con el papel que ha tenido la descentralización en las políticas de salud, así como los procesos de planificación en este sector, ligados a lo anterior. La PAIS y sus modelos operacionales que deben implementarla efectivamente como es el MAITE exigen capacidades territoriales tanto de los departamentos como de los municipios que no todos logran tener. Esta situación se evidencia en algunos estudios colombianos sobre la implementación de esta política (Rodríguez-Villamizar et al., 2017; Ruiz-Rodríguez et al., 2017), los cuales destacaron las competencias insuficientes por parte del personal sanitario para ejecutarla en el departamento de Santander.

Un estudio adicional sobre la implementación de la PAIS en el departamento del Cauca en el período 2016-2019 resalta que la débil autoridad sanitaria, el limitado trabajo interinstitucional, las prácticas políticas clientelistas y la ausencia de capacidades de gestión disponen barreras para

la ejecución de la política, a pesar de algunos avances desde lo estratégico y lo operativo (Mera-Urbano; Sotelo-Daza; Arias-Gordillo, 2022). Los anteriores estudios contribuyen a entender las particularidades y retos que tienen las entidades territoriales para ejecutar políticas de salud.

Con respecto a otros estudios sobre la implementación de políticas de salud a nivel territorial en el caso colombiano, la situación no es diferente. Roth-Deubel y Molina-Marin (2013) muestran la débil capacidad del Estado para lograr la articulación entre los actores que hacen parte del sistema de salud en el desarrollo o implementación de políticas y programas de salud pública; en este sentido, ni el Ministerio de Salud y Protección Social ni las autoridades territoriales en salud tienen capacidad real de rectoría en salud pública. Otra investigación desarrollada por Molina-Marin, Álvarez-Ochoa y Oquendo-Lozano (2014), en la cual se tomaron planes de desarrollo y PTS en varios municipios de Colombia, refleja que las políticas de salud escasamente hacían parte de las agendas políticas de los consejos municipales. Además, los programas de salud planteados difícilmente se implementaron porque carecían de recursos propios.

El estudio de Guzman, Nava y Bevilacqua (2016) expone las dificultades en la ejecución de la descentralización en salud en el país, debido a que las capacidades de muchas ET son limitadas para ejecutar políticas y programas en salud pública debido a la falta de rectoría y recursos tanto económicos como humanos ineficientes, pero también la cantidad y complejidad de la normatividad que se expide desde el nivel nacional que no considera las realidades de los territorios. En otros países, como México, parece también haber tenido dificultades en este sentido donde la descentralización ha sido una decisión de política impuesta desde el nivel central o nacional, por influencia de organismos internacionales no de salud sino financieros como el Banco Mundial. Así, los estados incluidos en el estudio no tenían capacidades humanas ni gerenciales o administrativas para asumir las responsabilidades que implicaba tal medida, de acuerdo al estudio de Homedes y Ugalde (2011).

Aunque el estudio no pretendió evaluar la descentralización o las capacidades territoriales para ejecutar acciones en salud pública, sí mostró unos vacíos importantes en la transferencia de una decisión política de orden nacional como es la PAIS, que responden

las disposiciones de una ley y fueron formulados por el Ministerio de Salud y Protección Social para ser implementados en los niveles territoriales inferiores, tanto departamentos como municipios y distritos. Los instrumentos de planificación territorial como los PTS y sus contenidos expresan una heterogeneidad y débil apropiación de esas decisiones nacionales y una ausente operativización de las mismas. El reconocimiento de los marcos normativos nacionales sin algunas estrategias, objetivos o metas para alcanzar durante los períodos gubernamentales, aspectos que se espera encontrar en un plan, no contribuyen a una implementación de esas acciones de política en salud.

Las limitaciones más importantes de esta investigación fueron principalmente la imposibilidad de acceder a otros PTS territoriales debido a que no estaban disponibles en los sitios web de los respectivos departamentos. Sin embargo, el análisis de los que fueron incluidos en este estudio refleja las particularidades y el alcance de la incorporación de la PAIS y su modelo operacional en Colombia. En sentido, finalmente, los resultados muestran que la implementación de esta política tiene una brecha aún demasiado grande entre lo planteado en las disposiciones normativas y su ejecución efectiva a nivel territorial, tomando como base un instrumento de política tan importante como es el PTS.

Es fundamental continuar con los estudios para comprender y evaluar con mayor detalle la implementación territorial y local de políticas nacionales como la PAIS de los departamentos y municipios, poniendo como ejes la descentralización y también la planificación en salud. Se podrían utilizar otros recursos metodológicos cuantitativos y cualitativos que permitan analizar los avances y las barreras en su ejecución, los actores clave en estos procesos y la identificación de aspectos positivos pero también problemáticos en la articulación con otros instrumentos de planeación territorial. Desde el punto de vista de la acción política, este estudio encuentra vacíos importantes que se traducen en recomendaciones como: la formulación de planes de implementación, la creación de lineamientos para todos los componentes del MAITE no solo las RIAS que comprometa explícitamente a las ET, la articulación adecuada entre la PAIS con el PDSP y los PTS departamentales y municipales.

Referencias

- ALVIM, N. A. T. Salud en la perspectiva de la integralidad. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 599-602, 2013. DOI: 10.5935/1414-8145.20130001
- COSTA, M. F. B. N. A. et al. La integralidad en la atención primaria de salud en los sistemas de salud brasileño y español. *Atención Primaria*, Amsterdam, v. 41, n. 7, p. 402-404, 2009. DOI: 10.1016/j.aprim.2009.02.010
- CONGRESO DE COLOMBIA. *Ley 10 de 1990 (Enero 10)*. Por el cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C.:Diario Oficial, 1990.
- CONGRESO DE COLOMBIA. *Ley 715 de 2001 (Diciembre 21)*. Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C.: Diario Oficial, 2001.
- CONGRESO DE COLOMBIA. *Ley 1122 de 2007 (Enero 9)*. “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”. Bogotá D.C.: Diario Oficial, 2007.
- CONGRESO DE COLOMBIA. *Ley 1438 de 2011 (Enero 19)*. “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”. Bogotá D.C.: Diario Oficial, 2011.
- CONGRESO DE COLOMBIA. *Ley Estatutaria 1751 de 2015 (Febrero 16)*. “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”. Bogotá D.C.: Diario Oficial, 2015.
- GOBERNACIÓN DE CASANARE. *Plan Territorial de Salud 2020-2023*. Casanare: Asamblea Departamental de Casanare, 2020.
- GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA. *Plan Territorial de Salud “Cundinamarca: región que progresa en salud 2020-2023”*. Bogotá D.C.: Secretaría de Salud de Cundinamarca, 2020.
- GUZMAN, B.; NAVA, G.; BEVILACQUA, P. Vigilancia de la calidad de agua para consumo humano en Colombia: desafíos para la salud ambiental. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, v. 34, n. 2, p. 175-183, 2016. DOI:10.17533/udea.rfnsp.v34n2a06
- GUTIÉRREZ SANÍN, F. Instituciones y territorio. La descentralización en Colombia. In: Konrad Adenauer Stiftung (Org.). *25 años de la descentralización en Colombia*. Bogotá, D.C.: Konrad Adenauer Stiftung, 2020. p. 11-54.
- HOMEDES, N.; UGALDE, A. Descentralización de los servicios de salud: estudio de caso en seis estados mexicanos. *Salud Pública de México*, v. 23, n. 6, p. 493-503, 2011.
- INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD. *Plan Territorial de Salud Pública “Más oportunidades para la salud” 2020 - 2023*. Cúcuta: Gobernación de Norte de Santander, 2020.
- MERA-URBANO, G.-A.; SOTELO-DAZA, J.; ARIAS-GORDILLO, A. Implementación de la Política Atención Integral en Salud en el Cauca: Un estudio de caso 2016-2019. *Hacia la Promoción de la Salud*, Manizales, v. 27, n. 1, p. 67-85, 2022. DOI: 10.17151/hpsal.2022.27.1.6
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. *Plan Decenal de Salud Pública PDSF, 2012-2021*. Bogotá, D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social, 2013.
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. *Resolución 1536 de 2015 (mayo 11)*. “Por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud”. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social, 2015b.
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. *Resolución 3202 de 2016 (julio 25)*. “Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud -RIAS”. Bogotá, D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social, 2016a.
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. *Resolución 429 de 2016 (febrero 17)*. “Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud”. Bogotá, D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social, 2016b.
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. *Prestador Primario de Servicios de Salud*. Bogotá, D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social, 2018a.
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. *Resolución 3280 de 2018 (agosto 2)*. “Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y

operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la población Materno Perinatal y se establecen directrices para su operación”. Bogotá, D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social, 2018b.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. *Resolución 2626 de 2019 (septiembre 27)*. “Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud -PAIS, y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial -MAITE”. Bogotá, D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social, 2019.

MOLINA-MARIN, G.; ÁLVAREZ-OCHOA, P.; OQUENDO-LOZANO, T. La salud pública en la agenda de los gobiernos municipales de seis ciudades colombianas, periodos 2008-2011 y 2012-2015. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Bogotá, v. 13, n. 27, p. 62-85, 2014. DOI: 10.11144/Javeriana.rgyps13-27.spag

PINHEIRO, R.; FERLA, A.; SILVA JÚNIOR, A. G. da. Integrality in the population’s health care programs. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 343-349, 2007. DOI: 10.1590/S1413-81232007000200010

RAHMAN, A.; KHANDAKER, S. A critical insight into a Policy implementation and implementation performance. *Public Policy and Administration*, v. 15, n. 4, p. 538-548, 2016. DOI:10.13165/VPA-16-15-4-02

RODRIGUEZ-VILLAMIZAR, L. A. et al. Evaluación de percepción de competencias de trabajadores respecto del Modelo Integral de Atención en Salud. *Revista de la Universidad Industrial de Santander Salud*, Santander, v. 49, n. 2, p. 302-311, 2017.

ROTH-DEUBEL, A.; MOLINA-MARIN, G. Rectoría y Gobernanza en salud pública en el contexto del sistema de salud colombiano 2012-2013. *Revista de Salud Pública*, v. 15, n. 1, p. 44-55, 2013.

RUIZ-RODRIGUEZ, M. et al. Voces de la academia y los tomadores de decisiones del Oriente Colombiano ante la implementación del Modelo Integral de Salud. *Revista de la Universidad Industrial de Santander Salud*, Santander, v. 49, n. 2, p. 320-329, 2017.

SECRETARÍA DE SALUD DE BOYACÁ. *Plan Territorial de Salud 2020-2023*. Tunja: Gobernación de Boyacá, 2020.

SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL. *Plan Territorial de Salud 2020-2023*. Bucaramanga: Gobernación de Santander, 2020.

SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE VAUPÉS. *Plan Territorial de Salud Departamental de Vaupés*. Mitú: Gobernación de Vaupés, 2020.

SECRETARÍA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL DEPARTAMENTAL. *Plan Territorial de Salud Guainía “Oportunidad para la salud”*. Puerto Carreño: Gobernación del Guainía, 2020.

SECRETARÍA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL VALLE DEL CAUCA. *Plan Territorial de Salud 2020-2023*. Cali: Gobernación del Valle del Cauca, 2020.

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD DEPARTAMENTAL. *Plan Territorial de Salud del Magdalena “Hacemos el cambio por la salud del Magdalena” 2020-2023*. Santa Marta: Gobernación del Magdalena, 2020.

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. *Plan Territorial en Salud 2020-2023*. Medellín: Gobernación de Antioquia, 2020.

VELASQUEZ-GAVILANES, R. Hacia una nueva definición del concepto “Política Pública”. *Desafíos*, n. 2, p. 149-187, 2009

Contribución de los autores

Rincón-Sánchez y Escobar-Díaz participaron en el diseño del estudio; Rincón-Sánchez y Escobar-Díaz contribuyeron en la recolección de información, en el análisis e interpretación de los resultados. Rincón-Sánchez y Escobar-Díaz participaron en la escritura del artículo científico, correcciones y aprobación final.

Recibido: 23/08/2022

Re-presentado: 06/05/2023

Aprobado: 28/05/2023