



Universidad de  
**los Andes**  
Colombia

Escuela de Gobierno  
Alberto Lleras Camargo

# Apuntes de Gestión y Políticas Públicas

Esta serie busca visibilizar y poner en el debate público discusiones sobre instrumentos, ideas y recomendaciones de política que se alimentan desde nuestra propia investigación, desde la experiencia de los hacedores de política y expertos, y desde la literatura de punta en el campo de los asuntos públicos: la gestión y las políticas públicas. Tiene un enfoque de coyuntura y busca contribuir con lecciones, aprendizajes, ideas e instrumentos de política a una discusión amplia entre academia, actores estatales y sociedad civil sobre potenciales respuestas a ingentes problemas colectivos y sociales.

Diciembre de 2020 | No. 05

## Salud pública en Colombia: aportes de política y gestión tras 30 años de reformas

**Diego Lucumí Cuesta**

*Profesor de la Escuela de Gobierno de la Universidad de los Andes*



| **GobiernoUAndes**

Universidad de los Andes | Vigilada Mineducación

Reconocimiento como Universidad: Decreto 1297 del 30 de mayo de 1964 Reconocimiento personería jurídica: Resolución 28 del 23 de febrero de 1949 Minjusticia

# Contexto

En un momento en el que vuelve a estar en la agenda política la necesidad de reformar el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, surge, nuevamente, la discusión sobre la relevancia de priorizar la salud pública<sup>1</sup> en el país. Esta aspiración, sin embargo, suele quedar diluida frente a otros aspectos del sistema que, en los últimos treinta años, han copado la atención de la sociedad y los tomadores de decisiones, con lo cual las reformas que se requieren en salud pública corren el riesgo de seguir postergadas.

Con el propósito de contribuir al debate de política pública sobre la orientación del sistema de salud en Colombia, específicamente con respecto a la salud pública, este documento busca identificar aspectos que podrían contribuir a que la salud pública sea un componente prioritario del sistema de salud colombiano, reconociendo su papel fundamental para garantizar no solo la salud de la población, sino impactar de manera favorable el desarrollo social y económico del país.

El documento se divide en tres secciones. En la primera se presenta un panorama general de la situación de la salud pública en Colombia, describiendo dificultades, retos y logros. La segunda parte busca sintetizar el tratamiento que ha recibido la salud pública en los últimos treinta años de reforma. Finalmente, se cierra con recomendaciones orientadas a cinco grandes áreas de la salud pública: 1) gobernanza y capacidad; 2) organización y prestación de funciones y servicios a nivel territorial; 3) políticas públicas y planeación; 4) talento humano; 5) financiación e inversión.

<sup>1</sup> En este documento se reconoce la salud pública como el conjunto de acciones orientadas a garantizar la salud de la población, incluyendo las acciones a nivel colectivo o individual que tengan este propósito. Esto abarca la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Según la compilación del marco legislativo vigente, la salud pública sería una de las seis competencias del sistema de salud, siendo las otras rectoría, modulación, financiamiento, aseguramiento y prestación de servicios (Orozco-Gallo, AJ. Un análisis del gasto público en salud de los entes territoriales colombianos. Cartagena: Banco de la República, sucursal Cartagena; 2015).

## En esta edición

**Camilo Andrés Ayala Monje**, diagramación  
**Angélica Cantor Ortiz**, corrección de estilo



# Panorama general de la salud pública en Colombia

**Uno de los puntos en los que quizá hay mayor coincidencia por parte de los actores del sistema de salud, desde la aprobación de la Ley 100 de 1993, es la poca prioridad dada a la salud pública cuando se compara con aspectos como el aseguramiento o la prestación de servicios de salud (1, 2).** Para la salud pública esto ha tenido implicaciones en su desarrollo normativo y financiación, en la gestión del recurso humano, en el desarrollo de programas y en el logro de diversos indicadores poblacionales.

En respuesta a esta “crisis crónica de la salud pública” en Colombia se han hecho diversos intentos para su fortalecimiento (2). Entre las acciones desarrolladas en los diferentes gobiernos se destacan la formulación de planes de salud pública y otras orientaciones vinculadas a mejorar la gestión y el desarrollo de acciones prevención y fomento de la salud. A pesar de estos desarrollos, aún persisten múltiples problemas como resultado de una diversidad de situaciones persistentes o emergentes.

**Si bien la salud pública se sustenta, en gran parte, en la adopción de políticas públicas dentro y fuera del sector salud, salvo pocas excepciones, los avances en este campo en el país han sido limitados.**

Un caso muy concreto ha sido la imposibilidad de adoptar un marco de política pública que contribuya a la prevención de las enfermedades crónicas, principal causa de enfermedad y muerte en el país. Se han realizado múltiples intentos para aprobar normas relacionadas, por ejemplo, con la adopción de un sistema de etiquetado de alimentos y la creación de un impuesto a las bebidas azucaradas, las cuales, a pesar de contar con suficiente evidencia científica para respaldarlas, han fracasado en el Congreso, en parte por la presión política de sectores de la industria, el poco interés que tiene la salud pública en ciertas corrientes políticas o la discrepancia entre los intereses de estos grupos con los que se persiguen para la salud poblacional, al igual que la discontinuidad en la voluntad política para sacar adelante estos tipos de marcos normativos.

Otras políticas públicas requeridas para atender problemas prioritarios en salud pública en Colombia se enfrentan o han enfrentado retos iguales o similares (ej., ley de prohibición del asbesto). Todo esto también puede evidenciar la falta de reconocimiento en muchos sectores y niveles de gobierno del papel fundamental de las políticas públicas en la respuesta a múltiples problemas de salud a nivel poblacional y a la distribución desigual de estos problemas (3).



Desde el punto de vista político hay otros desafíos. En el país se ha dado limitada atención al análisis y establecimiento de nuevas formas de organización territorial y esquemas de asignación de recursos que permitan un trabajo más coordinado entre entidades territoriales y otros actores que cumplen funciones en salud pública en el nivel local. **La ausencia de iniciativas políticas también se expresa en la falta de regulación con relación a los diversos aspectos de la gestión del talento humano en salud pública, que entre otros se ve afectada por la alta rotación, la baja asignación salarial y la falta de claridad en los perfiles para el desarrollo de las acciones en este campo.**

Una de las principales causas y expresión de los problemas no resueltos en salud pública en el país es la desigual y débil capacidad en este campo a nivel territorial (4, 5). Si bien en el país no hay un ejercicio sistemático para evaluar y hacer seguimiento a la capacidad local en salud pública, hay situaciones que evidencian una gran heterogeneidad entre departamentos, distritos y municipios para cumplir las competencias asignadas en salud pública. Por ejemplo, si consideramos los recursos asignados vía Sistema General de Participaciones a las entidades territoriales, que han fluctuado alrededor del billón de pesos (6), el seguimiento a su uso anual demuestra que entre 2016 y 2018 los departamentos dejaron de invertir 15 % de los recursos asignados a la subcuenta de salud pública colectiva, con diferencias entre departamentos en este porcentaje (7). También se ha identificado falta de correlación entre los recursos asignados y modificación de indicadores en salud pública (8).

A nivel de logros en salud pública, no se pueden negar que hay aspectos a resaltar en el país, especialmente si se miran de manera agregada ciertos indicadores o haciendo distinciones entre instituciones del nivel nacional y territorial. Como ejemplo de logros en salud pública durante estos treinta años se encuentran la adopción del Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para la Salud, el haber sostenido altas coberturas de vacunación en ciertas regiones, la ratificación del Convenio Marco de Lucha Contra el Tabaco y la capacidad técnica que ha consolidado el Instituto Nacional de Salud evidenciada en su respuesta al Zika y a la COVID-19. Estos logros, sin embargo, no son suficientes frente a serios problemas de salud pública que tiene el país.

**La persistencia y desigualdades territoriales frente a problemas prevenibles en salud pública a nivel**

**territorial obedece a problemas de estructuración y organización, a la falta de políticas públicas, o a problemas de la gestión del talento humano o la ausencia de un modelo diferencial en salud pública que reconozca las particularidades sociales, económicas y epidemiológicas de las regiones del país.** Estas desigualdades territoriales también son resultado de la manera en la cual se desarrollan las acciones de salud pública, muchas de las cuales carecen de la evidencia suficiente y cuentan con un pobre diseño, implementación y evaluación. Adicional a esto, un problema crónico del desarrollo de acciones en salud pública es que siguen privilegiando acciones puntuales y fragmentadas, y en las que se suele dar preponderancia al cumplimiento de coberturas, lo que se traduce, en muchos casos, en el énfasis en el diligenciamiento de planillas de asistencia y no en la calidad, pertinencia y sensibilidad cultural de las acciones que se desarrollan.

Aunque no se deben desconocer logros en salud pública en el país en las últimas tres décadas, el panorama descrito permite concluir que la respuesta dada para resolver problemas persistentes y estructurales en este campo ha sido parcial. En esencia, el país tiene un modelo de salud que ha priorizado la atención y en la mayoría de los casos las presiones y preocupaciones por los aspectos relacionados con el aseguramiento, la financiación o la prestación de servicios terminan relegando la necesidad de un análisis y planteamiento que responda a la realidades y necesidades en salud pública, y las demandas que a futuro se tendrán ante retos como la carga de las enfermedades crónicas, el envejecimiento de la población, la emergencia de eventos infecciosos a escala global como el que ya experimentamos con la COVID-19, los flujos migratorios o el cambio climático, entre otros.



# La salud pública en el contexto de las reformas al sistema de salud colombiano

Siguiendo lo propuesto por Agudelo *et. al.*, se pueden evidenciar tres fases en el abordaje de la salud pública en el sistema de salud en Colombia en los últimos treinta años (2). Sin embargo, antes de describir estas fases es necesario indicar que previo a la reforma que se dio con la Ley 100 de 1993 se aprobaron dos leyes que, aunque desarticuladas entre sí y también con la posterior reforma, son importantes para entender los antecedentes para el desarrollo de la salud en estos últimos treinta años. Por un lado, la Ley 10 de 1990 buscaba reorganizar el Sistema Nacional de Salud y orientar la descentralización del sector. No obstante, la relevancia de esta ley, la orientación con relación a la salud pública es mínima, siendo su principal apuesta la transferencia de la prestación de servicios de salud a las entidades territoriales (8, 9). Meses antes de la aprobación de la Ley 100, el Congreso aprobó la Ley 60 de 1993 que reforzó la descentralización administrativa y la distribución de recurso para los entes territoriales (8). Como es evidente, en un periodo menor a tres años, se introdujeron un conjunto de profundas reformas a nivel territorial, sin que se lograra garantizar la articulación entre ellas y la maduración suficiente en su aplicación (9).

Con este antecedente, la primera fase para este análisis corresponde al periodo 1993-2000 (2). El principal hito de esta fase fue la reforma que se dio a partir de la aprobación de la Ley 100 de 1993, la cual, similar a la Ley 10 de 1990, no consideró la salud pública una prioridad (10). La falta de interés de esta reforma en la salud pública conllevó a vacíos normativos que se buscaron subsanar a partir de 1996 con la resolución 4288, en la que se estableció el Plan de Atención Básica (2). Según lo definido por esta resolución, con el Plan de Atención Básica los municipios y departamentos tendrían a su cargo las actividades, intervenciones y procedimientos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo dirigidos a la población.

**La salud pública en esta fase se caracterizó por la poca prioridad recibida y su débil orientación normativa.** A esto se sumaron las nuevas formas de organización, la entrada de nuevos actores y la débil capacidad territorial tanto para asumir las competencias asignadas en su momento por las leyes 10 de 1990 y 100 de 1993, como para gestionar los nuevos esquemas de asignación de recursos para la salud pública, iniciando por lo establecido por la Ley 60 de 1993 (8). Todo lo anterior influyó en el desarrollo de problemas de rectoría, falta de cumplimiento de expectativas sanitarias o el deterioro de diferentes programas o indicadores poblacionales, entre los que se incluyen los relacionados con el control de la tuberculosis, la malaria o las coberturas del programa ampliado de inmunizaciones en varias regiones del país (2, 11-15).

**Luego de la Ley 100 se han realizado diversos intentos de ajuste o reforma al sistema de salud colombiano, los cuales han afectado la salud pública en alguna medida.** De esta forma, la siguiente fase –que cubre aproximadamente los años 2001 a 2006– se caracterizó por dos hitos principales. Por un lado, se reestructuró lo relacionado con la asignación de recursos en salud pública a partir de lo establecido en la Ley 715 de 2001. Este ajuste llevó a establecer los porcentajes destinados a la salud pública en el marco del Sistema General de Participaciones, tomando en cuenta una serie de competencias según las categorías de los municipios. De otro lado, se introdujeron, a través de la resolución 412 de 2000, las normas y guías técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Con esto último, se buscaban fomentar el desarrollo de acciones de gestión del riesgo a nivel individual, asignando dicha responsabilidad a las empresas promotoras de salud (EPS), hoy empresas administradoras de planes de

beneficios (EAPB). De esta forma, se esperaba una mayor corresponsabilidad entre entidades territoriales y EPS, e incrementar los recursos para la prevención, teniendo en cuenta los que estas empresas debían usar para el desarrollo de las acciones previstas en la resolución 412.

Los efectos de las decisiones tomadas en esta fase, en términos de gestión o indicadores poblacionales, no son fáciles de establecer dada la falta de evaluación formales para este fin. Sin embargo, **al analizar el comportamiento de ciertos indicadores durante este periodo se encuentran la persistencia de importantes brechas en mortalidad materna entre el resto del país y departamentos con altas proporciones de población con necesidades básicas insatisfechas (16, 17). También se observó, a nivel nacional, el incremento de la mortalidad por enfermedad cardiovascular, que empezó a representar un mayor porcentaje del total de muertes en el país<sup>2</sup>.** Entre los aspectos positivos de este periodo se destacan la reducción en la mortalidad en menores de uno y cinco años, y la asociada a causas externas (17).

La última fase va de 2007 a la fecha. Desde el punto de vista normativo, esta fase inicia con la expedición de la Ley 1122 de 2007, a través de la cual se estableció la formulación del Plan Nacional de Salud Pública (PNSP), que debería ser elaborado para cada cuatrienio y articularse al respectivo Plan Nacional de Desarrollo. Según lo expresado en esta ley, con la formulación de estos planes en cada periodo de gobierno se buscaba la atención y prevención de factores de riesgo prioritarios, la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, y el fortalecimiento de la capacidad comunitaria y de la de las entidades territoriales en salud pública. Con la Ley 1122 el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC)<sup>3</sup>, reemplazó al Plan de Atención Básica. Esta Ley también señaló como uno de sus intereses el fortalecimiento del Instituto Nacional de Salud.

En 2011, con la Ley 1438, se estableció la formulación del Plan Decenal de Salud Pública, con el cual se buscaba definir objetivos, metas, acciones, recursos,

y responsables de la salud pública en el país. Como parte de esta ley se creó el Observatorio Nacional de Salud como dependencia del Instituto Nacional de Salud, al que se le encargó el seguimiento de los indicadores de salud pública a nivel territorial y nacional, y se le asignaron funciones de evaluación de la situación de salud y de soporte a los procesos de toma de decisión. También se destaca la creación con esta ley de la Comisión Intersectorial de Salud Pública.

**La Ley 1751 de 2015, que regula el derecho a la salud, hace un reconocimiento al papel de los determinantes sociales de la salud y la obligación del Estado en la formulación de políticas públicas para abordar su distribución desigual, plantea la adopción de una política pública de innovación, ciencia y tecnología en salud, y hace explícita la necesidad del reconocimiento de la situación de los grupos vulnerables o con desventajas históricas en salud.** Debido a su carácter de ley estatutaria, se hace necesario la adopción de normas que desarrollen aspectos allí propuestos.

Similar a la fase anterior, la evaluación que se ha hecho de los efectos de esta fase es limitada. Sin embargo, se puede concluir que, desde el punto de vista de las políticas públicas y la gestión en salud pública, en esta última fase el país avanzó en el desarrollo y consolidación estructuras y herramientas para la planeación, seguimiento y evaluación en salud pública. Más allá de las reformas también se logró un mayor reconocimiento del papel de las políticas públicas para el logro de los objetivos de salud poblacional, se adoptaron normas como las orientadas al control del tabaco y la obesidad, aunque son heterogéneos los grados de implementación de esta normatividad; también se observó un incremento en la participación de diversos actores en el proceso político, en particular con un papel más activo de las organizaciones de la sociedad civil. Desde el punto de vista de políticas recientemente se han hecho intentos de organización y orientación con un proceso de implementación hasta ahora parcial, entre los que se incluye la Política de Atención Integral en Salud (PAIS); el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS); y el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE).

<sup>2</sup> Aunque en esta fase se observó un incremento en el número de muertes por enfermedad cardiovascular y estas representaron un mayor porcentaje del total de muertes en el país, la tasa ajustada por edad de la enfermedad cardiovascular se redujo en este periodo pasando de 112,1 por 100.000 habitantes a 106,3. Este comportamiento fue similar para el periodo de análisis que se extendió hasta 2011.

<sup>3</sup> Según la resolución 518 el PIC es “un plan complementario al Plan Obligatorio de Salud (POS) y a otros beneficios, dirigido a impactar positivamente los determinantes sociales de la salud e incidir en los resultados en salud, a través de la ejecución de intervenciones colectivas o individuales de alta externalidad en salud definidas en la presente resolución, desarrolladas a lo largo del curso de vida, en el marco del derecho a la salud y de lo definido en el Plan Decenal de Salud Pública”.

## Continuó la reducción de mortalidad materna a nivel nacional, aunque con persistencia en las brechas entre los departamentos con mayores niveles de pobreza



En términos poblacionales, algunos de los aspectos a destacar de este periodo es que continuó la reducción de mortalidad materna a nivel nacional, aunque con persistencia en las brechas entre los departamentos con mayores niveles de pobreza; también se ha mantenido la reducción en indicadores como la mortalidad infantil; y, por causa externa, y es de destacar, el que haya habido un descenso en el embarazo adolescente (17). Por otro lado, la mortalidad por enfermedad cardiovascular ha sido estable (18), mientras **condiciones como el sobrepeso y la obesidad han aumentado en todos los grupos de la población** (19). Un aspecto relevante para el conocimiento del estado de diversos indicadores en salud pública es que durante esta fase el país realizó, de manera periódica o por una única vez, un conjunto de encuestas nacionales y se estableció el Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para la Salud (20).

Por último, en 2020 se discutió el proyecto de ley 10 de 2020, que en sus artículos 7 a 10 abordaba, de manera explícita, aspectos relacionados con la salud pública. De esta propuesta de reforma se puede concluir que no hay cambios sustanciales frente la normatividad vigente y lo propuesto se orienta a reducir el periodo de vigencia del plan de salud pública que pasaría de decenal a quinquenal, y se asignaba la coordinación y seguimiento de dicho plan a la Comisión Intersectorial de Salud Pública. El aspecto más notorio propuesto en este proyecto de ley en materia de salud pública es la creación de lo que se denomina Plan Básico de Promoción y Prevención y Gestión de Riesgos Colectivos, en el que se le asignan funciones al Ministerio de Salud y Protección Social y a las entidades territoriales, aunque sin reconocer los problemas de desigual capacidad institucional en salud pública que históricamente se han evidenciado en estas entidades (4).

Aunque con las reformas planteadas en la segunda y tercera fase se ha intentado darle mayor prioridad a la salud pública, es necesario señalar que en muy pocos casos estas involucraron grandes cambios en aspectos como la estructura, organización, fuentes financiación o recurso humano en salud pública. Por tanto, hay aspectos fundamentales que no han sido abordados o se han considerados de manera muy parcial. En la discusión y operación del sistema de salud se sigue dando atención especialmente a la prestación de servicios, a los aspectos financieros y a garantizar de manera efectiva el aseguramiento, considerando que el país ha alcanzado coberturas casi universales en esto último.

# Cinco áreas de política y gestión para aportar a la salud pública en el país

## 1. Gobernanza y capacidad institucional en salud pública

*Contar con una adecuada gobernanza de la salud pública en todos los niveles de gobierno es fundamental para alcanzar los objetivos y metas en salud en la población*

Múltiples dimensiones generales y específicas para la gobernanza en el sector salud han sido propuestas. Estas aluden a aspectos como transparencia, participación de las partes interesadas, definición de una agenda estratégica compartida, mejoramiento continuo, toma de decisiones, logro de objetivos y disposición de los recursos requeridos para alcanzarlos (21). Contar con una adecuada gobernanza de la salud pública en todos los niveles de gobierno es fundamental para alcanzar los objetivos y metas en salud en la población. En esta misma perspectiva, una buena gobernanza media la relación entre gasto en salud y logro de los indicadores de salud en la población (22). El logro de una adecuada gobernanza en salud pública, sin embargo, se puede ver comprometido por problemas en las diferentes dimensiones de capacidad (21). A nivel de las organizaciones en salud pública estas dimensiones incluyen recursos, alianzas, voluntad política, habilidades (23, 24). El papel de la capacidad de este tipo de organizaciones frente al logro de resultados en salud ya ha sido reconocido a nivel internacional (25-29). Adicionalmente, aspectos como la integridad y la ética han sido valorados como aspectos fundamentales en el logro de una adecuada gobernanza en salud pública<sup>4</sup> (21).



<sup>4</sup>La capacidad en salud pública tiene diversas definiciones; sin embargo, en general, esta se ha relacionado con actitudes, motivaciones, conocimientos, habilidades y recursos que subyacen al cumplimiento de objetivos, acciones o tareas (Flaspohler P, Duffy J, Wandersman A, Stillman L, Maras MA. Unpacking Prevention Capacity: An Intersection of Research-to-Practice Models and Community-Centered Models. Am J Community Psychol 2008;41(3-4):182-196).



Para Colombia, se ha señalado que hay una débil función rectora de la autoridad sanitaria en los diferentes niveles de gobierno, lo cual se ha vinculado a baja capacidad institucional (30). Esto último, por su parte, se ha considerado como una limitación muy importante para alcanzar los objetivos de salud pública en el país (5).

Frente a esto, el país debe avanzar en establecer mecanismos que permitan una valoración sistemática y rutinaria de la capacidad territorial en salud pública, toda vez que la delegación de competencias hecha en el marco de la descentralización no ha considerado la capacidad territorial (9). **Una alternativa es considerar la experiencia acumulada para la recolección de información sobre los recursos girados e invertidos en salud pública a departamentos, distritos y municipios, para recolectar y analizar información sobre las dimensiones de capacidad territorial en salud pública y los procesos para la gestión en salud pública** definidos por la resolución 518 de 2015. Otra alternativa es establecer una encuesta periódica dirigida a las entidades territoriales de salud pública en la cual se aborden los aspectos mencionados, tal como se hace a través del Perfil Nacional de Departamentos Locales de Salud en los Estados Unidos (<https://www.naccho.org/resources/lhd-research/national-profile-of-local-health-departments>).

El seguimiento a las capacidades territoriales en salud pública debería acompañarse del desarrollo de una apuesta sólida técnicamente, de mediano y largo plazo, y con recursos suficientes para el fortalecimiento de esas capacidades. Es indispensable el reconocimiento de la capacidad como un prerrequisito en el desempeño y logro de objetivos poblacionales en salud (31). En estos treinta años las reformas han desconocido casi que de manera sistemática este aspecto y persistir en esta dirección llevará a que se postergue la respuesta efectiva a diversos problemas y se amplíen las actuales inequidades en salud pública.

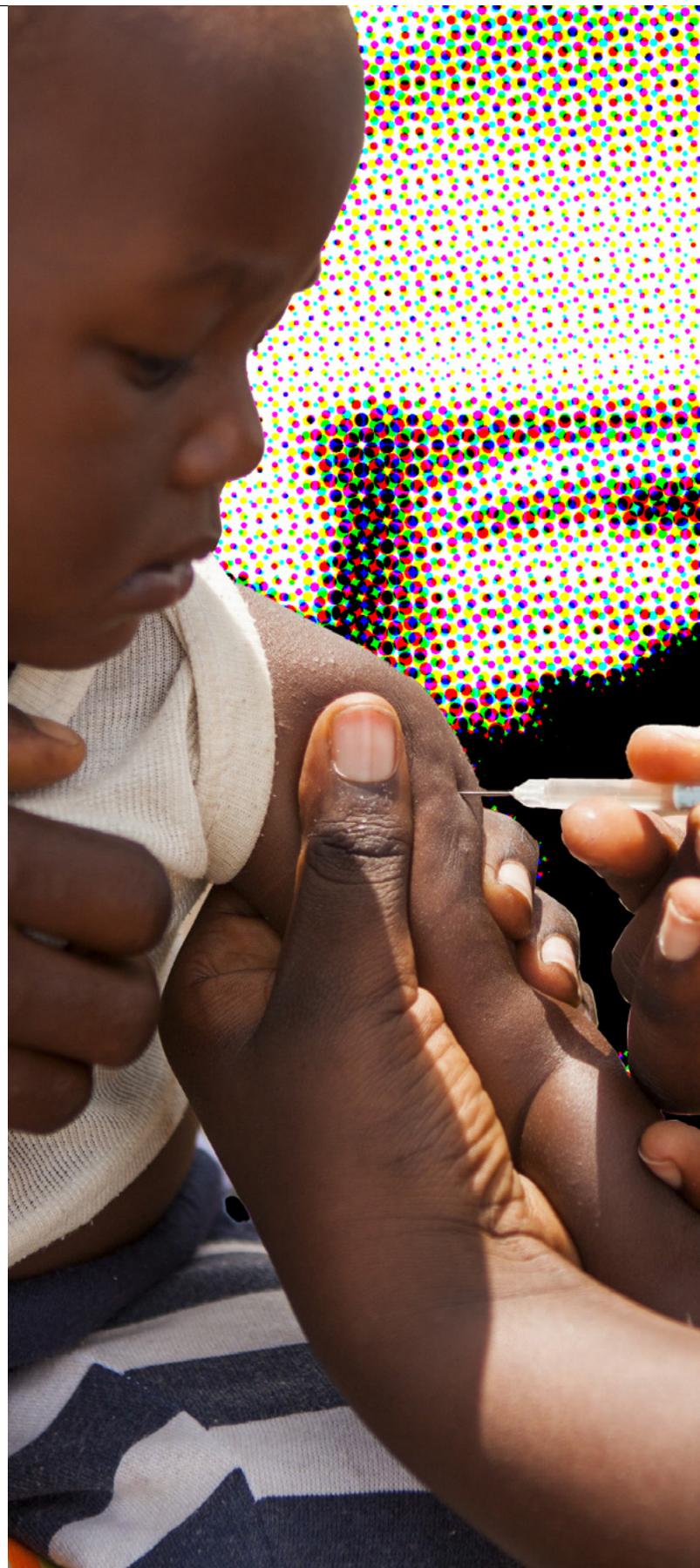
Articulado a la implementación de iniciativas de fortalecimiento de la capacidad territorial está el que el país considere la adopción de esquemas, al menos voluntarios, de acreditación en salud pública que contribuyan a asegurar la calidad de los procesos y el desempeño de las entidades territoriales en salud pública. La evidencia en este campo ha mostrado que este tipo de acreditaciones favorece que las entidades locales de salud adopten una cultura de mejoramiento de la calidad y un mejor desempeño, trabajen de manera articulada con otras organizaciones, que los funcionarios de estas entidades reporten mayor

satisfacción laboral (18, 32-35). Una apuesta por la mayor calidad en salud pública a nivel territorial debería estar también ligada al desarrollo de incentivos sobre la base de indicadores de gestión y resultados.

Siendo la evidencia un aspecto fundamental para la toma de decisiones y el desarrollo de intervenciones efectivas en salud pública, y teniendo en cuenta la experiencia del país a través de la creación, por la Ley 1438 de 2011, del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) se recomienda ampliar las competencias y recursos de esta entidad, para que, a través de ella, se logre valorar rutinariamente cuál es la mejor evidencia para responder a los problemas de salud pública del país. Un ejemplo particular en esta área lo ofrece el trabajo que hace en Estados Unidos el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos Comunitarios (Community Preventive Services Task Force, CPSTF) a través la Guía Comunitaria (The Guide to Community Preventive Services: <https://www.thecommunityguide.org/>), en la cual se realiza una valoración continua y rigurosa de la evidencia en salud pública. Esta recomendación en cabeza de la IETS y, con articulación a las funciones que ya tiene el Observatorio Nacional de Salud, podría derivar en intervenciones más costo-efectivas que lleven a modificar los indicadores de salud más relevantes para el país.

Con el propósito de mejorar la respuesta a los principales problemas de salud pública en el país también es necesario desarrollar lo establecido en la Ley 1751 de 2015 con relación a una política pública de innovación, investigación y tecnología en salud, en la cual la salud pública tenga un papel preponderante.

En concordancia con este desarrollo es necesario evaluar y reestructurar el funcionamiento y los mecanismos de asignación de recursos de ciencia y tecnología destinados al sector salud que administraba Colciencias y ahora el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación. Estos recursos, que adicionalmente podrían ser ampliados con los que se destinen del Sistema General de Regalías, deberían responder a una agenda de mediano y largo plazo, y no a proyectos puntuales, frente a prioridades nacionales, regionales y locales en salud pública. La identificación de vacíos en la evidencia que se haga por parte de la IETS y la valoración de prioridades por parte del Observatorio Nacional de Salud, resultarían en insumos clave para la definición de esta agenda. De manera complementaria, se requieren mecanismos que permitan mejores procesos de diseminación y procesos colaborativos entre los diferentes actores del sistema de ciencia y tecnología, de tal forma que se generen sinergias y se extiendan las capacidades instaladas en salud pública que hoy tiene el país.



**Con el propósito de mejorar la respuesta a los principales problemas de salud pública en el país también es necesario desarrollar lo establecido en la Ley 1751 de 2015 con relación a una política pública de innovación, investigación y tecnología en salud, en la cual la salud pública tenga un papel preponderante.**

Considerando que una adecuada gobernanza, implica procesos transparentes en la toma de decisiones y el uso de los recursos es necesario revisar el papel de la Superintendencia Nacional de Salud con relación a la vigilancia de todos los aspectos relacionados con la salud pública debería ser fortalecida desde el punto de vista técnico y operativo. Frente a esto, sería útil revisar esta entidad, con el fin de cumplir con una mejor función en este campo, observar si se desconcentra o se apoya entidades territoriales, tal como se ha sugerido previamente (9).

## **2. Organización y prestación de funciones y servicios en salud pública a nivel territorial**

*Se debe adoptar una organización en salud pública que permita el adecuado cumplimiento de funciones esenciales y la prestación de servicios a nivel territorial*

Un aspecto necesario discutir en el país es la organización territorial para el cumplimiento de funciones y prestación de servicios en salud pública. En la actualidad, derivado del proceso de descentralización, que inició en la década de los ochenta y que llevó a definir asignación de competencias y recursos tal como lo estableció la Ley 715 de 2001, las entidades territoriales tienen a su cargo responsabilidades en salud pública de acuerdo a un modelo de categorización que no necesariamente se corresponde con su realidad para dar cuenta de las necesidades en salud pública en su jurisdicción. Se puede concluir de esta delegación que no consulta la capacidad de quienes la deben ejercer y es muy limitada la discriminación que hace entre municipios, y cuando lo hace parte de criterios desactualizados (9).

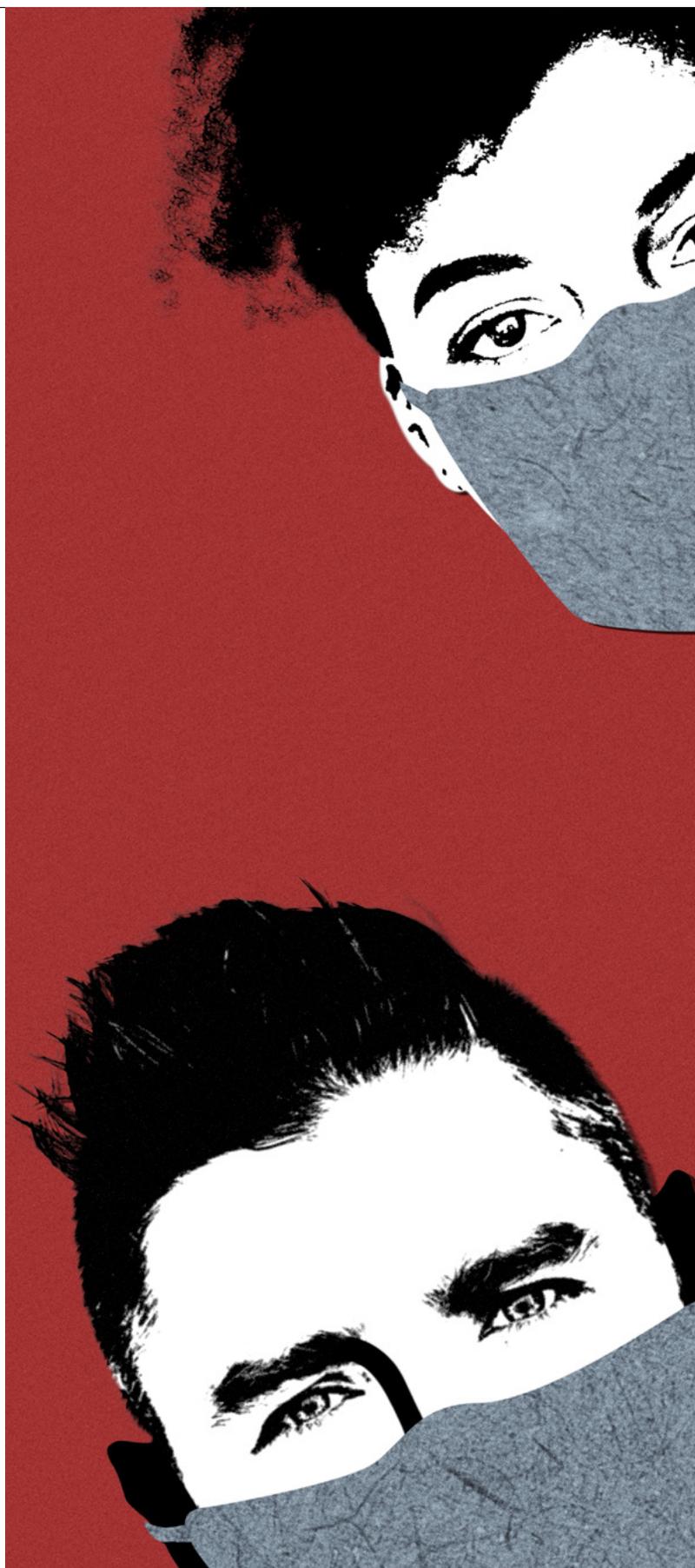
Este esquema de asignación, a su vez, lleva a que aun teniendo entidades territoriales que comporten similares condiciones en términos de perfil epidemiológico, inequidades en salud, determinantes sociales y proximidad territorial, cada una de ellas busque dar respuesta a partir de los recursos que reciba con equipos propios y con una muy pobre articulación. A su vez, los departamentos, varios con problemas de capacidad técnica, operativa

y financiera, deben responder a las necesidades de cada municipio y tampoco hay mecanismos de cooperación suficientes con otros departamentos con los que comparten características y límites geográficos. Todo lo anterior lleva a que el nivel nacional tenga que responder, de manera individual, a cada entidad territorial, sin posibilidades claras de favorecer respuestas que propicien la colaboración, optimización y el desarrollo de sinergias.

Uno de los aspectos que ha sido criticado, a partir de la aplicación de la Ley 100 de 1993, es la fragmentación que se generó en la respuesta a los problemas de salud pública en el país. En este sentido, se ha podido evidenciar la desarticulación entre niveles de gobierno o dentro de actores dentro de la misma entidad territorial (9, 36), incluso esto fue evidente ante las demandas derivadas de la pandemia de COVID-19 como, por ejemplo, en acciones críticas como la toma de pruebas y el seguimiento y rastreo de casos. Una respuesta a considerar frente a esta fragmentación y falta de claridad en las competencias implica: a) garantizar una clara distinción entre la gestión del riesgo individual y colectivo, verificando que las entidades territoriales tengan de manera exclusiva las competencias y recursos de prevención a nivel poblacional para responder a eventos de interés en salud pública; y b) adoptar mecanismos de articulación entre niveles de gobierno y actores, con el fin de garantizar la complementariedad y subsidiariedad de las acciones.

Frente a la articulación, si bien la salud pública debe ser considerada como un aspecto clave para el desarrollo territorial, poco se han explorado las posibilidades que se tendría de usar para su estructuración y prestación los mecanismos de asociación y de planificación definidos en el marco jurídico colombiano. Entre los mecanismos que podrían ser considerados se encuentran las regiones administrativas de planificación, las áreas metropolitanas, las asociaciones de municipios y departamentos, las regiones de planeación y gestión, y las provincias administrativas y de planificación (37).

Tomando como referencia estas posibilidades de asociación y lo descrito frente a características comunes de municipios o departamentos se podría evaluar la creación de unidades funcionales de salud pública que integren dos o más municipios, lo que debería llevar a establecer un nuevo esquema de financiación, definición de competencias y operación en salud pública. Donde, por ejemplo, las acciones de planeación, vigilancia e intervención en salud pública



se desarrollen a través de estas unidades funcionales y no en el esquema actual donde cada municipio puede tener delegada este tipo de competencias. Estos esquemas de asociación podrían generar beneficios especialmente en los municipios más pequeños (38), donde las capacidades en salud pública podrían ser menores (1). Para el caso de los departamentos, la organización en regiones administrativas y de planeación que ya articula a varias de estas entidades territoriales, también debería posibilitar un trabajo más articulado frente a los asuntos y problemas de interés en salud pública.

Estas propuestas de trabajo asociativo, si bien preservan principios básicos de la descentralización, podrían ayudar a subsanar su implementación. Una revisión reciente sobre los efectos de la descentralización en salud en países de ingreso medio y bajo señala que dos potenciales problemas de la descentralización son la descoordinación entre niveles y la ampliación de inequidades en especial si el nivel central no juega un papel igualador (39). Los resultados de esta revisión también sugieren que la percepción negativa sobre los efectos de las reformas de descentralización recae, principalmente, en la implementación de esta más que en la reforma en sí misma. Entre los problemas más usuales encontrados en esta revisión están la falta de capacidad técnica para desarrollar las competencias asignadas, la descentralización de decisiones sin las herramientas para poderlas aplicar o la insuficiencia de recursos para el desarrollo de las intervenciones necesarias (39).

Aunque el uso de mecanismos de asociación no limita la prestación de acciones de salud pública por parte de empresas sociales del Estado (ESE), la creación de unidades funcionales sí podría tener este efecto. En este sentido, es el momento de evaluar la contratación prioritaria del PIC con estas instituciones, la cual parece estar haber sido una decisión más centrada en el interés de apoyar financieramente a estas instituciones y no en un criterio técnico sobre si las mismas cuentan con las capacidades técnicas y operativas para cumplir esta función. Esta valoración es clave en sistemas de salud que privilegian lo curativo, pues en estos las acciones de los hospitales están más centradas en la atención de la enfermedad, lo que conlleva a que la delegación de funciones en salud pública termina siendo una actividad secundaria. Frente a lo financiero, para el periodo 2007-2018 la contratación del PIC representó 4,2 % de los recursos que perciben estas instituciones, lo que es un porcentaje relativamente bajo del total de los recursos que perciben por contratación (36).

Si bien se han evidenciado problemas en la formulación, contratación, ejecución, seguimiento y evaluación del PIC (36), desde el punto de vista técnico no hay suficiente evidencia para establecer el impacto que en los resultados en salud pública ha tenido la contratación prioritaria de este plan con las ESE. La decisión de mantener la prestación de acciones de salud pública en estas entidades o en otra instancia o mecanismo que preserve la naturaleza pública que debe tener el desarrollo de estas acciones, va a requerir de una valoración juiciosa de la capacidad necesaria para promover la salud y prevenir la enfermedad a nivel territorial.

Por último, la reestructuración de la organización de la salud pública en el país también debe llevar a la discusión sobre el fortalecimiento y asignación de funciones al Instituto Nacional de Salud, para que realice el trabajo técnico, operativo y de enlace territorial, dejando en el Ministerio de Salud y Protección Social las funciones de formulación de la política y rectoría general del sistema de salud. Esta recomendación, que parte de reconocer que el Instituto Nacional de Salud ya desarrolla varias de las funciones esperadas para los institutos nacionales de salud pública (40), podría ayudar a incrementar la capacidad en salud pública, reducir duplicidades a la vez que se favorece la coordinación entre actores y niveles, contribuir a una respuesta más integrada y oportuna, y a hacer más efectivo el desarrollo de las funciones esenciales en salud pública (41).

### 3. Políticas públicas y planeación en salud pública

*Es necesario enfatizar en el papel de las políticas y la planeación para el alcance de los objetivos en salud pública en Colombia*

Como se describió frente a la última fase de estos treinta años de reforma, el país ha tenido avances frente a lo que implica buscar tener mejores herramientas para el análisis de la situación de salud y la planeación de la salud pública en todos los niveles de gobierno. La continuidad de estos esfuerzos demanda esfuerzos en diferentes frentes. Por un lado, se necesita que, desde el punto de vista de político, se pase de la retórica sobre la importancia de la promoción de la salud y la prevención de la

enfermedad a la acción que dé cuenta de la salud pública como una prioridad para el país.

Adicionalmente, se debe enfatizar en las acciones de fortalecimiento de las capacidades nacionales y territoriales en salud pública, de tal forma que se puedan garantizar no solo la mejores continuas en el análisis y la planeación en salud pública, sino que esto se acompañe de mecanismos de seguimiento y evaluación, que son dos aspectos en los que aún hay oportunidades de mejora. En este sentido, una de los aspectos que se debe garantizar en las siguientes formulaciones de los planes decenales de salud pública es que se cuenten con las suficientes herramientas y recursos para su monitoreo y evaluación, al igual que alternativas técnicas, operativas y financieras para responder de manera oportuna a las necesidades que se evidencien para garantizar el cumplimiento de las metas que allí se formulen. Crítico para esto será que la formulación de dichos planes proponga indicadores estratégicos, de medición factible y de fácil comunicación a las diversas audiencias.

Desde el punto de vista de las políticas públicas y demás medidas legislativas de interés en salud pública, aunque ha habido avances frente a proponerlas e impulsarlas resulta importante que de manera permanente el país cuente con una unidad técnica de análisis, gestión y seguimiento de las políticas públicas de interés en salud pública, que ayude al logro de la misión del Ministerio de Salud y Protección Social frente a la definición de las políticas públicas en este campo y a su interacción con los demás sectores y el Congreso. En este sentido esta unidad debería servir para la traducción de los problemas y la evidencia a la recomendación y acción política en salud pública. Una alternativa es ampliar las funciones y recurso del Observatorio Nacional de Salud para el cumplimiento de esta función.

Por su parte, el reconocimiento de las diferencias territoriales debe hacer pensar en la definición de modelos de planeación, operación y seguimiento en salud pública que den cuenta de las particularidades sociales, económicas y epidemiológicas de las regiones del país, y se articulen con lo indicado frente a la reestructuración de la organización y prestación de funciones y servicios en salud pública a nivel territorial.

## 4. Talento humano en salud pública

*Para garantizar los resultados en salud pública se debe reconocer el papel del recurso humano garantizando condiciones dignas para el desarrollo de su trabajo*

Hay una amplia evidencia sobre el papel crítico del talento humano en garantizar resultados en salud pública (42). Sin embargo, esta evidencia no es coherente con la poca atención que este aspecto ha recibido en el país. De hecho, cuando se discuten los problemas del talento humano en salud, la atención se concentra casi que de forma exclusiva en el que está a cargo de la prestación de servicios en el ámbito clínico. **Con relación al talento humano en salud pública, en el país se evidencia que las condiciones laborales están marcadas por una alta rotación, contratación temporal<sup>5</sup>, inadecuada remuneración, pobres estrategias de actualización y evaluación, y falta de claridad en los perfiles para el desempeño de las diversas funciones de salud pública** (43), lo que podría ir en contravía del logro de una mayor especialización en el desarrollo de las mismas.

Solo para el caso de la rotación del talento humano, esta se ha reconocido como una condición que limita el desempeño en salud pública, en parte explicado por una pérdida de capacidad, pérdida de memoria institucional y mayores costos financieros y operativos (44). Adicional a los problemas de falta de estabilidad laboral, en Colombia se ha visto que la situación del talento humano es afectada por prácticas clientelares en la vinculación de personal no idóneo en las diferentes posiciones y para el desarrollo de acciones en salud pública (30, 43).

En respuesta a esto es necesario que, como parte de una política nacional de talento humano en salud, de manera explícita se reconozca aquel dedicado a la salud pública y para este se establezcan las calidades que se requieren para el desempeño de funciones de dirección, técnicas y operativas; los mecanismos de contratación y de estabilidad laboral;

<sup>5</sup> Es usual evidencia que en muchas entidades territoriales no hay personal en salud pública contratado en el periodo que va de diciembre a febrero, lo cual se suele agravar cuando se producen cambios de gobierno a nivel local.



las escalas de remuneración; y las estrategias de formación y actualización que vayan acordes con el desarrollo de la evidencia y las prioridades territoriales.

Dentro de los aspectos relacionados con el talento humano en salud pública merece particular atención la consideración del establecimiento de un modelo de trabajadores comunitarios, particularmente para las áreas remotas, garantizando que quienes presten este tipo de servicios también gocen de condiciones como las planteadas previamente para el resto del talento humano en salud pública.

## 5. Financiación e inversión en salud pública

*Sin una adecuada financiación de la salud pública no es posible mejorar las condiciones de salud de la población*

El logro de múltiples de los propósitos antes expuestos requiere una revisión de las fuentes y mecanismos de financiación de la salud pública. Aunque existe algún grado de divergencia en la literatura, se ha encontrado que hay una relación entre gasto y resultados en salud pública, aunque dicha relación puede estar mediada por adecuados niveles de gobernanza.

Tal como se indicó en el numeral 2, **es necesario la revisión de la asignación de los recursos de ciencia y tecnología orientadas al sector salud, los cuales pueden ser complementados con aquellos de regalías que se acuerden adicionar para financiar la agenda de investigación, innovación y tecnología en salud pública considerando criterios tales como prioridad, pertinencia y equidad.**

En cuanto a la financiación de acciones en salud pública, adicional a la necesaria revisión de los mecanismos y montos establecidos en el Sistema General de Participaciones para la subcuenta de salud pública colectiva, es necesario considerar cómo se adicionan otras fuentes como las que pueden derivarse de la adopción de impuestos saludables.

# Conclusión

En los últimos treinta años se ha indicado la necesidad de fortalecer la salud pública en el país, como un elemento central de cualquier sistema de salud. Si bien en este periodo hay logros a destacar en salud pública, aún persisten importantes desafíos y aspectos en los cuales se debe avanzar. Para esto se deben considerar modificaciones en la organización, gestión, financiación y operación de la salud pública, que han quedado pendiente en las reformas planteadas desde la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La discusión de las transformaciones que se requieren en salud pública resulta crítica en un momento en el que se evidencian la persistencia de diversos problemas y el surgimiento de otros,

al tiempo que se hace necesario abordar diversas inequidades en salud, desarrollar intervenciones informadas por la evidencia y garantizar el acceso efectivo de la población a condiciones que garanticen su salud y bienestar en un contexto de incertidumbre por la sostenibilidad financiera del sistema de salud.

Este documento busca plantear algunos aspectos que pudieran orientar este debate, reconociendo logros y necesidades presentes y futura de la salud pública en Colombia.

# Referencias

1. Guerrero R, Gallego AI, Becerril-Montekio V, Vásquez J. Sistema de salud de Colombia. *Salud Publica Mex.* 2011;53 Suppl 2:s144-55.
2. Agudelo-Calderón CA, Botero JC, Bolaños JO, Martínez RR. Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Cien Saude Colet.* 2011;16(6):2817-28.
3. Thomson K, Hillier-Brown F, Todd A, McNamara C, Huijts T, Bambra C. The effects of public health policies on health inequalities in high-income countries: an umbrella review. *BMC Public Health.* 2018;18(1):869.
4. Molina G, Montoya N, Rodríguez CM, Spurgeon P. Descentralización del sector salud en Colombia: análisis de 91 municipios. *Rev Fac Nac Salud Pública [Internet].* 2006; 24(1):48-6. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2006000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2006000100006&lng=en&nrm=iso)
5. Vecino-Ortiz A, Puerto-García S, Lucumí D, Becerra-Mosquera J. Policy analysis in the health sector in Colombia. En: Sanabria-Pulido P, Rubaii N, editores. *Policy analysis in Colombia.* Bristol: Britol University Press; 2020; p. 169-86.
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Estructura del gasto en salud pública en Colombia. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2018.
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Balance ejecución de recursos de salud pública. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2019.
8. Orozco-Gallo AJ. Un análisis del gasto público en salud de los entes territoriales colombianos. Cartagena: Banco de la República, Sucursal Cartagena; 2015.
9. Guerrero R, Prada SI, Chernichovsky D. La doble descentralización en el sector salud: evaluación y alternativas de política pública. Bogotá: Fedesarrollo; 2014.
10. Jaramillo-Pérez I. El futuro de la salud en Colombia: Ley 100 de 1993 cinco años después. Fourth ed. Bogotá: FESCOL, FRB, FES, Fundación Corona; 1999.
11. Carvajal R, Cabrera GA, Mateus JC. Efectos de la reforma en salud en las acciones de control de tuberculosis en el Valle del Cauca, Colombia. *Biomedica.* 2004;24 Suppl 1:138-48.
12. Arbeláez MP, Gaviria MB, Franco A, Restrepo R, Hincapié D, Blas E. Tuberculosis control and managed competition in Colombia. *Int J Health Plann Manage.* 2004;19 Suppl 1:S25-43.
13. Kalk A, Fleischer K. The decentralization of the health system in Colombia and Brazil and its impact on leprosy control. *Leprosy Review.* 2004;75(1):67-78.

14. Jiménez MM, Hinestroza Y, Gómez RD. Reformas sanitarias e impacto del control de malaria en dos áreas endémicas de Colombia, 1982-2004. *Colomb Med* [Internet]. 2007; (38):113-31. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-95342007000200004&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342007000200004&lng=en)
15. Ayala Cerna C, Kroeger A. La reforma del sector salud en Colombia y sus efectos en los programas de control de tuberculosis e inmunización. *Cad Saude Publica*. 2002;18(6):1771-81.
16. Sandoval-Vargas YG, Eslava-Schmalbach JH. Inequidades en mortalidad materna por departamentos en Colombia para los años (2000-2001), (2005-2006) y (2008-2009). *Rev Salud Publica*. 2013;15(4):529-41.
17. Observatorio Nacional de Salud. Instituto Nacional de Salud. Segundo Informe Observatorio Nacional de Salud. Mortalidad 1998-2011 y situación de salud en los municipios de frontera terrestre en Colombia. Bogotá: Instituto Nacional de Salud; 2013.
18. Kronstadt J, Bender K, Beitsch L. The impact of public health department accreditation: 10 years of lessons learned. *J Public Health Manag Pract*. 2018;24 Suppl 3:S1-s2.
19. Universidad Nacional de Colombia, Instituto Nacional de Salud, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2015. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social; 2017.
20. Ministerio de Salud y Protección Social. Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para la Salud. Conceptualización y Guía Metodológica. Colombia 2013. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2013.
21. Chauvin J, Shukla M, Rice J, Rispel L. A survey of the governance capacity of national public health associations to enhance population health. *BMC Public Health*. 2016;16:251.
22. Makuta I, O'Hare B. Quality of governance, public spending on health and health status in Sub Saharan Africa: a panel data regression analysis. *BMC Public Health*. 2015;15:932.
23. Meyer AM, Davis M, Mays GP. Defining organizational capacity for public health services and systems research. *J Public Health Manag Pract*. 2012;18(6):535-44.
24. Hanusaik N, O'Loughlin JL, Kishchuk N, Eyles J, Robinson K, Cameron R. Building the Backbone for Organisational Research in Public Health Systems: Development of measures of organisational capacity for chronic disease prevention. *J Epidemiol Community Health* [Internet]. 2007; 61(8):742-9. Disponible en: <http://jech.bmj.com/content/61/8/742>
25. Erwin PC, Mays GP, Riley WJ. Resources that may matter: the impact of local health department expenditures on health status. *Public Health Rep*. 2012;127(1):89-95.
26. Erwin PC, Greene SB, Mays GP, Ricketts TC, Davis MV. The association of changes in local health department resources with changes in state-level health outcomes. *Am J Public Health*. 2011;101(4):609-15.
27. Erwin PC. The performance of local health departments: a review of the literature. *J Public Health Manag Pract*. 2008;14(2):E9-18.
28. Ransom J, Schaff K, Kan L. Is there an association between local health department organizational and administrative factors and childhood immunization coverage rates? *J Health Hum Serv Adm*. 2012;34(4):418-55.
29. Schenck AP, Meyer AM, Kuo TM, Cilenti D. Building the evidence for decision-making: the relationship between local public health capacity and community mortality. *Am J Public Health*. 2015;105 Suppl 2:S211-6.
30. Roth-Deubel AN, Molina-Marín G. Rectoría y gobernanza en salud pública en el contexto del sistema de salud colombiano, 2012-2013. *Rev Salud Pública*. 2013;15(1):44-55.
31. Holmes JH, Lehman A, Hade E, Ferketich AK, Gehlert S, Rauscher GH, et al. Challenges for multilevel health disparities research in a transdisciplinary environment. *Am J Prev Med*. 2008;35(2):S182-S92.
32. Siegfried A, Heffernan M, Kennedy M, Meit M. Quality Improvement and performance management benefits of public health accreditation: National evaluation findings. *J Public Health Manag Pract*. 2018;24 Suppl 3:S3-s9.
33. Beitsch LM, Kronstadt J, Robin N, Leep C. Has voluntary public health accreditation impacted health department perceptions and activities in quality improvement and performance management? *J Public Health Manag Pract*. 2018;24 Suppl 3:S10-s8.
34. Ingram RC, Mays GP, Kussainov N. Changes in local public health system performance before and after attainment of national accreditation standards. *J Public Health Manag Pract*. 2018;24 Suppl 3:S25-s34.
35. Ye J, Verma P, Leep C, Kronstadt J. Public health employees' perception of workplace environment and job satisfaction: The role of local health departments' engagement in accreditation. *J Public Health Manag Pract*. 2018;24 Suppl 3:S72-s9.
36. Ministerio de Salud y Protección Social. Incidencia del Plan de Intervenciones Colectivas en la evolución financiera y en la operación de los hospitales públicos en Colombia. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2020.

37. Departamento Nacional de Planeación. Definición legal y funcional de los esquemas asociativos de entidades territoriales en Colombia Bogotá: Departamento Nacional de Planeación; 2013.
38. Mays GP, McHugh MC, Shim K, Perry N, Lenaway D, Halverson PK, et al. Institutional and economic determinants of public health system performance. *Am J Public Health*. 2006;96(3):523-31.
39. Cobos Muñoz D, Merino Amador P, Monzon Llamas L, Martinez Hernandez D, Santos Sancho JM. Decentralization of health systems in low and middle income countries: a systematic review. *Int J Public Health*. 2017;62(2):219-29.
40. Koplan JP, Puska P, Jousilahti P, Cahill K, Huttunen J. Improving the world's health through national public health institutes. *Bull World Health Organ*. 2005;83(2):154-7.
41. Koplan JP, Dusenbury C, Jousilahti P, Puska P. The role of national public health institutes in health infrastructure development. *BMJ*. 2007;335(7625):834-5.
42. Chen LW, Nguyen AT, Jacobson J, Palm D. Assessment of workforce capacity for Local Health Departments in Nebraska: a perspective from public health programmatic areas. *J Public Health Manag Pract*. 2012;18(6):595-601.
43. Molina-Marín G, Oquendo-Lozano T, Rodríguez-Garzón S, Montoya-Gómez N, Vesga-Gómez C, Lagos-Campos N, et al. Gestión del talento humano en salud pública. Un análisis en cinco ciudades colombianas, 2014. *Rev Gerenc Polít Salud [Internet]*. 2016; 15(30):108-25 pp. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps15-30.gtsp>
44. Newman SJ, Ye J, Leep CJ. Workforce turnover at local health departments: nature, characteristics, and implications. *Am J Prev Med*. 2014;47(5 Suppl 3):S337-43.



## Diego Lucumí Cuesta

Profesor asociado de la Escuela de Gobierno  
Universidad de los Andes

Desde su formación e interés en educación para la salud, por más de 15 años ha trabajado en intervenciones en salud pública, incluyendo políticas, planes, programas y proyectos a nivel nacional, territorial y comunitario.

Los comportamientos en salud y la educación para la salud son su área de desempeño y contribución en salud pública. Su trabajo está centrado en la comprensión e intervención de los factores sociales y del comportamiento que influyen en la salud de las personas, los grupos, las comunidades y la sociedad. En particular, su investigación se orienta al diseño, implementación y evaluación de intervenciones en salud pública, al igual que en el análisis de inequidades en salud.

Su principal campo de investigación está relacionado con la salud y enfermedad cardiovascular, esto incluye el estudio e intervención de factores de riesgo y protectores, las condiciones de vida y factores estructurales, incluyendo las políticas públicas. También ha trabajado en el estudio de factores sociales y del comportamiento relacionados con otras condiciones crónicas como la diabetes, el cáncer de próstata y de cuello uterino.

Otra de sus áreas de interés tiene que ver con el estudio de los desafíos que para la salud y la calidad de vida tienen la urbanización y los contextos urbanos, especialmente en ciudades intermedias, y el desarrollo de iniciativas para afrontar dichos desafíos. Su trabajo está basado principalmente en el uso de enfoques mixtos y participativos de investigación.

Diego es Ph.D. en Comportamientos en Salud y Educación para la Salud de la Universidad de Michigan, magíster en Salud Pública de la Universidad del Valle y médico de la Universidad El Bosque.