Pronunciamiento de la Red SaludPaz sobre el borrador de Resolución para la implementación del Plan Nacional de Salud Rural

Introducción

A continuación se presenta un análisis de la propuesta de resolución ministerial para la implementación del Plan Nacional de Salud Rural (PNSR), con base en los acumulados de discusión que se ha llevado a cabo en la Red SaludPaz[1], por medio de diferentes eventos de discusión sobre el tema y de aportes de diferentes miembros de organizaciones sociales y universidades participantes en la Red SaludPaz.

En primera instancia se plantean las consideraciones sobre cada uno de los componentes del borrador de resolución y del anexo técnico; en segundo lugar se presenta una síntesis de conclusión del concepto; y en tercer lugar se hace una propuesta para ampliar el debate y se exponen los lineamientos para una alternativa al Plan Nacional de Salud Rural propuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS).

1. Análisis del contenido de la resolución

Sobre la normatividad en la que se soporta:

- Se acude al artículo 5 de la Ley Estatutaria en Salud (LES), número 1751 de 2015, que se refiere a las "obligaciones del Estado", pero apenas se menciona el artículo 24 sobre "garantizar la disponibilidad de servicios en zonas marginadas" (Art. 24), que incluye el criterio de la "rentabilidad social" y no económica para la red pública de servicios en estas áreas que es tan importante para el tema de la salud rural.
- El proyecto de resolución sigue considerando que la LES puede reglamentarse en el marco del Sistema General de Seguridad Social

[1] La Red de Universidades y Organizaciones Sociales en Salud para la Paz - Red SaludPaz es una iniciativa de trabajo colaborativo de sectores de la sociedad civil comprometidos con la implementación del Acuerdo Final entre el Estado colombiano y las FARC-EP desde una visión de la salud como la construcción social del buen vivir en los territorios, para aportar a una paz estable y duradera en Colombia.

en Salud (SGSSS), cuando claramente este sistema no ha logrado garantizar el derecho fundamental a la salud, menos aún en áreas rurales.

- Se menciona el artículo 46 de la Ley 715 de 2001, Sistema General de Participaciones (SGP), que se refiere a las "competencias en salud pública" de los entes territoriales, pero no menciona los demás artículos que, sin duda, tienen que ver con la salud rural, como los de oferta, régimen subsidiado, agua potable y saneamiento y otros más de propósito general o para poblaciones específicas.
- Al acudir a la Ley 1438 de 2011 queda claro que se entiende la Atención Primaria en Salud (APS) en el marco del modelo de aseguramiento, cuando después de nueve años de aprobación de dicha ley los aseguradores no han realizado tal mandato. Por el contrario, la separación entre "salud pública individual" y "salud pública colectiva" de esta ley, y la de "gestión individual del riesgo", a cargo de los aseguradores, y "gestión del riesgo colectivo", a cargo de los entes territoriales, como establece el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) de la Resolución 429 de 2016, no ha permitido desarrollar una verdadera APS con carácter territorial y participativo, como se ha promovido internacionalmente.

En los considerandos:

- Es claro que se pretende articular el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) de la resolución 2626 de 2019 con el PNSR. Prácticamente, el segundo será la implementación del primero en las zonas PDET. Esta limitación no está en el espíritu del Acuerdo Final, si se tiene en cuenta que éste es uno de los 16 planes nacionales que deben servir de soporte a la Reforma Rural Integral pactada, la cual no puede reducirse a las áreas PDET.
- Se supone que el MAITE, "a través de acuerdos interinstitucionales y comunitarios, orienta de forma articulada, la gestión de los integrantes del sistema de salud en el territorio para responder a las prioridades de salud de la población". Esto vuelve a dejar el asunto de la "articulación" entre los agentes del actual sistema como un resultado de la buena voluntad, lo cual es totalmente insuficiente, pues así lo ha ordenado la ley 1438 de 2011 y el MIAS, y no solo no se ha resuelto la brecha rural-urbana, sino que se ha incrementado.
- Se concibe la "violencia" como un problema de salud pública, tanto por sus efectos directos como por los indirectos. Pero hay que

incorporar en el análisis las causas del conflicto armado, dentro de las que se encuentra la desigualdad en salud entre zonas rurales y urbanas, entre etnias, entre clases, entre generaciones, entre géneros y frente a la población con discapacidad. Una de las principales desigualdades es el acceso a servicios de salud cuando se necesitan; pero mucho más, las desigualdades en las condiciones de vida que generan la enfermedad, la discapacidad y la muerte evitable, relacionadas con el modelo de desarrollo extractivista, depredador, violento, racista y patriarcal. Sin embargo, estas dimensiones de la situación no son captadas en el diagnóstico propuesto en el anexo técnico. Por el contrario, supone que se trata de un resultado de las dificultades geográficas para el acceso a los servicios, lo cual resulta a todas luces insuficiente.

- Respecto de la Ley 1955 de 2019 (Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022), en lo que hace a los recursos del SGP para salud pública y subsidio a la oferta, no se menciona que el artículo 233 aumenta los recursos para aseguramiento al 87%, dejando sólo 3% para oferta y 10% para salud pública. Y el artículo 235 habla de que los departamentos y los municipios solo recibirán el 45% y el 55% de estos recursos respectivamente, según la autorización que dé el MSPS, basado en el cumplimiento de las metas. Con esto se supone que las metas de salud pública son del resorte de los entes territoriales (ET), desresponsabilizando así a los aseguradores y al nivel nacional, mientras reduce los recursos disponibles para los entes territoriales.
- El mismo artículo 235 de la ley del Plan Nacional de Desarrollo (PND) ofrece la posibilidad de contar con "infraestructura pública administrada por terceros [...] en zonas de difícil acceso que sean monopolio en servicios trazadores y no sostenibles por venta de servicios". Cabría suponer que el PNSR usará esta fórmula para invertir recursos públicos en nueva infraestructura y entregarla a un operador privado o a una Empresa Promotora de Salud (EPS) en cada territorio "rural con población dispersa", al estilo del modelo Guainía, sin contar con una evaluación profunda y suficiente de esta experiencia.
- Se cita el Acuerdo Final, en el punto 1 sobre la Reforma Rural Integral, con el objetivo de "la recuperación del campo, de su territorio y de su capacidad generadora de desarrollo para el país, con el fin de reducir las inequidades históricas entre sus habitantes [para lo cual] debe lograrse que el ejercicio de derechos de los ciudadanos pueda

garantizarse […]". El Acuerdo Final es integral y tiene articulaciones claras de los seis puntos. La salud rural debe dialogar con todos los componentes del acuerdo para la transformación de las condiciones que generaron el conflicto armado y no limitarse a garantizar el funcionamiento del sistema de aseguramiento para la atención médica, como propone el MSPS. Precisamente por esto, se requiere entender por qué se han dado estas desigualdades en salud para corregir las causas y no seguir reproduciéndolas. Sin embargo, todo el plan está estructurado sobre la profundización del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que ha mostrado su incapacidad de garantizar el derecho fundamental a la salud, en especial, en las áreas rurales.

- El último considerando afirma: "[Q]ue la reducción de brechas entre la ruralidad y lo urbano, sólo será posible si se reconoce la inmensa diversidad territorial y poblacional de Colombia que, a su vez, se traduce en perfiles epidemiológicos variados". Después de 25 años de operación del SGSSS, cabe preguntarse por qué persisten las desigualdades injustas y la falta de reconocimiento de la diversidad territorial. La hipótesis fuerte para explicar esto es el carácter individualizador del sistema de aseguramiento, que se concentra en la atención de las enfermedades, solo a veces en la prevención de "riesgos individuales", porque éstas representan "siniestros" que gastan recursos del pago per cápita (Unidad de Pago por Capitación - UPC) que reciben. Esta lógica desterritorializa y no tiene interés en la dimensión comunitaria y poblacional. Debido a que en el área rural no es rentable hacer atención ni prevención, las EPS no han respondido por su población afiliada en el campo. Pero sí han recibido sagradamente las unidades de pago por capitación (UPC) por parte del Estado. ¿Por qué insistir en un modelo que no ha funcionado para nuestra diversidad territorial?

Sobre la parte resolutiva:

- **Artículo 1.** Se plantea que el PNSR tiene el "fin de cerrar las brechas urbano-rurales en términos de cobertura, acceso, oportunidad y calidad de los servicios de salud con enfoque territorial, étnico y de género". Pareciera como si, para cerrar esta brecha, bastara con llevar la oferta urbana de servicios a las áreas rurales. Pero este enfoque es muy limitado, si se tienen en cuenta dos consideraciones: primero, no se incluye una visión de cuidado de la vida, humana y no humana,

que está detrás del deterioro de la salud en el campo y que se explica por el modelo de desarrollo extractivista y depredador del ambiente. Y segundo, si se trata de una "ruta" debería ser hacia la transformación del estado de cosas que explica las enormes brechas entre el campo y la ciudad, pero esto queda intocado.

- **Artículo 2., 2.1**. El objetivo general expresa que se trata de "[H]acer efectivo el ejercicio del derecho a la salud de las personas, familias y comunidades de las zonas rurales de Colombia". Pero es necesario reconocer que el derecho a la salud, según la Observación General 14 de 2000, del comité del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), habla del derecho a contar con "el más alto nivel de salud posible". De manera que no puede reducirse al acceso de servicios de atención médica y deben incluirse los trece componentes de los que habla dicho referente internacional. El artículo sólo habla de "cobertura y acceso, oportunidad y calidad, de las atenciones en salud", lo cual resulta absolutamente insuficiente.
- **Artículo 2, 2.2.1**. El objetivo específico 2.2.1 se refiere a "[C]errar la brecha urbano-rural vía el mejoramiento de los resultados en salud…"; pero los resultados en salud no dependen solo de la atención, sino de las condiciones de vida digna para el "buen vivir" de las comunidades según sus saberes ancestrales y su diversidad cultural, aspectos apenas mencionados como "enfoque diferencial".
- **Artículo 2, 2.2.2.** En este objetivo se incluyen los "entornos donde viven las personas" para afectar los "determinantes de la salud". Esta visión es insuficiente e individualista. Desconoce la dimensión social de la vida de las personas. Los territorios no son espacios físicos que ocupan las personas y ofrecen ciertos riesgos para la salud. Se trata de relaciones sociales históricamente construidas que se materializan en procesos de territorialización, generando modos de vida que destruyen o protegen la vida, tanto humana como no humana. Es necesario repensar el concepto de territorio para superar esta visión recortada de espacio físico.
- **Artículo 2, 2.2.3**. Se insiste en la cobertura del aseguramiento, pero en los datos oficiales hay municipios con más del 100% de cobertura, pero con enormes dificultades para el acceso efectivo a los servicios cuando se necesitan. ¿Por qué insistir en este mecanismo y no retirar el intermediario financiero de estas áreas?
- **Artículo 2, 2.2.4.** Se pretende lograr el "desarrollo y fortalecimiento de la infraestructura y dotación" de servicios de salud. Y parece claro

que esta inversión en infraestructura es y debe ser del Estado. Los hospitales y centros públicos dan sentido de pertenencia e identidad y se vuelven de las comunidades si son de carácter público. Pero el PND abre la puerta a la operación por terceros de esta infraestructura (art. 235, Ley 1955 de 2019), y esto alejaría a la comunidad de estas instituciones. Se convertirán en negocios particulares operados en concesión y sin ningún arraigo comunitario y territorial, como ha venido pasando con varias Empresas Sociales del Estado (ESE).

- **Artículo 2, 2.2.5.** Este objetivo específico combina dos intenciones: de un lado, "[F]ortalecer las redes integrales de prestación de la oferta de servicios de salud"; del otro "[fortalecer] la disponibilidad y competencias del Talento Humano en salud en las zonas rurales". Sobre el primero, no es claro a esta altura cómo, pero más adelante aparece la idea de que este fortalecimiento sea a través de los aseguradores, incluso con la idea de tener un asegurador único en área de población dispersa al estilo Guainía. Esta ruta resulta, por lo menos, incierta. Más adelante se plantearán sus limitaciones. Sobre el segundo, no hay un diagnóstico del tipo de talento humano que se requiere de acuerdo a la diversidad territorial, ni a cargo de qué instancias está la responsabilidad, tanto de la formación como de la permanencia en las áreas rurales.
- **Artículo 2, 2.2.6**. Se pretende promover la "acción intersectorial" para afectar los "determinantes sociales" de la salud. Esta acepción de los "determinantes" los asimila a los tradicionales "factores de riesgo" para la salud humana, y reitera la fracasada intención de articular sectores centralizados y autónomos. Esto es muy distinto a construir con las comunidades las mejores condiciones para el cuidado de la vida, humana y no humana, en el concepto de "buen vivir" o de "plan de vida" de muchas comunidades que habitan los territorios rurales. Esta mirada le apunta a la superación del extractivismo depredador de todo tipo (hidrocarburos, minería, agroindustria, narcotráfico, energía solar y eólica en clave extractivista, como en La Guajira), y a la construcción de alternativas a este desarrollo depredador, con base en soberanía alimentaria, territorialidad colectiva y cuidado de la vida en su conjunto.
- **Artículo 2, 2.2.7.** Incluye las prioridades en salud pública para ciertas poblaciones. Pero esta mirada tiende a fragmentar las comunidades en grupos etareos y epidemiológicos. Es necesario repensar la relación entre territorio y salud. No se trata de concebir

grupos de individuos enfermos que comparten ciertos "riesgos". Son comunidades que comparten "modos de vida" que deterioran o cuidan la vida humana y no humana, en un sentido histórico y total, en medio de territorialidades opuestas y en conflicto[2]. Desde la perspectiva individualista lo que tiende a pasar es que estos programas de prioridades en salud pública rural se conviertan en paquetes costo-efectivos para las EPS. Y si no dan ganancias, no se realizarán.

- **Artículo 2, 2.2.8.** Se plantea como objetivo "promover [...] la corresponsabilidad" de las personas, las familias y las comunidades, en la salud y el desarrollo. Esta perspectiva corre en peligro de caer con facilidad en la culpabilización de los individuos por su comportamiento supuestamente irresponsable, sin entender las condiciones de vida que posibilitan o determinan sus decisiones y acciones, y menos aún, comprender sus propias culturas.
- **Artículo 3.** Se anuncia que el PNSR deberá incluir municipios "Rurales y Rurales Dispersos y/o que hacen parte de los PDET". Esto implicaría municipios categorías 4, 5 y 6, que representan más del 90% de los municipios existentes, lo cual implica una transformación profunda del sistema de salud para estos territorios. Habría que pensar en desarrollar un sistema de salud sin intermediación en todos ellos, dado que el sistema de aseguramiento ha sido ineficaz en la garantía del acceso a los servicios de salud que se requieren, como ordena la Sentencia T-760 de 2008 y la LES.
- **Artículo 4**. Enuncia los "enfoques diferenciales" de los que se habla en el Acuerdo Final, como orientadores del PNSR. Pero esta idea de los enfoques separados tiende nuevamente a generar fragmentación. Las condiciones que generan la desigualdad injusta y evitable son transversales o "interseccionales". Esto significa que no se trata de grupos diferentes sino que las condiciones que generan las desigualdades son socialmente construidas y se intersectan. Por ejemplo, una mujer puede ser al mismo tiempo negra, campesina, adulta mayor, con discapacidad, expropiada y víctima. Desde los planteamientos de Kimberly Crenshaw en 1989[3], el concepto de

[2] Al respecto: Betancourt M, Hurtado LM, Porto-Gonçalves CW. *Tensiones territoriales y políticas públicas de desarrollo en la Amazonia*. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales – CLACSO, 2015.

[3] Crenshaw K. Desmarginalizing the Intersection of Race and Sex. A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. The University of Chigago Legal Forum (HeinOnLine), 1989 (1): 139-169. Recuperado de:

interseccionalidad es necesario para entender las potenciaciones de las exclusiones sistemáticas de las relaciones de poder que generan las desigualdades. Sin esta concepción, los "enfoques diferenciales" se debilitan, tienden a pensar indebidamente en "poblaciones vulnerables" y terminan realizando acciones asistenciales y fragmentadas que no transforman las relaciones de poder, además de no contar con los(as) afectados(as).

- **Artículo 5.** Sobre el componente estratégico, se acude a cinco aspectos que constituyen los ejes de acción del plan, y que se explican en detalle en el anexo técnico: "modelo especial de salud", aseguramiento, fortalecimiento de la infraestructura (incluye talento humano), priorización de poblaciones y problemas de salud pública y seguimiento y monitoreo.
    - **5.1. Modelo especial de salud**. Se percibe una visión tradicional de salud pública, de población y territorio; no se recogen las especificidades de los procesos de territorialización que resultan de territorialidades en conflicto por el control de los recursos en el territorio y por la identidad y al arraigo de las comunidades, de manera que de "especial", este modelo no tiene nada.
    - **5.2. Aseguramiento.** La insistencia en la cobertura del aseguramiento no tiene en cuenta la existencia de municipios con más del 100% de cobertura de la población registrada, pero con mucha mortalidad evitable asociada a la falta de atención. El mejor ejemplo es el de la muerte de niños y niñas en La Guajira, a pesar de que en 2016 había 17 EPS que afiliaban a toda la población. Estas EPS recibían sus UPC sagradamente, mientras se morían los niños supuestamente por desnutrición y, según la directora de turno del ICBF, por culpa de las madres. Si suponen que la solución es entregarle toda la población a una sola EPS, lo que harán es retirar al ET y a las comunidades del gobierno de su territorio en materia de salud, incluida, claro está, la atención de los enfermos.
    - **5.3. Infraestructura y talento humano**. Si se invierte en infraestructura pública, debe haber trabajo digno y estable, con participación de las comunidades y con visión de territorio para el cuidado de la vida. De otra forma, se trataría solo de otro

https://chicagounbound.uchicago.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1052&context=uclf (consultado: 09-02-20).

negocio, ahora monopolizado por una EPS en cada zona o la misma para todas las áreas rurales. De ser así, ¿para qué Estado y comunidad en salud? ¿Sólo para vigilar?

- **5.4. Priorización de problemas en salud pública.** Se presentan como un conjunto de programas aislados que podrán ser contratados con particulares; seguramente los hará por contrato la misma EPS con recursos del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) de cada municipio o del departamento. Esta perspectiva destruye la relación entre salud y territorio, porque individualiza y promueve el consumo de servicios de atención que resulten costo-efectivos para la ganancia del asegurador, en el marco del Complejo Médico Industrial y Financiero (CMIF) de la salud y en el capitalismo cognitivo basado en derechos de propiedad intelectual.
  - 5.4.1. Salud materna e infantil, se lee en clave de la Ruta de Integral de Atención en Salud, en el anexo técnico. Pero esto tiende a estandarizarse por medio de la "Medicina Basada en Evidencia" (MBE), como se plantea, para garantizar eficiencia y ganancia. Esta estandarización va en contra de cualquier enfoque diferencial.
  - 5.4.2. Se habla de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN), y se ratifica en el anexo técnico, pero las poblaciones rurales, como campesinos, negros e indígenas, están proponiendo la "soberanía alimentaria", que es otra cosa. Implica identidad territorial, saberes ancestrales y eliminación del extractivismo agroindustrial que impone semillas genéticamente modificadas y agrotóxicos. Este sector, junto con los medicamentos (Bayer-Monsanto), alimentan la acumulación global de capital en el capitalismo cognitivo que solo podrá superarse desde el reconocimiento de la diversidad territorial.
  - 5.4.3. Rehabilitación psicosocial para la convivencia y la no repetición. El enfoque es del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI), que es claramente individual y escasamente grupal. Desde esta perspectiva, no se comprende que el conflicto local es la expresión local-regional de la conflictividad global, y que

no puede quedar reducido a la atención individual de víctimas.

- 5.4.4. Se refiere a la Atención integral al consumidor de drogas ilícitas, pero nuevamente se ubica en un plano individual y nada se menciona de la relación con el Programa Nacional Integral de Sustitución de Cultivos de Uso Ilícito (PNIS), con perspectiva territorial y participativa de las comunidades, en especial de los jóvenes. De esta forma, se tiende a un programa de charlas y juegos para jóvenes, contratados con recursos del PIC y seguramente con operadores privados.
- 5.4.5. Promoción de la salud y prevención de las enfermedades relacionadas con los determinantes sanitarios y ambientales se presenta en el anexo técnico como el conjunto de factores contaminantes del ambiente, sin entender las dinámicas del extractivismo ampliado que destruye la vida, agota las fuentes hídricas y desplaza violentamente a los campesinos, indígenas y negros.
- 5.4.6. sobre las Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV), el anexo técnico vuelve a las medidas tradicionales, sin entender que el incremento de las ETV se relaciona con las dinámicas territoriales en la conflictividad global que ha contribuido a la crisis climática y a condiciones favorables al incremento de las ETV.

- 5.5 Sistema de seguimiento y monitoreo: se asume en el anexo técnico con indicadores muy ligados a cada una de las líneas de acción, pero debería ser un modelo de seguimiento participativo y territorial, descentralizado y específico para cada territorio.

- **Parágrafo:** se insiste en el tema del papel de los actores del SGSSS y de la intersectorialidad. Esto se ha dicho desde hace varios años y nunca se ha logrado. La principal causa de esta fragmentación es la separación entre bienes privados y bienes públicos de la teoría neoclásica de la elección racional, que dejó los primeros al mercado regulado de aseguramiento con subsidio a la demanda y los segundos a un Estado - nacional y entes territoriales - totalmente debilitados y sin gobernabilidad. Es precisamente esta tendencia la que habría que transformar.

- **Artículo 6.** Responsabilidades de los actores del SGSSS. Se enuncian las responsabilidades que se han planteado desde la Política de Atención Integral en salud (PAIS), el MIAS y ahora el MAITE, con el ya tradicional Análisis de Situación de Salud (ASIS) y la compleja metodología de matrices de "PASE a la Equidad". Se supone que de esta forma es posible lograr la articulación entre los agentes. Pero en el anexo técnico queda claro que el asegurador, que seguramente será único en las áreas rurales con población dispersa, como en el caso Guainía, es el que tendrá la gobernabilidad del sistema, tanto en la organización de las redes, de los equipos multidisciplinarios de salud (EMS) y de la administración de la infraestructura que se construya con recursos públicos. El ente territorial, sea municipio o departamento, queda en la función de vigilante y controlador, pero sin capacidad sancionatoria. En estas condiciones se irá hacia la contratación del PIC con la EPS o con quien ella decida. Cada vez menos gobernabilidad por parte de los entes territoriales y las comunidades y más poder concentrado en el asegurador al que se pasan los recursos públicos con la figura de la UPC incrementada, para generar los incentivos suficientes. Esto va en contra de la diversidad territorial y étnica, y no afecta los procesos de territorialización que han dado lugar al deterioro de la vida en estos territorios del posconflicto.
- **Artículo 7**. Esquema de financiación del PNSR: se habla de la articulación de recursos del Presupuesto General de la Nación (PGN), según la estructura actual, y se espera que haya recursos adicionales de regalías -en especial del OCAD para la Paz-, los entes territoriales, obras por impuestos y de la cooperación internacional. Al entrar en detalles del anexo técnico, se aprecia una gran complejidad para la formulación de los proyectos de infraestructura, dado que deben estar incluidos en el Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Empresas Sociales del Estado (PTRRM) que se supone tienen todos los departamentos y en el Plan Bienal de Inversiones Públicas en Salud, para recibir el aval del Ministerio de Salud y Protección Social. Difícilmente un municipio podrá recorrer este camino. Desde el punto de vista de los montos, no se entiende de dónde salen las cifras de funcionamiento e inversión que se presentan en la tabla correspondiente, porque al parecer tampoco tiene que ver con las iniciativas de los PDET. En todo caso, es necesario revisar con todo detalle estas iniciativas en el proceso de formulación de los

planes de desarrollo y los planes territoriales de salud en los municipios. Aun así, la cifra de $ 2.937.092.268.135 para los 170 municipios, en 13 años, conduce a una distribución promedio de $1.329 millones por municipio, monto que a todas luces es excesivamente bajo.

2. Síntesis del concepto

La propuesta de resolución para la implementación del PNSR se inscribe plenamente en la profundización del modelo de aseguramiento obligatorio con competencia regulada y subsidio a la demanda que se ha impuesto en el país desde la promulgación de la Ley 100 de 1993, con la expectativa de que la alineación de incentivos a los agentes que se encuentran en el mercado regulado y la máxima gobernabilidad del asegurador permitirán cerrar la brecha acumulada rural-urbana en materia del acceso a servicios de salud. No obstante, los esfuerzos sistemáticos realizados en esta dirección por gobiernos anteriores no han mostrado ningún éxito. Por el contrario, la brecha aumenta y las condiciones que deterioran la vida en el campo no han sido afectadas en lo más mínimo.

En estas circunstancias, desde la Red SaludPaz consideramos necesario abrir el espacio para la deliberación pública sobre el asunto de la salud rural, si se quiere avanzar seriamente en la garantía del derecho fundamental a la salud para las poblaciones que habitan en las áreas rurales, para aportar desde la salud a la transformación de las condiciones que producen y reproducen las desigualdades y el deterioro de la vida en las ruralidades diversas del territorio colombiano.

3. Propuesta

Con base en las reflexiones anteriores, la Red SaludPaz propone al gobierno nacional, en particular al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), abstenerse de sancionar la resolución ministerial para la implementación del Plan Nacional de Salud Rural (PNSR) y abrir una ruta de debate público regional y nacional que permita profundizar en la comprensión de las causas de las desigualdades en las ruralidades diversas del país, para construir propuestas realistas hacia una transformación de la salud rural, de la cual el PNSR es solo uno de los medios.

Como insumo para este debate público, la Red SaludPaz, en sus diversos escenarios y proyectos en curso, ofrece los siguientes lineamientos para una política de salud rural, en la cual incluir el PNSR como un medio estratégico, aunque no el único, de transformación de las ruralidades[4].

- **Enfoque estratégico**

Para la salud rural se propone un enfoque estratégico basado en los siguientes conceptos:

  - **Territorio**

Siguiendo la corriente de la Geografía crítica latinoamericana, el territorio es un resultado de las relaciones sociales y de la relación sociedad-naturaleza históricamente construida. El territorio es un producto social, pero también un productor de sociedad. Siendo así, no existe una sola manera de vivir y construir territorio. Por el contrario, los seres humanos configuramos "territorialidades", esto es, maneras particulares de identidad territorial y de representar, vivir, usar, apropiar, producir y reproducir el territorio. Esto implica diversidad de territorialidades en el mismo territorio. Pero esta diversidad se da en relaciones de poder y conflicto entre unas y otras. De manera que todo territorio se va configurando en el tiempo como un proceso de "territorialización" específico que resulta del conflicto entre territorialidades diferentes. Y no se trata de un proceso aislado. Por el contrario, este proceso se da en el marco de relaciones con ámbitos más amplios, como el regional, el nacional y el global. De alguna forma, los conflictos locales expresan la conflictividad global del capitalismo contemporáneo en cada territorio[5].

De hecho, en un mismo territorio de las diversas ruralidades se encuentran territorialidades muy diferentes. El Estado define algunas desde la normatividad, esto es, municipio, provincia, departamento, Nación, pero también parques naturales, resguardos y zonas específicas en franca contradicción, como las Zonas de Interés de Desarrollo Rural, Económico y

[4] Una versión preliminar de estos lineamientos fue presentada a la Cruz Roja Colombiana, en el marco del proyecto "Fortalecimiento de comunidades para la paz", dentro del convenio entre esta entidad y el Observatorio de Paz y Conflicto de la Facultad de Ciencias Humanas y el Doctorado Interfacultades en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia.
[5] Betancourt M, Hurtado LM, Porto-Gonçalves CW. *Tensiones territoriales… Op. Cit.*

Social (ZIDRES) y las Zonas de Reserva Campesina (ZRC). Éstas entran en conflicto a la hora de poner en juego los instrumentos de planeación territorial, como está ocurriendo con los Planes de Acción para la Transformación Regional (PATR) en las áreas PDET y los planes de desarrollo de cada ente territorial. Y estas territorialidades chocan con las de los pueblos indígenas, los pueblos afro, los campesinos mestizos con diferentes tradiciones culturas. A su vez, estas territorialidades entran en conflicto con las que se generan desde la agroindustria, la explotación mineroenergética, la ganadería extensiva o el narcotráfico, todas ellas en relación con cadenas de articulación a la dinámica de acumulación de capital y de la geopolítica global.

Si se quiere profundizar en la comprensión de la diversidad territorial colombiana y sus implicaciones para la salud de las personas y del ambiente, es fundamental construir nuevas herramientas de conocimiento, en un continuo diálogo de saberes con quienes viven el territorio, para identificar los ejes de deterioro de la vida y las posibilidades de transformación y protección. De otra forma, no se puede entender el clamor de las víctimas de Bojayá y de las comunidades del Consejo Comunitario Mayor de la Asociación Campesina Integral de Atrato – COCOMACIA sobre la vulneración sistemática de todos sus derechos con el recrudecimiento del conflicto armado, el confinamiento y desplazamiento de comunidades, los asesinatos de líderes y las muertes prevenibles de sus poblaciones, al que nadie parece hacer caso. Que en esencia son condiciones del cuidado de la salud.

- **Buen vivir**

Si bien existen diferentes maneras de entender este concepto, que viene de la recuperación de expresiones como *Sumak Kausai* o *Suma Qamaña* de pueblos indígenas andinos, debe reconocerse que tiene un sentido de totalidad que no coincide con la expresión occidental de "bienestar"[6]. Éste último se asume como contar con las condiciones materiales para que las personas puedan ejercer su libertad y desarrollar sus capacidades, en el

[6] Gudynas E. Buen vivir y críticas al desarrollo. Saliendo de la modernidad por la izquierda. En: Hidalgo Flor F, Márquez Fernández A. (eds.) *Contrahegemonía y Buen Vivir*. Quito: Universidad Central del Ecuador, Universidad de Zulia, 2012: 67-87.

mejor sentido de Amartya Sen[7]. El "bienestar", como la "calidad de vida", es un concepto fundamentalmente antropocéntrico. Mientras que el "buen vivir" significa el trascurso de la vida en colectivo y en armonía entre seres humanos y los demás seres de la naturaleza. Es un concepto "biocéntrico", que asume el cuidado de la vida humana y no humana en relaciones armónicas. En este sentido, el concepto se ha vinculado con las críticas al desarrollo capitalista extractivista y depredador que proviene de diferentes corrientes de pensamiento, incluido el ecologismo.

Asumir el concepto de "buen vivir" tiene fuertes implicaciones: en primer lugar, exige un profundo reconocimiento de la interdependencia sociedad-naturaleza, el cual contrasta con la idea de "explotación de los recursos de la naturaleza", propios del pensamiento moderno. En segundo término, obliga a pensar el cuidado de la vida en todas sus dimensiones, tanto la vida humana como la no humana, en la convicción de que el planeta todo es un sistema vivo complejo e interdependiente. En tercero, asumir el buen vivir lleva a la necesidad de recuperar los saberes ancestrales indígenas, afro y campesinos para el cuidado de la vida en los territorios específicos, antes que llevar tecnología y "desarrollo" desde las ciudades o los centros de la economía global; se trataría de un diálogo o una "ecología de saberes" como ha propuesto Boaventura de Sousa Santos[8]. En cuarto lugar, buen vivir implica un vivir colectivo, solidario, no individual ni competitivo. Y en quinto lugar, no menos importante, el buen vivir exige la emergencia de otra institucionalidad de lo común, lo público y lo estatal, desde el ámbito local, hacia el regional y nacional, que reconozca la diversidad y la universidad al mismo tiempo; esta nueva institucionalidad incluiría el sistema de servicios de salud, intercultural, democrático, diverso y a la vez universal.

- **Ruta de transformación hacia un sistema de salud rural**

Desde diferentes sujetos colectivos de la sociedad civil se ha propuesto recuperar y fortalecer la red hospitalaria pública para avanzar en un sistema de salud que responda a las necesidades de las diversas ruralidades colombianas. Un recurso jurídico-político para este eje orientador es la LES,

[7] Sen A, Kliksberg B. Primero la gente: Una mirada desde la ética del desarrollo a los principales problemas del mundo globalizado. Bogotá: Deusto, 2007.
[8] Santos BS. De las dualidades a las ecologías Boaventura de Sousa Santos. La Paz: Red Boliviana de Mujeres Transformando la Economía-REMTE, 2012.

cuyo artículo 24, titulado "Deber de garantizar la disponibilidad de servicios en zonas marginadas", establece:

> El Estado deberá garantizar la disponibilidad de los servidos de salud para toda la población en el territorio nacional, en especial, en las zonas marginadas o de baja densidad poblacional. La extensión de la red pública hospitalaria no depende de la rentabilidad económica, sino de la rentabilidad social. En zonas dispersas, el Estado deberá adoptar medidas razonables y eficaces, progresivas y continuas, para garantizar opciones con el fin de que sus habitantes accedan oportunamente a los servicios de salud que requieran con necesidad.[9]

Si se asume con profundidad y compromiso estatal, el criterio de "rentabilidad social" de la inversión en servicios de salud de carácter público, se tendría que rediseñar el sistema, de manera que no sea la rentabilidad económica empresarial la ordenadora de las decisiones de oferta de servicios. Es claro que no es "rentable" económicamente tener equipos de salud en lugares en los que la población es escasa. Pero sí es posible asumir un modelo público e intercultural con financiamiento estatal.

A manera de ruta de transición se propone comenzar con un sistema de este tipo, con financiamiento público directo, sin intermediación financiera y recuperación de la red hospitalaria pública por territorios, en los municipios clasificados como categoría 4, 5 y 6 por la ley 1551 de 2012, esto es, cerca de 1.050 municipios que incluyen, claro está, los 170 municipios priorizados para las áreas PDET.

En estos municipios se podría realizar un ejercicio participativo de comprensión del territorio para el buen vivir, desde el cual se articulen procesos previos, como el ejercicio de los PDET, con los de los municipios, regiones, provincias y departamentos, tratando de superar las rigideces de la división político-administrativa existente. Esta comprensión del territorio implica reconocer las tensiones y conflictos, los ejes críticos que producen deterioro de la vida, humana y no humana, y las prioridades para la transformación integral del territorio. Esta dinámica permitiría replantear el

[9] Colombia, Congreso de la República (2015) Ley estatutaria 1751 de 2015, "Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones". *Diario Oficial* N° 49.427 de 16 de febrero de 2015. Disponible en: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html. (Consultado: 11-02-20)

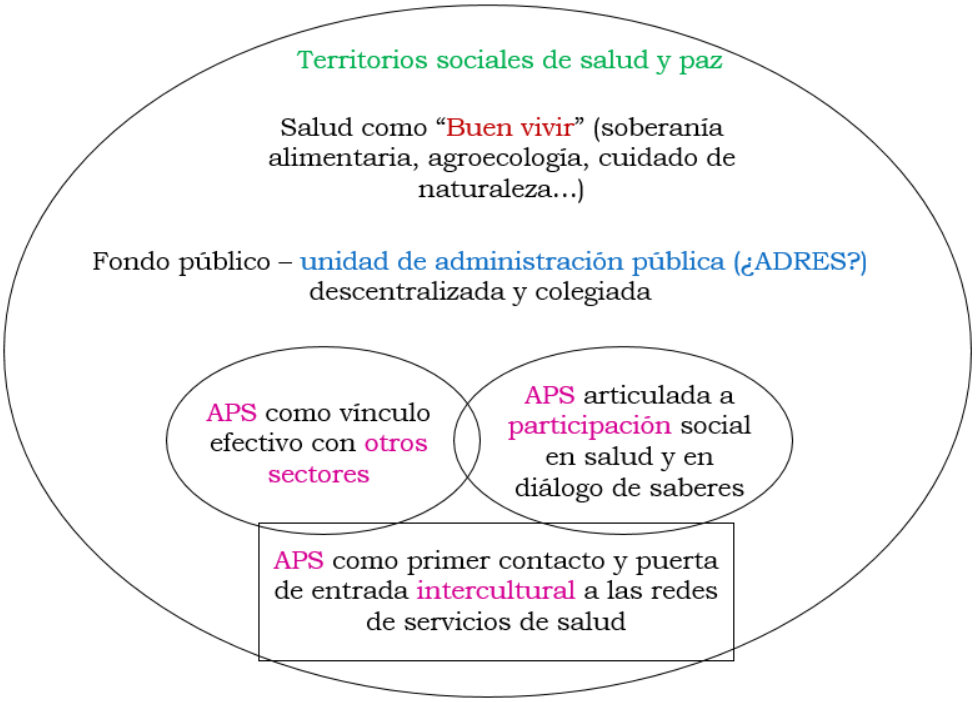
ordenamiento territorial y la descentralización, con los ajustes normativos que sean necesarios.

Se propone, al mismo tiempo, crear un Observatorio Nacional de Salud Rural, el cual podría realizar un estudio de salud rural a partir de este tipo de aproximación, para orientar decisiones específicas, situadas, descentralizadas, de construcción colectiva de salud y de atención de la enfermedad, con interculturalidad e innovación, al tiempo que contribuye el sistema de seguimiento incluido en el PNSR y alimenta la planeación local para la consolidación de una sociedad en paz.

Para el sector de servicios de salud, específicamente, es necesario recuperar la institucionalidad pública para la administración de recursos disponibles en los territorios. Podría ser a partir de unidades descentralizadas y colegiadas de Administradora de los Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud (ADRES), con participación social fortalecida, conformadas mediante figuras de asociación entre entidades territoriales hoy existentes (municipios, provincias o departamentos), que configurarían territorios de salud. En los territorios indígenas y afro podrían construirse mecanismos específicos de administración de los recursos de salud para desarrollar el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI) o el de saberes ancestrales de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, así como desarrollar el componente de salud de las mencionadas Zonas de Reserva Campesina (ZRC) establecidas desde la Ley 160 de 1994 y poco reglamentadas.

Estas unidades, que administrarían los recursos públicos para la atención individual y colectiva en los territorios, permitirían superar la inconveniente separación entre servicios individuales e intervenciones colectivas en salud. En el gráfico 1 se muestra una representación de lo que podrían ser estos “territorios sociales de salud y paz” para la administración de los recursos y el ordenamiento de la acción estatal en salud.

Gráfico 1. Administración pública de los recursos de salud en territorios de salud y paz



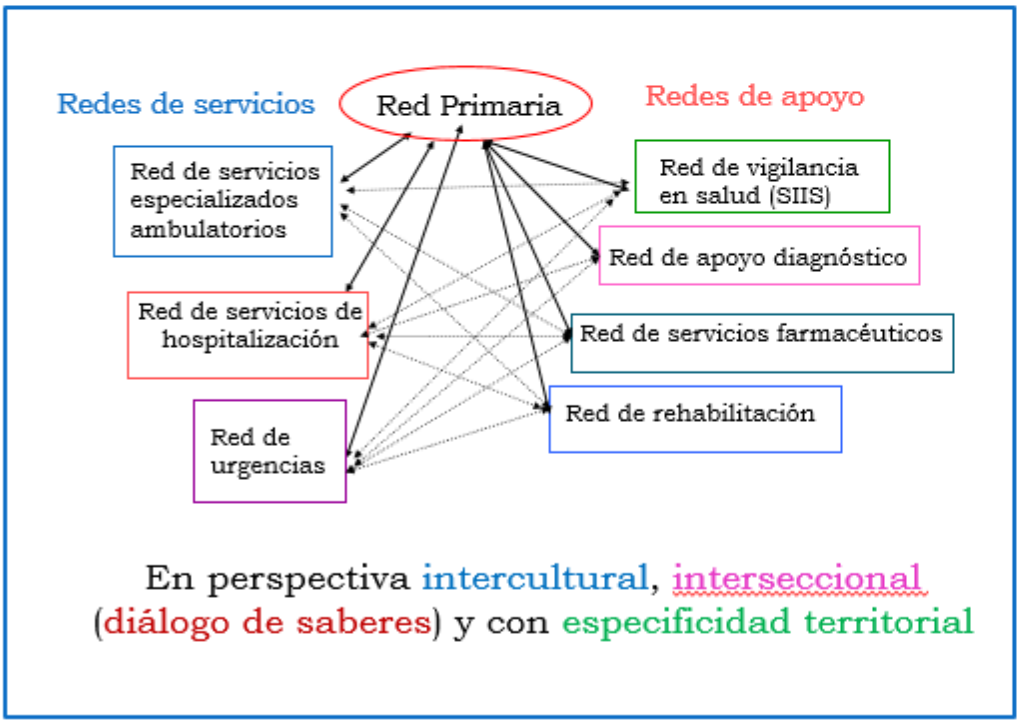
Fuente: elaboración propia

La prestación de servicios sería a partir de la inversión sistemática en la recuperación e infraestructura nueva de red hospitalaria pública (puestos, centros, hospitales de primero, segundo nivel y tercer nivel), lo más cerca posible de las comunidades, con especificidad territorial y con trabajo digno y estable del personal en salud para construir vínculo con las comunidades y garantizar continuidad.

La idea de los equipos de salud en los territorios es fundamental, pero requiere reorientación. Se propone entender de otra manera la labor de estos equipos de salud, en una Atención Primaria Integral en Salud (APIS), participativa, con enfoque intercultural e "interseccional", involucrada con las organizaciones sociales y comunitarias, incluyendo sabedores de las medicinas tradicionales, comadronas, parteras y agentes comunitarios diversos en el equipo de salud, en un diálogo de saberes que permita

desarrollar estrategias locales de "cuidado de la vida", más que de "promoción y prevención", y en espacios multimodales e interculturales, como casas de salud, casa de vida, casas de paso, casas maternas, entre otras. Estas nuevas instancias podrían ser las puertas de entrada a la red de servicios ordenadas por territorios y necesidades de atención, de manera colaborativa, no competitiva, basadas en financiamiento público directo (presupuesto) y no en facturación de servicios, como se observa en la gráfica 2.

Gráfico 2. Redes integradas de prestación de servicios de salud territoriales y colaborativas



Fuente: elaboración propia

En esta dinámica participativa, el tipo de acciones en salud cambiaría y la relación con los servicios de prevención y atención de enfermedades prioritarias serían otras. También cambiaría la articulación de sectores del Estado como el de educación, ambiente, alimentación, agua y saneamiento, entre otros, para la transformación del territorio hacia el cuidado de la vida.

En este proceso de transformación podría fortalecerse el vínculo de las instituciones formadoras de personal de salud, como universidades e instituciones técnicas y tecnológicas, para repensar e innovar en sus prácticas pedagógicas, de investigación y de relacionamiento con los territorios en los que se encuentran, convirtiendo las redes de servicios en espacios universitarios de formación, servicio e investigación-acción.

Este nuevo arreglo institucional permitiría, por una parte, dar una respuesta integrada con la participación de las diversas comunidades y ruralidades, al tiempo que contribuiría en la construcción de una relación de complementariedad entre el sector de los servicios de salud y los demás sectores que contribuyen al cuidado de la vida en los territorios.

Otro sistema de salud es posible. Y es una oportunidad comenzar por una transformación de la salud rural, si se quiere afectar la desigualdad y la injusticia acumulada en las ruralidades colombianas.

Bogotá D.C., 20 de febrero de 2020

	ORGANIZACIONES SOCIALES QUE RESPALDAN EL PRONUNCIAMIENTO
1	Asociación campesina ambiental Losada Guayabero - ASCAL-G
2	Asociación Colombiana para la exigibilidad del Derecho a la salud - SALUD AL DERECHO
3	Asociación campesina del Huila
4	Asociación de mujeres trabajadoras campesinas ambientalistas por la paz y el desarrollo de Lozada Guayabero - ASMAPID
5	Asociación de mujeres Trabajadoras de los Llanos del Yari
6	Asociaciòn nacional de pequeños productores y recolectores de cafè
7	Asociación de Pequeños Productores de La Cristalina - ASOPREPOC
8	Asociación Latinoamericana de Medicina Social Capítulo Colombia – ALAMES
9	Asociación nacional de zonas de reserva campesina – ANZORC
10	Asociación nacional sindical de trabajadores y servidores públicos de la salud y seguridad social integral y servicios complementarios de Colombia - ANTHOC
11	Consejo Comunitario mayor de la Asociación Campesina Integral del Atrato – COCOMACIA
12	Confluencia ciudadana por el derecho a la salud
	Consejo Nacional de Reincorporación – Componente FARC
13	Corporación de Trabajadores Campesinos Agropecuarios y Ambientales de los Llanos del Yarí - CORPOAYARI
14	Coordinador Nacional Agrario – CNA
15	Corporaciòn Guillermo Fergusson
16	Educar Consumidores
17	Federación Nacional Sindical Unitaria Agropecuaria - FENSUAGRO
19	Movimiento Nacional por la Salud Sexual y Reproductiva en Colombia
20	Partido Fuerza Alternativa Revolucionaria del Común - FARC
21	Plataforma de Mujeres Rurales Colombianas
22	Senadora Aida Avella
23	Senador Alberto Castilla
24	Sindicato Nacional de la Salud y la Seguridad Social – SINDES