

Pronunciamiento de la Red SaludPaz sobre la propuesta del Plan Nacional de Salud Rural del Ministerio de Salud presentada para observaciones y aportes entre el 9 y el 30 de agosto de 2021

Introducción

El 20 de febrero de 2020, la Red de Universidades y Organizaciones Sociales en Salud para la Paz (Red SaludPaz) expresó sus diferencias y aportes a la versión inicial del Plan Nacional de Salud Rural (PNSR), llamando la atención sobre el reto que implica superar las grandes desigualdades entre el mundo rural y urbano en Colombia, las que se hicieron más evidentes con la pandemia por COVID 19 aun en curso, previendo que dichas desigualdades permanecerán y se agudizarán en el mediano y largo plazos, ante los efectos del cambio climático que golpean todo el planeta, la falta de voluntad política para dar cumplimiento al Acuerdo Final firmado por el Estado Colombiano y las FARC -EP y la crisis humanitaria que viven varias regiones del país por la agudización del conflicto armado.

A la fecha, frente a una nueva versión del Plan Nacional de Salud Rural disponible para observaciones y aportes entre el 9 y 30 de agosto de 2021, la Red SaludPaz reitera su posición anterior por considerar que, si bien se tuvieron en cuenta algunas recomendaciones como la importancia del artículo 24 de la Ley Estatutaria de Salud (1751 de 2015), permanecen los problemas estructurales del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y la intencionalidad del Gobierno Nacional de fortalecer la entrega de territorios rurales a un asegurador único con operadores privados, debilitando la red pública y desconociendo la diversidad cultural y territorial del país.

Adicional a lo ya expresado por la Red SaludPaz, el partido de los Comunes presentó ante el Senado de la República el Proyecto de Ley 434 de 2020 Senado, “Plan Nacional de Salud Rural para el Buen Vivir”, herramienta que amplía la posibilidad de deliberación pública sobre el tema antes de sancionar la resolución ministerial, para luego continuar con un Observatorio Nacional de Salud Rural como soporte de la planeación local en este ámbito.

Consideraciones

Con el propósito compartido de que Colombia cuente con un Plan Nacional de Salud Rural, no solo en cumplimiento del Acuerdo Final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera, sino desde el reconocimiento de que, dentro de las exclusiones históricas que han padecido los habitantes de la ruralidad, ha persistido la negación de sus derechos interdependientes en salud. Como consecuencia de esta marginación, los pobladores rurales han vivido en condiciones de pobreza monetaria, privación y hambre que se reflejan en indicadores

Facultad de Ciencias, Facultad de Ciencias Humanas, Facultad de Enfermería, Facultad de Medicina y Facultad de Odontología

de salud que no deberían llevar a cuestionar la capacidad personal de autocuidado, sino debatir las políticas que los gobiernos elaboran para la garantía y protección de sus derechos.

En esta dirección, el documento publicado en la página web, que presenta la propuesta del Ministerio de Salud y Protección Social sobre el Plan Nacional de Salud Rural (PNSR), acota el análisis de la situación de salud rural en el planteamiento de brechas de cobertura, brechas de resultados en salud y brechas en acceso a servicios de salud. Esta perspectiva conlleva a una visión muy reducida de la forma como el Estado colombiano pretende reconocer, garantizar y proteger de manera efectiva el derecho a la salud de los ciudadanos que habitan la ruralidad del territorio nacional, pues sus condiciones son muy diferentes a las de la población que vive en las grandes ciudades.

Aunque un análisis de brechas facilita la construcción de argumentos, no abre la posibilidad de plantear una alternativa significativa para la protección de las vidas y la salud de nuestros semejantes, que son sujetos de derechos en igualdad de condiciones con el ciudadano más acomodado que ostente la ciudadanía colombiana; por tanto, es importante ubicarnos en el territorio para plantear un PNSR.

Aunque se hace referencia a una caracterización futura de la población rural y se identifica que allí habitan campesinos, indígenas, afrocolombianos, raizales y palenqueros, es necesaria la comprensión de su identidad para planificar la atención del sujeto humano que cuenta con razón, voluntad, lenguaje y conciencia. Y que sin lugar a dudas, el ecosistema natural que representan los ríos, las montañas y el mar son aspectos que construyen su identidad, al configurar un marco de sentido donde se complementan los conocimientos adquiridos alrededor de prácticas de pervivencia y producción, que son de carácter colectivo.

Estos diversos y complementarios modos de vida y de relación sociedad-naturaleza son pertinentes para la comprensión del problema objeto de atención del PNSR y optar por un entendimiento del sujeto de derechos de nuestro mundo rural permitirá una doble dimensión del abordaje del derecho a la salud: primero, como acuerdos sobre los que se construye un consenso acerca de la ruralidad y el posconflicto; y segundo, como la normatividad que regula las relaciones entre el Estado, los ciudadanos y el mercado en la implementación de la Ley Estatutaria en Salud (1751 de 2015).



El enfoque territorial y el buen vivir

Se espera que este PNSR se piense de cara al futuro; por eso nuestra insistencia en un enfoque territorial. Este se fundamenta en la comprensión del territorio como un proceso de territorialización, producto de los conflictos entre diferentes territorialidades, esto es, formas de ocupación, apropiación y uso del territorio, con su propia identidad, y que hacen parte de la conflictividad regional, nacional y mundial. De allí la importancia de integrar en la planificación estatal para la salud, los modos de vida y las disputas alrededor de la transformación, producción, extracción, exploración, explotación de recursos, en medio de la crisis ambiental que impacta a los ecosistemas y la vida y la salud de sus habitantes.

Al considerar las características del territorio, las cosmovisiones de sus habitantes y sus interrelaciones en el cuidado de la vida en su conjunto, así como el diseño de redes de atención, servicios que se ofertan, ubicación de las infraestructuras, necesidad de gestión para vías de comunicación en la intención de aproximar el servicio a quien lo necesita, relevar los actores ya existentes, articular la oferta social pública y privada, reconocer las formas de conocimiento y organización popular en las veredas y corregimientos que no adiciona costos administrativos a la difusión, prestación y seguimiento de los servicios, entre otros aspectos, es hacer operativa la territorialización del PNSR. Una incorporación compleja del territorio, permitirá superar las limitaciones que todos reconocemos del sistema de salud que opera dentro de un mercado regulado de aseguramiento de corte individualista que desterritorializa.

La salud como concepto amplio es una oportunidad para la protección de derechos que las comunidades étnicas y campesinas reclaman, y de acuerdo con nuestra constitución, estas comunidades son sujetos de especial protección. Y la articulación con otros sectores permite la garantía de derechos interdependientes que, en contextos específicos, logran transformar condiciones indignas de vida para avanzar en la perspectiva del buen vivir.

Existe suficiente ilustración sobre las limitaciones del sistema de aseguramiento fragmentado y segmentado, que se convierten en barreras reales e insalvables para algunos ciudadanos que requieren atención oportuna y atención especializada. Estas barreras motivan a las comunidades, en especial a quienes cuentan con otros saberes, a organizar formas autónomas para satisfacer sus necesidades de salud; por tanto, existe la alternativa de procurar su reconocimiento y articulación y como una manifestación genuina de reducción de la desigualdad e inequidad, al cualificar sus servicios y asegurar el acceso de las poblaciones y proyectar sus relaciones con la prestación de servicios en el ámbito urbano.

La Atención Primaria en Salud (APS) en el ámbito rural es la verdadera transformación hacia una organización institucional territorializada que organice y dé soporte a una red rural de servicios en relación con las transformaciones que la sociedad rural demanda (agrícola, pecuaria, forestal, minera-extractiva, artesanal, turística, etc). Por tanto, es un error ordenar el PNSR con base en



los mismos indicadores de salud para poblaciones urbanas. Es necesario salir de respuestas pensadas alrededor del suministro de medicamentos y atención individual de la morbilidad.

La integralidad es articular lo urbano y lo rural (fuentes de alimentos, aire, agua, vivienda, cuidado ambiental), encontrar las condiciones en donde el sistema de salud como un todo dinamiza y hace posible el desarrollo de las comunidades como un conjunto de elementos con capacidad de impactar la vida de las personas al reconocer los conocimientos y saberes ligados a las actividades humanas como muestra de la apropiación del territorio. La ruralidad no puede ser pensada como un concepto demográfico o de difícil acceso a servicios.

La ruta abierta por el proyecto de ley 434 de 2020 - Senado

En consideración de lo dicho en estos párrafos, encontramos elementos muy valiosos en la iniciativa legislativa de Ley para el Plan Nacional de Salud Rural, radicada en el Senado de la República por el partido Comunes, que tiene una orientación o posicionamiento de una relación entre el reconocimiento de derechos y la convivencia para el buen vivir.

Esta propuesta ofrece alternativas a los marcos epistemológicos propios del enfoque de riesgo, que resulta estrecho para comprender las necesidades de salud de las poblaciones que habitan la ruralidad. Algunos elementos destacados son:

- a. Las poblaciones de la ruralidad no se perciben desde un concepto demográfico; se exploran desde una perspectiva participativa y territorial; es decir sujetos sociales territorializados o situados.
- b. La financiación del sistema se propone desde una subcuenta única de “aseguramiento social” que integre diferentes fuentes y se asigne de manera colectiva y territorial, para potenciar la relación garantía de derechos-convivencia-buen vivir.
- c. Un fortalecimiento de la institucionalidad de salud que, en articulación con otros sectores, trabaje para el logro de cambios en el sector salud pero guiada por una política pública de largo plazo y con capacidad de impactar la vida de las personas.
- d. Los hospitales públicos se entienden como eje de la planeación territorial y su fortalecimiento parte de e impacta a una dinámica territorial para la promoción, prevención y atención integral de las poblaciones y las personas. En esta propuesta la institucionalidad pública en salud articula a las iniciativas comunitarias para el cuidado de la vida y la salud.
- e. El talento humano en salud, tal como esta iniciativa lo concibe, permite articular una red de conocimiento y acción desde los centros de formación, las redes de atención y acción extramural, para adelantar labores de investigación, asistencia, prevención, actualización y planificación del territorio.



- f. La interculturalidad como realidad vivida en el territorio es asumida como una dimensión central para la planificación de los programas y proyectos que aseguran la incorporación de los saberes propios y compartidos, las visiones de mundo y los canales de comunicación comunitarios que operan en doble vía entre las poblaciones. Esta dimensión también aborda la condición laboral del habitante rural y su relación con las diversas formas de la seguridad social.

Finalmente, reivindicamos la necesidad de operar un Observatorio de Salud Rural desde la sociedad civil, con un acuerdo básico sobre los aspectos que serían objeto de seguimiento participativo en los territorios, además de los indicadores habituales. Tendría la participación de diferentes organizaciones sociales articuladas a universidades u organizaciones académicas y estrategias permanentes de formación y comunicación, con un proceso participativo de análisis de la situación y de la acción transformadora en los territorios, lo que implicaría un enfoque territorial, comunitario, participativo y formativo, información y comunicación para la acción e incidencia en política pública.

Insistimos en que, para pensar en un PNSR, es necesario abrir el debate sobre el sistema de salud que permitiría avanzar seriamente en una superación progresiva de la matriz de desigualdad en salud que se expresa, de manera interseccional, entre clase social, género, etnia-raza, y se sitúa en territorios con historias y culturas bien diferenciadas.



MARIO ESTEBAN FERNÁNDEZ
Coordinador



MARIA PATRICIA GONZÁLEZ CUELLAR
Secretaria Técnica RedSaludPaz