

Conferencia

# **Estado de la Reforma de la Salud en Colombia.**

**13|06|24 - 8:00 AM**

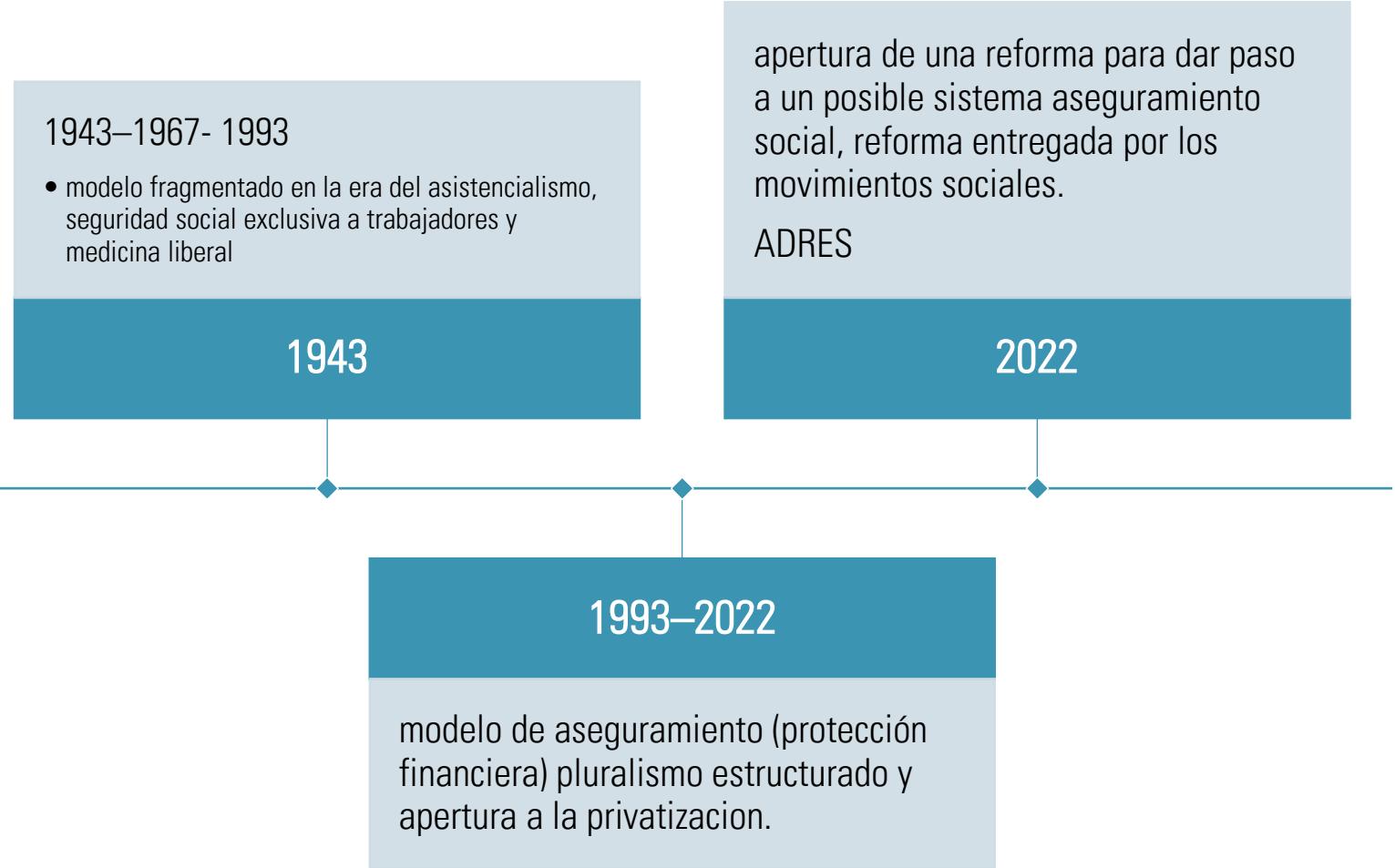
(8:00 AM Colombia, 9:00 AM USA,  
3:00 PM Francia)

Invitado

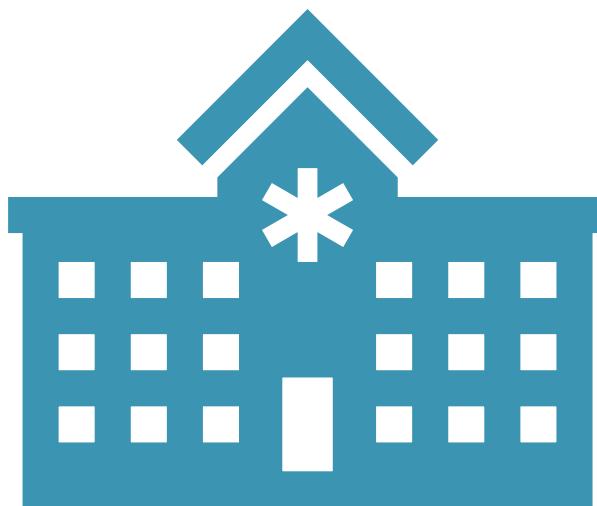
**Dr. Juan Eduardo  
Guerrero Espinel,  
MD,MSP.**



# *LA TRANSICIÓN DE MODELOS DE ORGANIZACIÓN EN SISTEMAS DE SALUD*

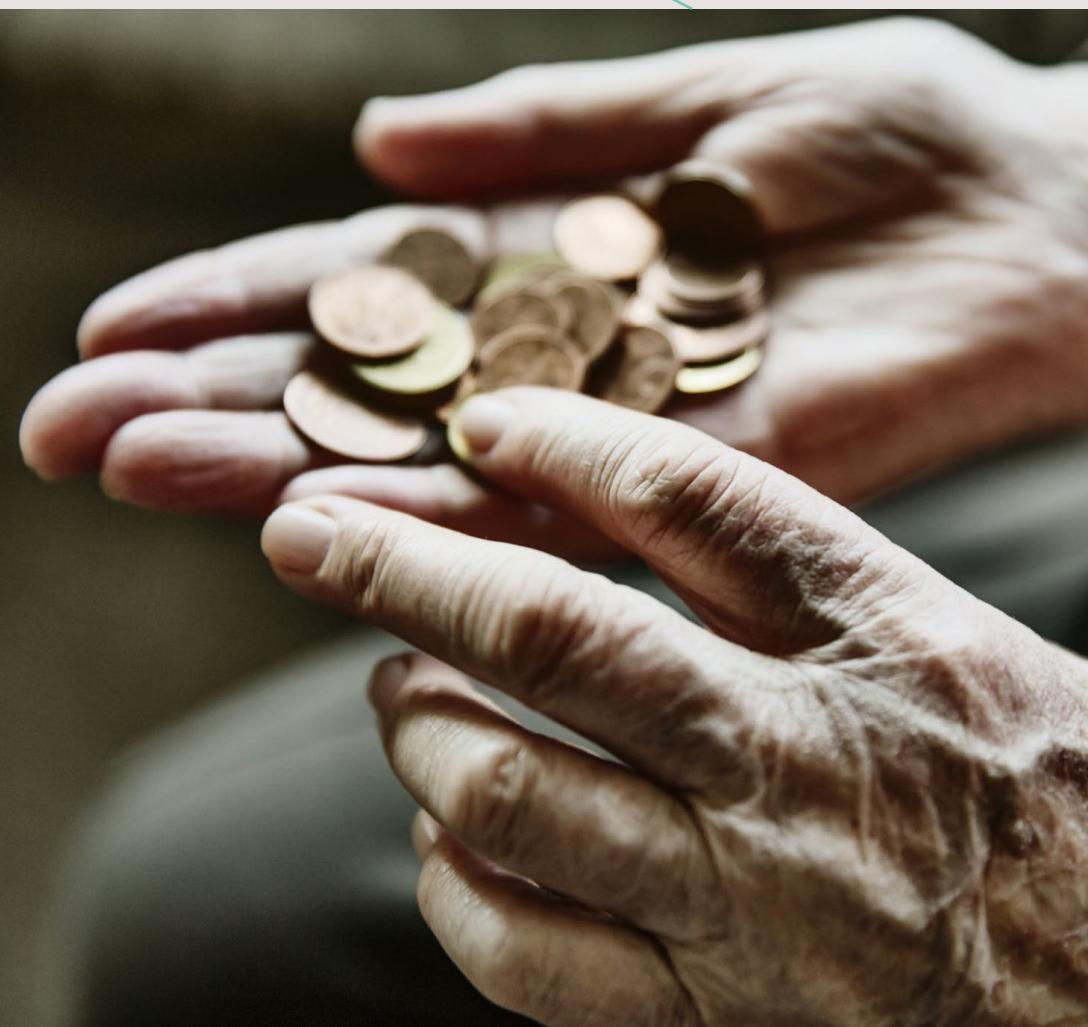


## *ERA DEL ASISTENCIALISMO*



- Hospitales públicos sólidos atendiendo sus territorios, con fuerza en la formación de talento humano, alta calidad en sinergia con la medicina privada (liberal) servicios de pensionado. Subsidio a la oferta. Alto gasto de bolsillo. No cobertura de medicamentos y exámenes de diagnóstico, en servicios ambulatorios. 75%
- Hospitales y centros de atención ambulatoria para la seguridad social orientado al empleo formal. Financiamiento tripartito. 20%
- Centros privados para los particulares y usuarios de seguros privados. 5%
- Apertura a la atención primaria, red amplia de centros y puestos de salud en territorios lejanos de las ciudades y dentro de estas para los pobres. Servicio Social Obligatorio. Médicos y equipos con mayor libertad y capacidad resolutiva.
- Gasto público 3.0 % PIB

## *ERA DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL Y BRECHAS DE ACCESO A LOS CIUDADANOS. LEY 100 DE 1993. LA SALUD COMO UN NEGOCIO.*



- Fondo único de salud para todos los ciudadanos con dos regímenes subsidiado y contributivo.
- Bajo gasto de bolsillo 15,1%
- Crecimiento de los prestadores privados especialmente en el tercer nivel de atención y concentración en las grandes ciudades.
- Aumento del gasto en salud del 3,5% al 7.6% PIB.
- Modelo de salud basado en hospitales con uso intensivo de especialistas y subespecialistas.



*ERA DEL ASEGURAMIENTO  
UNIVERSAL Y BRECHAS DE ACCESO A  
LOS CIUDADANOS. LEY 100 DE 1993.  
LA SALUD COMO UN NEGOCIO.*

Crisis intensa de los hospitales públicos sin rentabilidad financiera y algunos capturados por interés políticos. Empresas Sociales del Estado. ESEs

Desaparición de los centros y puestos de salud y deterioro de la atención primaria de la salud. No financiada. Existen experiencias exitosas aisladas con apoyo académico e internacional.

Perdida de la capacidad resolutiva de los médicos, enfermeras y otros profesionales por normas de habilitación que concentran la respuesta en la especialización. Presión de los colegios de profesionales

Perdida de la autoridad sanitaria sobre las redes de servicios de salud. Control en manos de las EPS, administradoras privadas.

Déficit financiero acumulado, sistema de EPS no sostenible.  
5/147 sostenibles 22/147 intervenidas



## *EN SÍNTESIS EN QUE HEMOS AVANZADO Y PERDIDO.*

- Mas recursos públicos para la salud. Impuestos.
- Mas capacidad instalada en las grandes ciudades con costos no sostenibles.
- Acceso a la alta tecnología para los ciudadanos cercanos a las grandes ciudades, con planes complementarios y con un grado alto de barrera administrativa para los territorios alejados.
- Brecha de acceso a los servicios para los territorios pobres y vulnerables.
- Perdida de la capacidad de respuesta del primer nivel de atención con capacidad de resolución.
- Resultados intermedios en salud publica e IDH.



# *FLEXIBILIZACIÓN LABORAL*

- El sector salud dividido, en uno altamente privilegiado y con altas tasas de ganancia centrado en especialistas, subespecialistas, con uso intensivo de tecnologías y control en compras de medicamentos para su distribución.
- El resto, con flexibilización laboral, extrema, trabajo no digno y contratos “basura”. Generación de talento humano sin reservas financieras para ser pensionados.
- Existe desinterés de los profesionales por asuntos de seguridad y no remuneración para trabajar en zonas alejadas y vulnerables.



## *MANEJO NO TRANSPARENTE DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA*

- Corrupción elevada y perdidas de recursos con EPS quebradas que han desparecido del mercado.
- Sistemas de información fragmentado centrada en modelo de facturación de transacciones del sistema. Red de facturadores y glosadores.
- Perdidas billonarias, en investigación por organismos de control.
- Tan solo 5 EPS cumplen con régimen de reservas financieras y patrimoniales.
- 22 EPS están en riesgo financiera y la mayoría de ellos, están intervenidas por la SUPERSALUD.

# EL DIAGNÓSTICO EN 2015. ¿QUÉ HA CAMBIADO?

## SGSSS: Dificultades

El sistema está enfocado a la enfermedad no a la salud  
El sistema se centra en los agentes  
Alta carga de la enfermedad

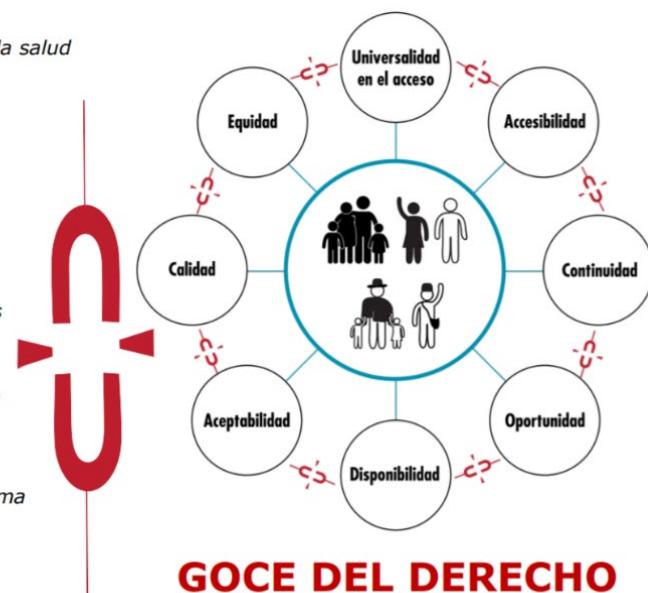
Poca resolutividad en el I Nivel  
Poco desarrollo de los II niveles  
Congestión en los III Niveles

Fragmentación, desintegración en la atención  
Inequidades en salud, regionales y poblacionales

Problemas de descentralización  
Debilidad y falta de articulación en la gestión de agentes  
Débil participación comunitaria

Incentivos negativos entre los agentes del sistema  
Falla de mercado  
Falla regulatoria  
Desafíos de sostenibilidad financiera

Desconfianza y falta de transparencia entre los agentes, muy baja reputación



**MIAS** Modelo Integral de Atención en Salud

MINSALUD

TODOS POR UN  
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

## SGSSS: Avances

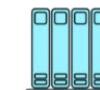
Cobertura universal en el aseguramiento  
Ampliación y unificación del Plan de beneficios



Mayor acceso a los servicios  
Crecimiento oferta de servicios



Mejora en la seguridad del paciente  
Política farmacéutica fortalecida



Disminución del gasto de bolsillo  
Avances normativos



Orientación del Plan Decenal de Salud  
Disminución de desigualdades (Ricos y pobres; urbano y rural)



**MIAS** Modelo Integral de Atención en Salud

MINSALUD

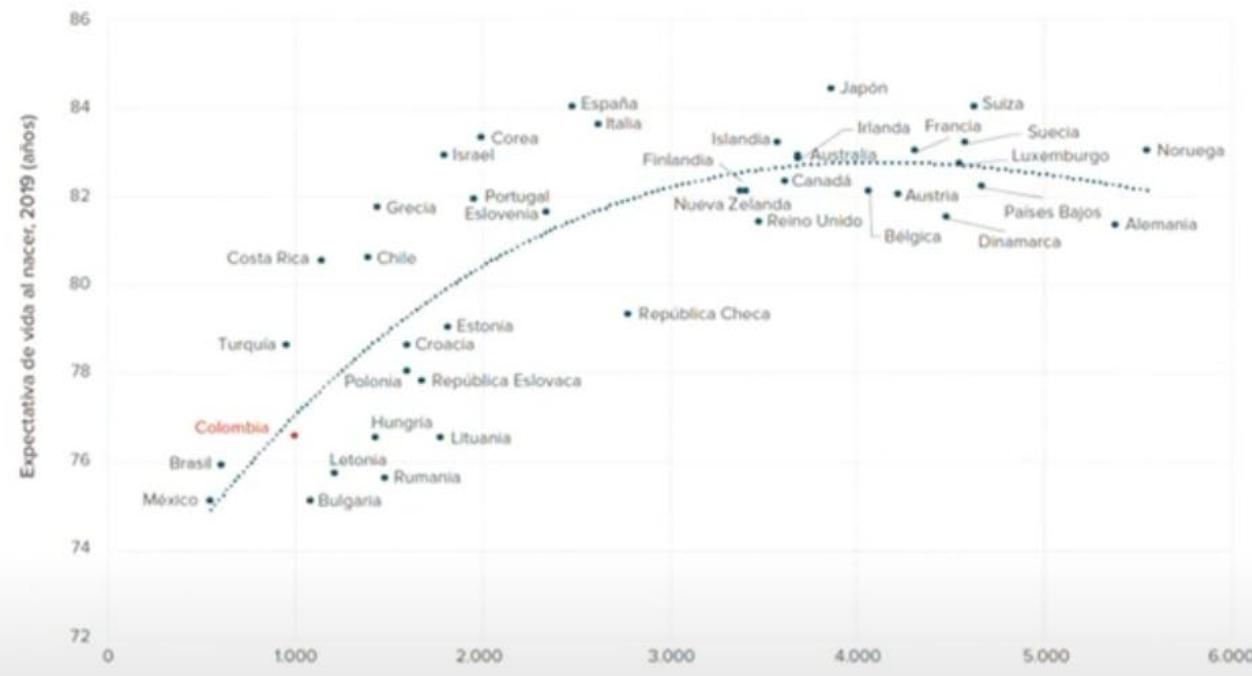
TODOS POR UN  
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

# *PROPUESTA DE REFORMA HACIA LOS TERRITORIOS*



<https://www.youtube.com/watch?v=HCEZKyf9H1E>

# Ineficiencias del sistema de salud



Fuente: cálculos de los autores sobre la base de las Health Statistics de la OCDE.

Colombia compra un poco  
**menos salud** por cada peso  
gastado por persona



31:47 / 1:17:23

**17%** del gasto en hospitalizaciones se generó por condiciones sensibles a la atención primaria.

**1,7 billones de pesos al año**

Los mecanismos de pago y enfoque curativo actuales incentivan el **uso innecesario de urgencias**

Fuente: ¿En que gastan los países sus recursos en salud? El caso de Colombia. Banco Interamericano de Desarrollo. División de Protección Social | Salud. Septiembre 2016



# Conclusiones



NOTA TÉCNICA N° IDB-TN-02784

¿En que gastan los países sus recursos en salud? El caso de Colombia

Catalina Gutiérrez  
Santiago Palacio  
Ursula Giedion  
Marcella Distrutti

Banco Interamericano de Desarrollo  
División de Protección Social y Salud

Septiembre 2023



Se evidencia **gasto innecesario y prevenible** en ámbitos de mayor complejidad

La administración del aseguramiento absorbe un monto de recursos relativamente alto, en comparación a los países analizados

**El 20% del gasto total** se destina a la atención de condiciones que pueden ser prevenibles controlando factores de riesgo

**Es necesario girar hacia un modelo de atención primaria en salud** y hacia modelos de atención de enfermedades crónicas más efectivos.

**Los medicamentos absorbe un 19% del gasto total en salud**, y esta entre 4 y 7 puntos porcentuales por encima de la media de los países analizados

La participación de los **medicamentos biológicos** en el gasto actualmente esta **entre 21% y 35%** y seguirá creciendo debido a la innovación y crecimiento de las ENT.

Se debe **institucionalizar la evaluación y el monitoreo de la eficiencia del gasto**.



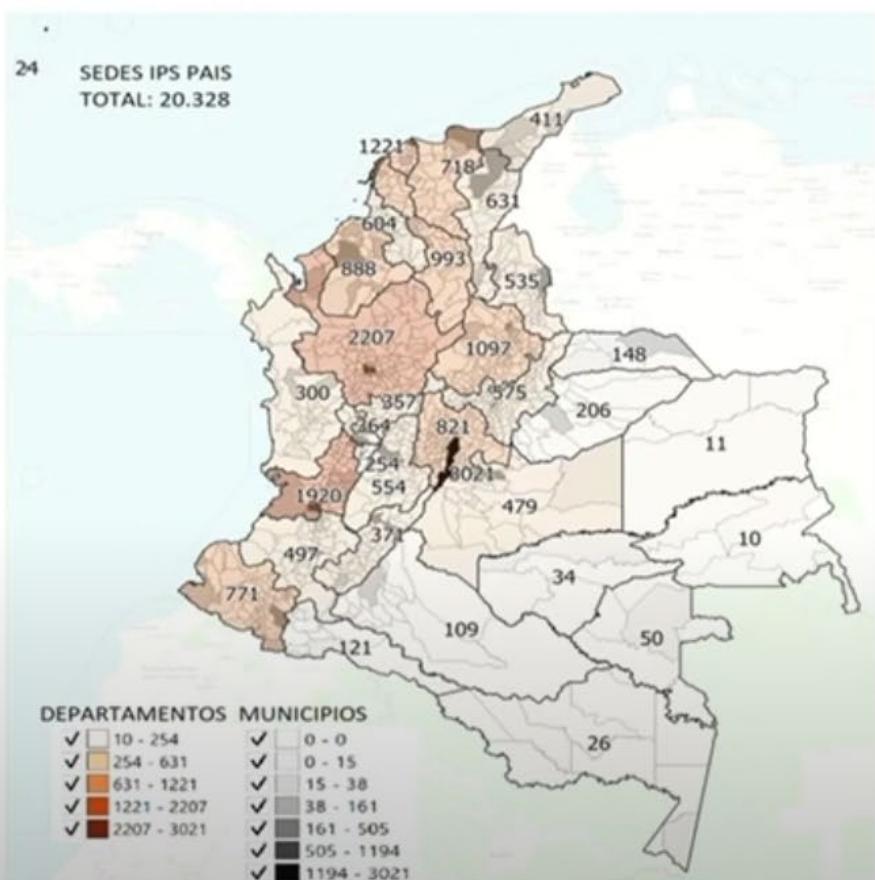
34:21 / 1:17:23



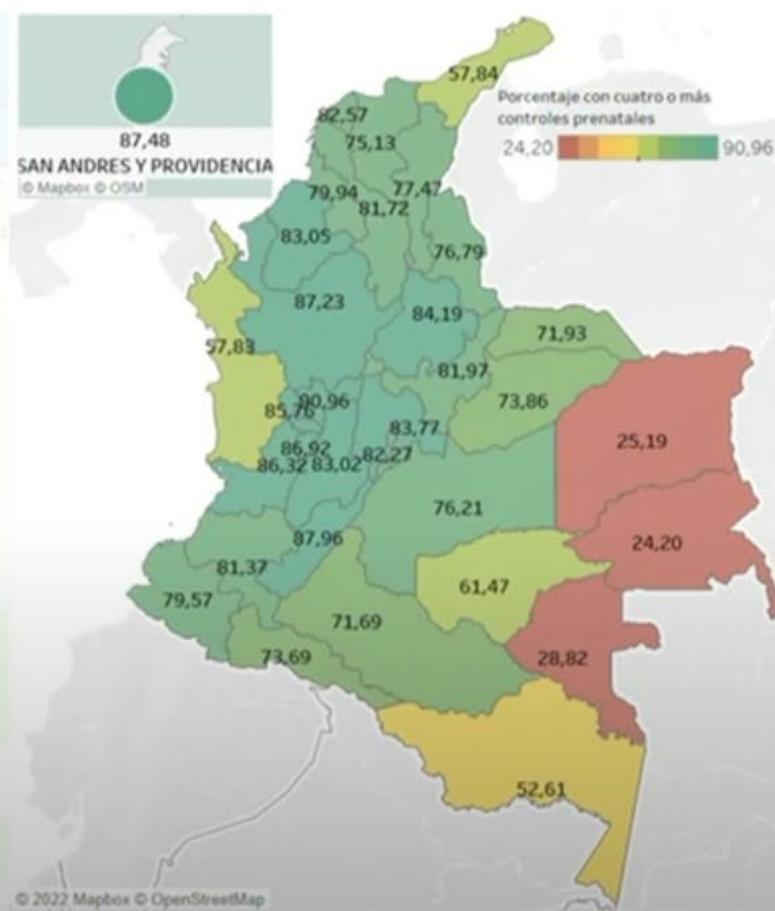
## Ingreso per cápita – 2023(may)

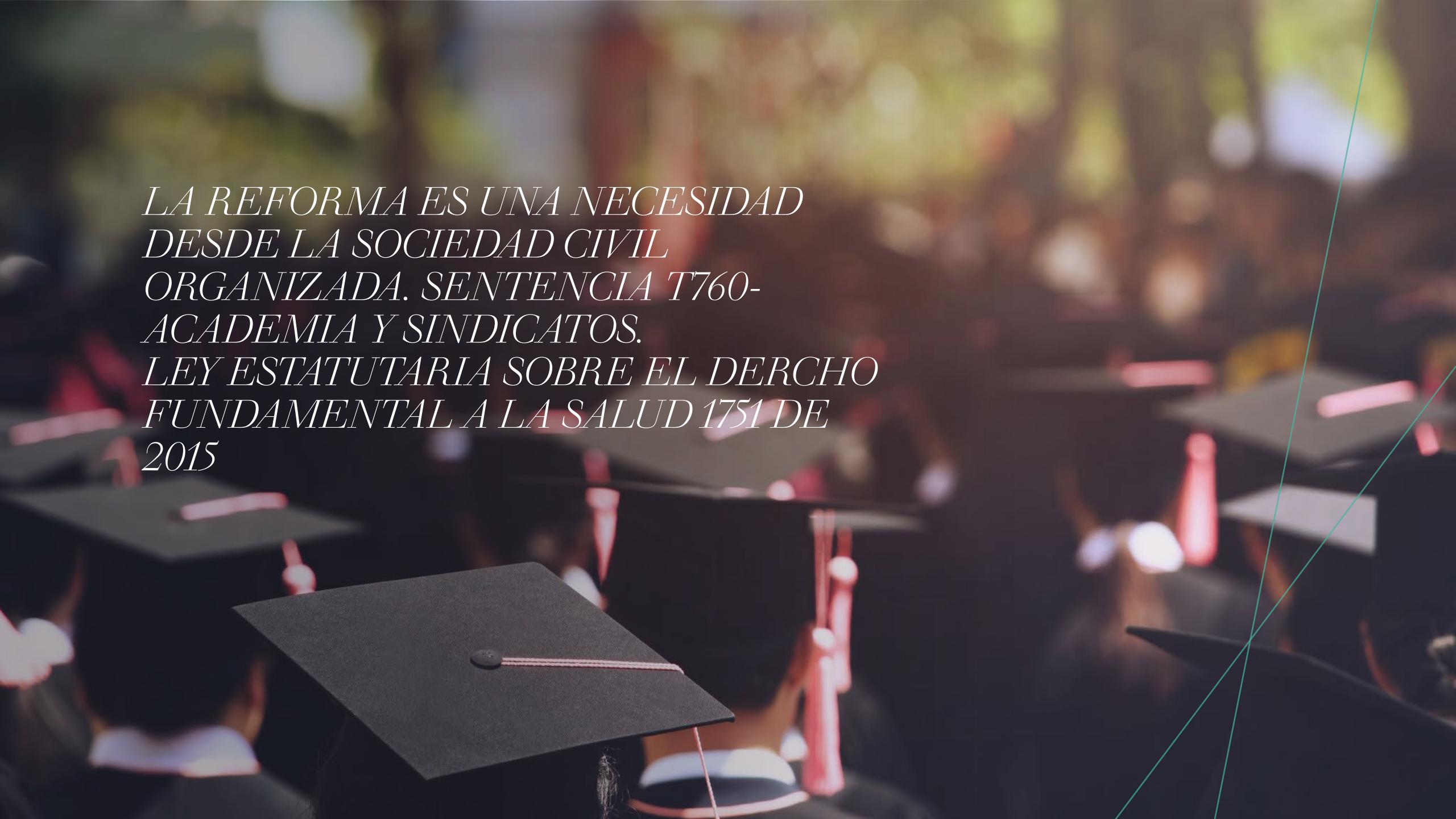


## Disponibilidad de Sedes de IPS



## Porcentaje de nacidos vivos con 4 o más consultas.





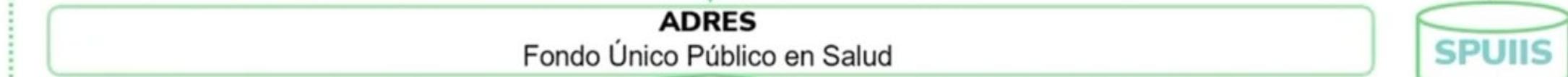
*LA REFORMA ES UNA NECESIDAD  
DESDE LA SOCIEDAD CIVIL  
ORGANIZADA. SENTENCIA T760-  
ACADEMIA Y SINDICATOS.  
LEY ESTATUTARIA SOBRE EL DERCHO  
FUNDAMENTAL A LA SALUD 1751 DE  
2015*

# Organización del Sistema de Salud

## 1. Rectoría



## 2. Financiación



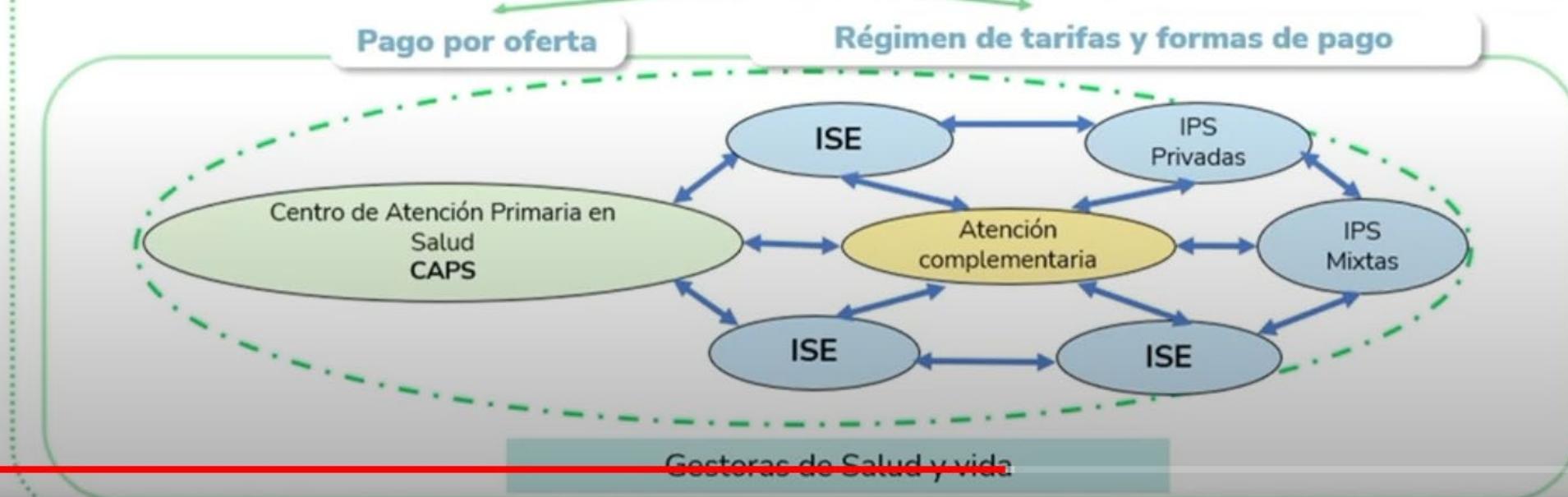
SPUIIS

SICA

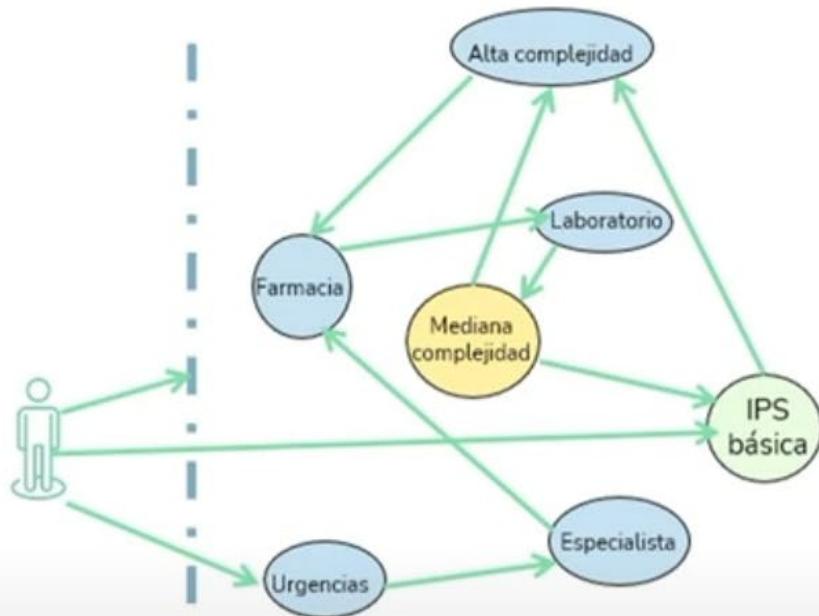
Pago por oferta

Régimen de tarifas y formas de pago

## 3. Provisión de servicios

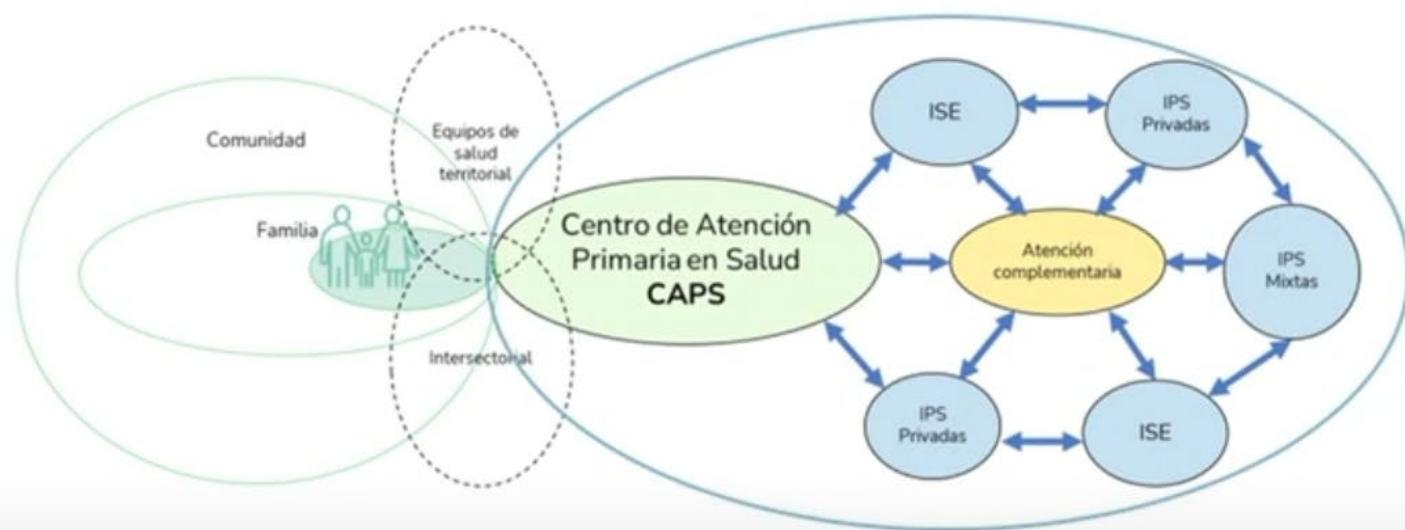


## Sistema actual



- Múltiples barreras
- Segmentado
- Fragmentado
- Desarticulado
- Centrado en la enfermedad

## Sistema propuesto



- ✓ Atención universal y coordinada
- ✓ Promoción de la salud
- ✓ Prevención de la enfermedad
- ✓ Cuidado integral de la enfermedad
- ✓ Cuidado continuo

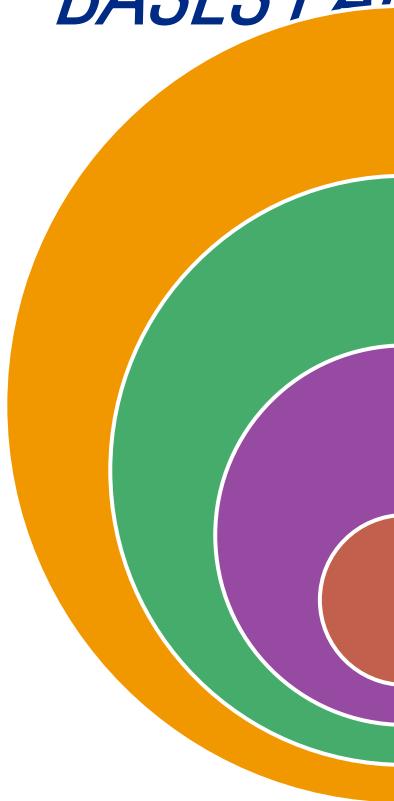
# *ELEMENTOS ESENCIALES DEL CAMBIO ESTRUCTURAL*

- Reducir al máximo el uso privado de recursos públicos por la intermediación de las EPS orientadas a un modelo de negocio y mercado con prestadores en el nivel secundario y terciario.
- Recuperar la rentabilidad financiera de los recursos públicos para retornarlo a la inversión publica ( infraestructura, nuevas tecnologías, entre otras).
- Pago directo a red de prestadores públicos, en regiones y territorios con semejanza de necesidades y oportunidades de cambios. Nuevos modelos de contratación.
- Participación de la ciudadanía, las familias y comunidades.
- Dignidad en la contratación laboral
- Una estrategia de Atención Primaria Integral e Integrada
- Defensa y protección de los hospitales públicos.
- Recuperación de la red de centros y puestos de salud.

# *APORTES A LA GESTIÓN DESCENTRALIZADA PARA PROTEGER A LOS MAS VULNERABLES, 2022*

- Gobernanza y autoridad sanitaria (reconfigurar el Estado y el gobierno local).
- La propuesta de un nuevo modelo de atención y de organización de las instituciones públicas junto a la ciudadanía, las familias y comunidades.
- La capacidad de unir la gestión de riesgos, la gestión de la salud pública con otros sectores a través de los equipos de salud familiar y comunitaria.
- Unión de recursos para garantizar sostenibilidad del modelo y uso de tecnologías para una salud pública digital.
- Alianza académica nacional, en unión con el SENA para la formación masiva de trabajadores-as con competencias y capacidad de resolver problemas y necesidades.

# PROPUESTA ESTRATEGIA FORMACIÓN A ESCALA DE TALENTO HUMANO BASES PARA LA HOJA DE RUTA.



La oportunidad histórica de **transformar** el modelo de atención y dar cumplimiento a la legislación vigente: Ley 1438 de 2011 y Ley estatutaria 1751 de 2015.

**Consolidar** Alianza académica Nacional para trabajar en gestión descentralizada de la salud pública.

**Cambiar** el perfil de desempeño de la capacidad resolutiva de la fuerza laboral en salud en Colombia para el PNA.

**Avanzar** en los modelos de cambio para habilitación y garantía de calidad en territorios urbanos marginales y en la ruralidad.

# CATEGORIAS LABORALES A SER TRABAJADAS EN EL CONTEXTO DE LA TRANSFORMACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN.



Actuar sobre la formación de profesionales de la medicina, enfermería y otros de ciencias de la salud desde los pregrados.



Generar propuesta innovadora para el servicio social obligatorio interprofesional con diversidad según territorios y capacidades locales.



Avanzar en un acuerdo nacional para acelerar la formación de médicos familiares y personal no médico en salud familiar y comunitaria.  
Ampliar cupos y oportunidades.  
Fijar metas de cambio



Formación masiva de agentes, promotores de salud en territorios escuela definidos y con garantía de financiamiento.  
Definición de número a ser formado  
Uso de programas y proyectos ya probados para aprobación de currículo básico y flexible según necesidades.



Educación continua para el los profesionales y trabajadores de la salud.



# Plan de acción

## Objetivo:

Cambiar el poder resolutivo de la fuerza laboral

Acuerdo de voluntades de la Universidades y el SENA

Cuantificación de la fuerza laboral requerida para cumplir metas del gobierno.  
Corto y mediano plazo

Medición de los costos de contratación de la fuerza laboral a ser contratada y formada. Flujo de recursos

Apertura territorial de Universidades e instituciones con capacidad de ingresar a ser parte de la transformación requerida a escala mayor.

Firma de acuerdos territoriales de proyectos concretos y específicos.

1

2

3

4

5

# *PROPUESTA INNOVADORA PARA LA FORMACIÓN A ESCALA DE TALENTO HUMANO EN SALUD Y DE EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIOS.*



## **Formación en 3 Dimensiones (3D):**

### **1. Longitudinal:**

1. Nivel profesional
2. Nivel técnico y auxiliar
3. Líderes comunitarios

### **2. Transversal:**

1. Capacidad instalada
2. Necesidades de formación

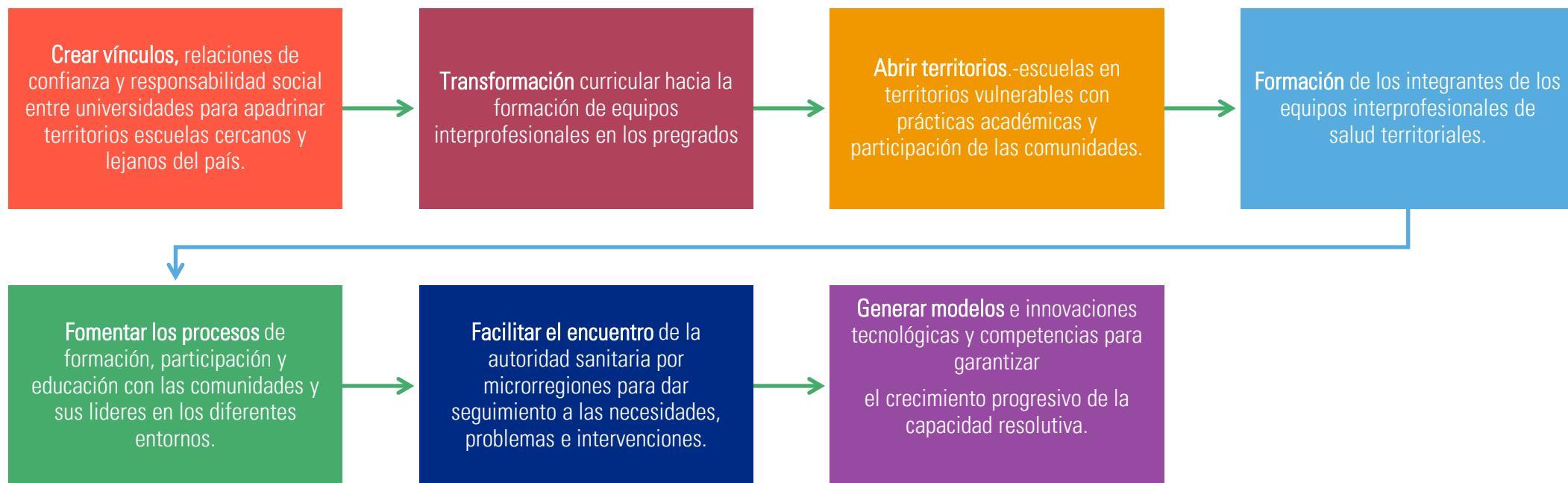
### **3. Diagonal:**

- Comunicación, Liderazgo, Trabajo en equipo, Negociación, Resolución de conflictos, Salud intercultural, y Gestión del cambio

# Alianza académica

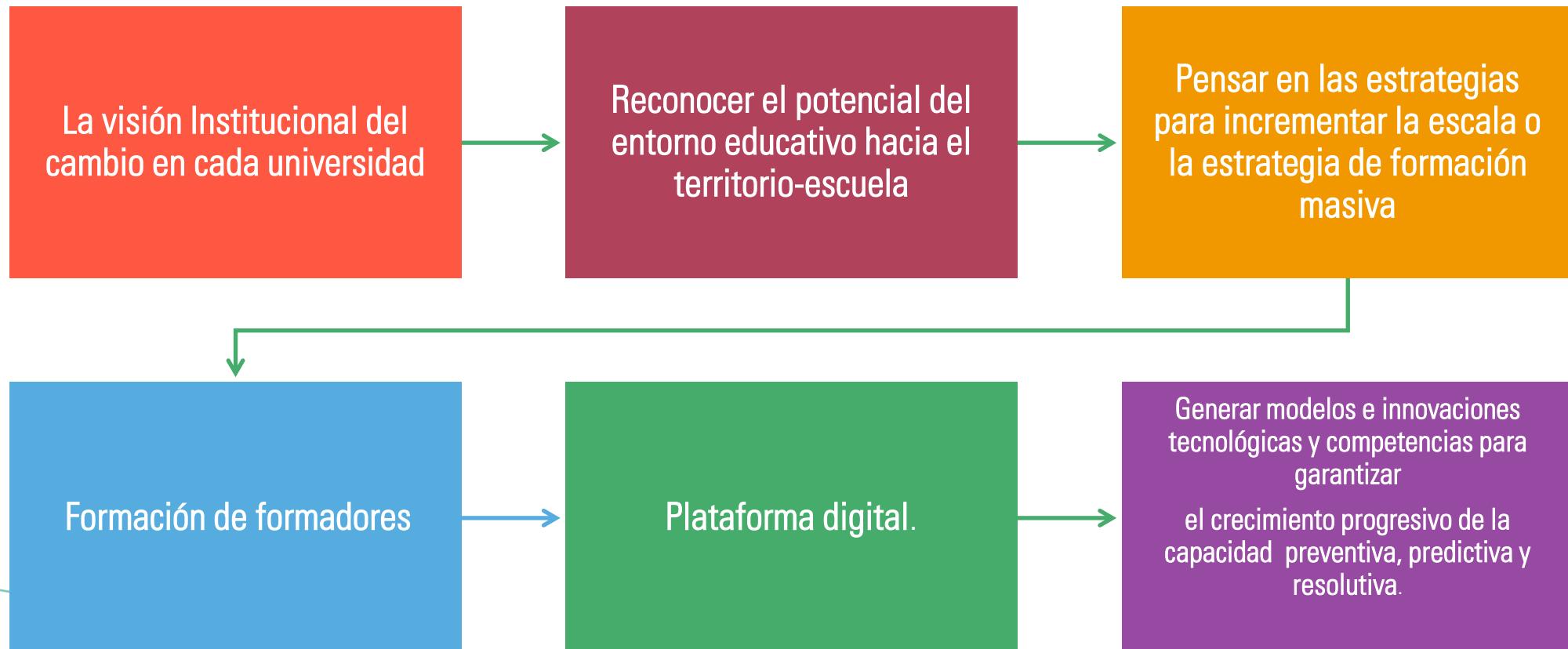
## Ruta del cambio estratégico

Generar una alianza académica nacional basada en los activos presentes para:



# Ruta de cambio estratégico

Generar una alianza académica nacional basada en los activos presentes para:



*AHORA UN  
TOQUE DE  
REALISMO  
POLITICO*



# *TEMAS ESTRATEGICOS*

---

Rol de la EPS y su transformación

---

Redes integradas de servicios de salud

---

Atencion primaria de la Salud. Gestion de Riesgo Individual y Colectivo

---

Gobernanza del sistema

---

Financiamiento

---

Sostenibilidad del sistema

Manual tarifario y otros mecanismos de contención de costos.



# Territorio para la gestión en salud

**Estructuras funcionales** basadas en la cooperación, coordinación, integración y articulación, definidas para promover:

- El fortalecimiento del diseño y aplicación de las **políticas públicas adecuadas a la realidad territorial**
- La **focalización y priorización efectiva de la inversión territorial y el cierre de brechas e inequidades en salud.**
- La **coordinación de los agentes del sistema de salud en el desarrollo de sus funciones**

Se definirán usando los siguientes criterios:

- Organización de tipologías de municipios y distritos usando variables socio económicas.
- Ajuste de modelos de territorialización basados en distancias entre municipios o distritos de distintas tipologías
- Validación de divisiones territoriales basadas en distancias y diferencias de capacidades territoriales
- Criterios a partir de los cuales se definen los territorios PDET y ZOMAC.



# Regiones y subregiones para la gestión en salud



**10 REGIONES y 97 SUBREGIONES**

REGIÓN	SUBREGIONES	POBLACIÓN
Región Bogotá	4	8.089.011
Región Caribe 1	5	6.055.456
Región Caribe 2	7	5.422.039
Región Central	30	8.519.356
Región Noroccidental	9	6.965.295
Región Nororiental	11	4.830.723
Región Occidental	17	10.321.912
Región Oriental	7	2.022.060
Región Seaflower	1	62.269
Región Sur	6	1.126.375
<b>Total Colombia</b>	<b>97</b>	<b>53.414.496</b>



1:01:14 / 1:17:23



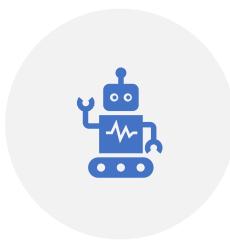
# *ARTÍCULO 36. REDES INTEGRALES E INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD - RIIS*

La prestación de servicios de salud se hará a través de Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS), debidamente establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, entendidas como el conjunto de instituciones de naturaleza pública, privada o mixta y profesiones independientes de salud, que harán acuerdos de voluntades para promover, preservar y/o recuperar la salud de una población ubicada en un espacio territorial determinado, promoviendo acciones intersectoriales para intervenir en los determinantes sociales de la salud, bajo el modelo preventivo y predictivo, basado en la Atención Primaria en Salud con orientación familiar y comunitaria, intercultural, y diferencial.

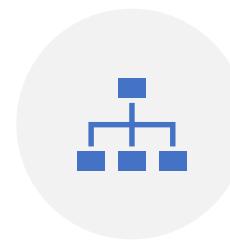
En el Sistema Único de Aseguramiento Social en Salud las personas tendrán derecho a elegir libremente entre las entidades responsables de los riesgos en salud y financiero públicas dentro de la oferta disponible en el respectivo territorio de salud. Habrá libre elección en la escogencia del profesional de salud que atiende en los centros de atención primaria;



## *ARTÍCULO 38. CRITERIOS DETERMINANTES DE LAS REDES INTEGRALES E INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD – RISS.*



1. MODELO DE ATENCIÓN.



2. RECTORÍA Y GOBERNANZA.



3. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN.



4. SISTEMA DE ASIGNACIÓN E INCENTIVOS.



5. RESULTADOS

# *ARTÍCULO 44. CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD Y ADSCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN.*

- El Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS) es la unidad polifuncional de base territorial de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud, en los que se establece el primer contacto de la población con el sistema de salud, que organiza la adscripción poblacional y presta servicios del nivel primario individuales, colectivos, sociosanitarios, ambientales a nivel intra y extramural.
- Será responsable de los programas y equipos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y el fortalecimiento de la participación social con la población asignada. Igualmente, será el punto de origen obligatorio de las órdenes de referencia y contrarreferencia para la atención de la población asignada hacia la red hospitalaria y especializada de mediana y alta complejidad.



## *ARTÍCULO 46. EQUIPOS TERRITORIALES DE SALUD.*

- Los Equipos Territoriales de Salud son unidades funcionales y dinámicos de la prestación de servicios, conformados por perfiles comunitarios, técnicos, profesionales y especializados para el cuidado integral de la salud de las personas, familias y comunidad asignadas de acuerdo con las condiciones socio culturales, ambientales, demográficas, entre otros aspectos, del territorio asignado





## *ARTÍCULO 54. DEFINICIÓN DEL MODELO DE SALUD.*

El modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo se fundamenta en la Atención Primaria en Salud universal, centrado en las personas, las familias y las comunidades, integra como principios la interculturalidad, la igualdad, la no discriminación y la dignidad e implementa las estrategias de atención primaria en salud integral, salud familiar y comunitaria, participación social, perspectiva de cuidado y transectorialidad.

Desarrolla una configuración territorial para la organización de la respuesta a las necesidades, potencialidades y expectativas de la población, ordena las acciones y recursos de los diferentes sectores y actores en un ejercicio de transectorialidad para afectar positivamente los determinantes sociales de la salud

# *ARTÍCULO 56.*

## *ATENCIÓN PRIMARIA INTEGRAL EN SALUD (APIS).*

La Atención Primaria Integral en Salud se concibe como una estrategia orientada a garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud y afectar positivamente los determinantes en salud.

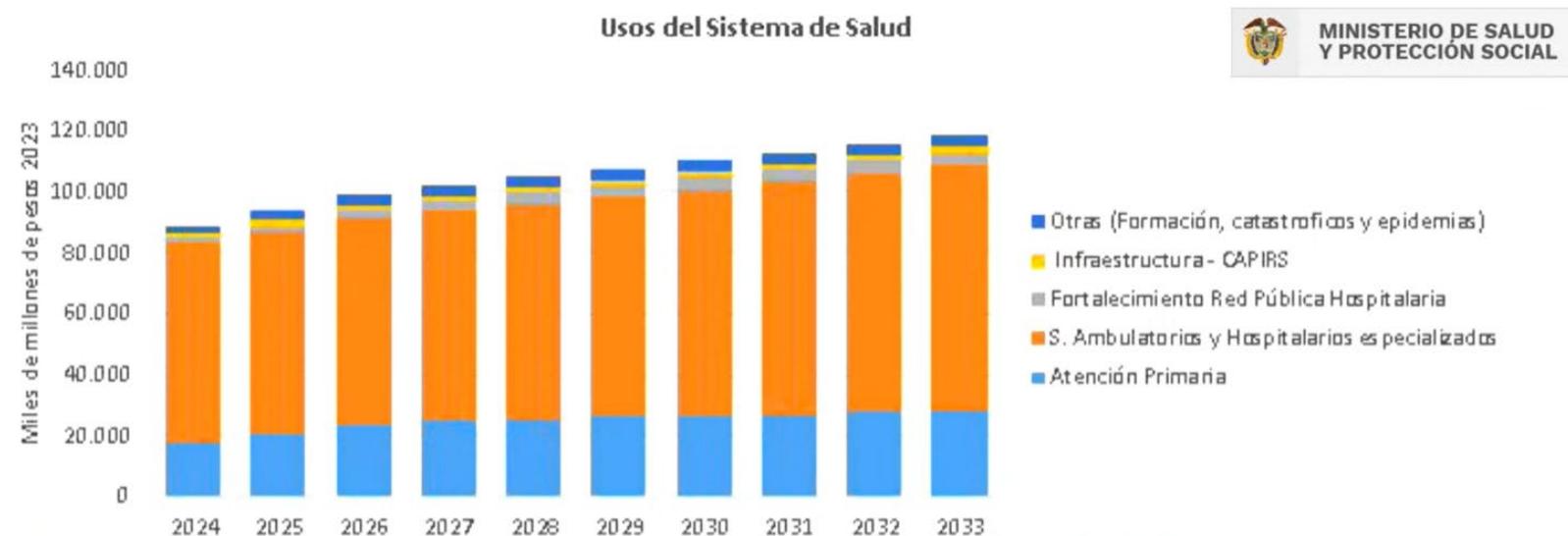
Se encuentra constituida de manera integrada e interdependiente por la acción transectorial, la participación social, comunitaria y ciudadana y las redes integrales e integradas de servicios de salud.

Tiene carácter universal, territorial, sistemática, permanente y resolutiva e integra las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y muerte digna.

Es transversal al sistema de salud y todos los integrantes son responsables por su desarrollo en lo de su competencia, lo cual debe evidenciarse en cada interacción del sistema con las personas, familias y comunidades.



# LA PROPUESTA DE FINANCIAMIENTO



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social



# *SISTEMA PÚBLICO UNIFICADO DE INFORMACIÓN EN SALUD*

- Artículo 96. Sistema de Información. Se estructurará el Sistema Público Unificado de Información en Salud – SPUIS, que permita la toma de decisiones en todos los niveles e instancias, los datos abiertos para la gestión integral del Sistema de Salud y la rendición de cuentas. Se garantizará asignación presupuestal específica para el funcionamiento operativo del Sistema Público Unificado de Información en Salud – SPUIS, cuyos criterios de funcionamiento, accesibilidad e interoperabilidad serán definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Dicho sistema entrará a operar en un periodo no mayor a un año



<b>MODELO ACTUAL-SGSSS</b>	<b>MODELO PL SASS</b>
Enfoque individual	Enfoque individual, familiar y comunitario
Enfoque Curativo	Enfoque Promocional, Preventivo, Predictivo y Resolutivo
Énfasis en atención episódica de eventos agudos	Énfasis en la continuidad de la atención, a través del cuidado integral en salud.
Producción Hospitalaria. Camas llenas, más ventas	Cuidado en el sitio más adecuado
Basado en competencia entre actores	Basado en la cooperación entre actores
Fragmentado	RIISS
Segmentado según capacidad de pago	Universal
Múltiples Barreras de acceso	Continuidad en el cuidado



*EL SIGNIFICADO DEL MODELO  
PREVENTIVO, PREDICTIVO Y CON  
CAPACIDAD RESOLUTIVA.  
RESCATE DE LO PUBLICO HACIA  
EL BIEN COMÚN Y LA GARANTÍA  
DEL DERECHO, CON UN NUEVO  
ORDEN PARA LOS PRESTADORES  
PRIVADOS.*



*LA SALUD  
PÚBLICA EN EL  
PROCESO DE  
REFORMA EN EL  
2022-2023*



*LA NECESIDAD  
URGENTE DE  
ACTUAR SOBRE LOS  
DETERMINANTES  
SOCIALES, UNA  
VISIÓN PARA EL  
PLAN DE  
DESARROLLO Y EL  
PLAN DECENAL DE  
SALUD PÚBLICA.*



*Del Plan Decenal de Salud Pública a  
la planeación territorial para la salud*



*LA REFORMA HA SIDO DERROTADA EN EL LEGISLATIVO ES EN LAS CALLES EN  
DONDE SE MIDEN FUERZAS DE RESPALDO O EN CONTRA DEL PROCESO.*

A close-up photograph showing multiple hands of different skin tones interlocked. The hands belong to people of various ages, from young children to older adults. They are held together in a tight, circular grip, symbolizing unity, support, and teamwork. The lighting is warm and focused on the hands.

*INCERTIDUMBRE Y Y/O  
CONFIANZA*

# 1. Dimensiones del Plan de Transición

## Gestionar el Cambio

- Conformar equipo **coordinador del plan de transición** (Nación y Regiones)
- Conformar el equipo responsable de la **armonización normativa y alistamiento de reglamentación** para la nueva ley.
- Conformar un mecanismo de **relacionamiento entre el MSPS y los entes territoriales** para la gestión de la transición.
- Desarrollar una **estrategia de comunicación** específica para el plan de transición

### Fortalecer el rol del Estado

- Recuperar la rectoría en salud y autoridad sanitaria (Nación y Departamentos): 1.1 **Gobernanza**, 1.2 financiamiento, 1.3 **aseguramiento social en salud**, 1.4 **vigilancia y control**
- Garantizar el trabajo digno y la pertinencia de la formación del talento humano para el sistema de salud
- Desarrollar el liderazgo para el abordaje de los Determinantes Sociales y Ambientales de la Salud a través de la colaboración intersectorial

### Cuidar la salud y la vida

#### Fortalecer la capacidad resolutiva del sistema:

- Implementar los planes de gestión de las Redes Integrales e Integradas Territoriales en Salud (RIITS)
- Fortalecer la red pública de cara a la transición: Instituciones de Salud del Estado, Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS)
- Fortalecer la Atención Primaria en Salud: implementar el Modelo de Salud Preventivo y Predictivo y fortalecer la capacidad resolutiva y la integralidad de los Equipos Básicos de Salud
- Implementar un modelo de incentivos por los resultados y el cuidado integral a la salud y la vida

## Sistema de Salud Garantista y Universal

## 2. Proyecto acelerador

Implementar el modelo de Atención preventivo, predictivo y resolutivo en 8 departamentos



**Objetivo 1:** Establecer un modelo de asesoría con base en territorio para la concertación de voluntades alrededor de la gestión del sistema de aseguramiento social

**Resultado 1:** Modelo de asesoría con base en el territorio establecido, sistematizado y validado para su escalamiento a nivel nacional



**Objetivo 2:** Establecer mecanismo de coordinación y propuesta de operación entre las Secretarías de Salud Departamental y las EPS para la conformación de las RIITS en los departamentos seleccionados

**Resultado 2:** Conformación y organización de Redes Integradas e Integrales Territoriales de salud (Diseño- Análisis funcional)



**Objetivo 3:** Elaborar planes para la gestión y operación con las EPS en los departamentos seleccionados para el periodo 2024 – 2026

**Resultado 3:** Planes operativos desarrollados en 8 departamentos seleccionados 2024 – 2026

Tengamos esperanza de un nuevo amanecer y de mejores tiempos. Requerimos sabiduría para dialogar, para fortalecer la autoridad sanitaria en todos los niveles con una salud pública más vigorosa centrada en la protección de la vida como valor supremo de la sociedad.

[guerrero.espinel@gmail.com](mailto:guerrero.espinel@gmail.com)

