



La salud
es de todos

Minsalud

PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA PDSP 2022 - 2031

■ Ministerio de Salud y Protección Social
Abril de 2022



Ministerio de Salud y Protección Social

Fernando Ruíz. Ministro de Salud y Protección Social
German Escobar M. Viceministro de salud pública y prestación de servicios
María Andrea Godoy C. Viceministra de protección social
Claudia Milena Cuellar Segura (E). Director epidemiología y demografía

Equipo técnico Plan decenal de Salud Pública

María Teresa Buitrago E. Grupo técnico Plan Decenal de Salud Pública
Lía Marcela Guiza. Grupo técnico Plan Decenal de Salud Pública
Ana María Peñuela. Grupo técnico Plan Decenal de Salud Pública
Lady Alexandra Castillo V. Grupo técnico Plan Decenal de Salud Pública
Lyli Chindoy. Grupo técnico Plan Decenal de Salud Pública
Paola Andrea Filigrana V. Grupo técnico Plan Decenal de Salud Pública
José Israel Galindo B. Grupo técnico Plan Decenal de Salud Pública
Paula Andrea Grisales C. Grupo técnico Plan Decenal de Salud Pública
Giana María Henríquez M. Grupo técnico Plan Decenal de Salud Pública
Ángela Marcela Herrera S. Grupo técnico Plan Decenal de Salud Pública
Ibeth Cristina Manrique F. Grupo técnico Plan Decenal de Salud Pública
Patricia Eugenia Molano B. Grupo técnico Plan Decenal de Salud Pública
María Elena Mora G. Grupo técnico Plan Decenal de Salud Pública
Alexandra Porras R. Grupo técnico Plan Decenal de Salud Pública
Luz Stella Ríos M. Grupo técnico Plan Decenal de Salud Pública
Giannina Luz Torres P. Grupo técnico Plan Decenal de Salud Pública
Yuliana Andrea Valbuena B. Grupo técnico Plan Decenal de Salud Pública
Patricia Rozo Lesmes. Grupo técnico Plan Decenal de Salud Pública
Maritza Silva Vargas. Grupo técnico Plan Decenal de Salud Pública



Gerardo Duque Gutiérrez. Grupo técnico Plan Decenal de Salud Pública
Sergio Leonardo González. Grupo técnico Plan Decenal de Salud Pública
Carlos Eduardo Pinzón. Coordinador Planeación de la Salud Pública.

Borrador



Tabla de contenido

Introducción	5
Abordajes conceptuales y ordenadores del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 7	
Marco Estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031	75
Gestión Territorial Integral de la Salud Pública del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031	119

Borrador



Introducción

El Plan decenal de Salud Pública 2022-2031 es una política de estado que busca orientar el que hacer en salud Pública del país en los próximos 10 años.

Acoge las orientaciones de la ley estatutaria en salud en tanto propone avanzar en el derecho a la salud, además de otros referentes normativos, el direccionamiento estratégico del Ministerio de Salud y Protección social y recoge la experiencia y evidencia proporcionada a partir de la formulación e implementación del PDSP 2012-2021. En este contexto para su desarrollo se establecieron cuatro fases i) aprestamiento, ii) formulación, iii) implementación y iv) seguimiento, monitoreo y evaluación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021), atendiendo a los principios de la planificación participativa, la cual busca garantizar la representación de los intereses de los ciudadanos/as y la coordinación en doble vía (desde abajo hacia arriba y desde arriba hacia abajo) de los actores interesados en la gestión de la salud pública del país.

Específicamente el documento que se presenta hoy a la consulta ciudadana, resume los resultados de la formulación participativa en su etapa de definición técnica, relacionada con los elementos del marco estratégico del Plan Decenal de Salud Pública. Proceso que contó con participación de organizaciones de la sociedad civil, agentes del sistema de salud y representantes de otras instituciones de gobierno de los 1.122 municipios del país, agrupados en 169 zonales, 32 encuentros departamentales y uno distrital, ocho regionales y las mesas de acuerdos nacionales. Además de espacios de información, deliberación, consensos y disensos liderados por el gestor del plan y el comité técnico compuesto por representantes de las diferentes dependencias del Ministerio y por asesores del sector académico, sectorial y territorial; además de mesas de trabajo intersectoriales.



El documento presenta un contexto general de la planeación estratégica, los elementos del marco estratégico que incluyen: visión, fines, valores, ejes estratégicos con sus alcances definiciones y elementos constitutivos, al igual que los elementos operativos del plan. Este documento es el insumo técnico que apalanca el proceso de consulta que se desarrollará entre el 6 y el 20 de abril de 2022.

Paralelo a este proceso de consulta ciudadana, se definirán de manera participativa las metas correspondientes a los fines y lo ejes estratégicos del plan, las cuales estarán incluidas en la versión definitiva que incorpore los resultados de esta consulta, la cual estará disponible para consulta ciudadana con el acto administrativo previsto para la implementación del plan, a través de la página web del ministerio de Salud y protección social a finales del mes de mayo y principios del mes de junio.



Abordajes conceptuales y ordenadores del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031

La salud pública es un campo de acción estatal y social de gran relevancia para la garantía del derecho a la salud y por lo tanto sus actuaciones sectoriales¹ y conjuntas con otros actores y sectores deben dar cuenta de lo exigible en el marco de derechos bajo el reconocimiento de su interdependencia e indivisibilidad. En este sentido se reconoce que el más alto nivel de salud posible es la base del goce efectivo de otros derechos y a su vez, los logros en salud dependen de la garantía de múltiples obligaciones establecidas en los contenidos de derechos y ratificados en Colombia, lo que hace que sean parte de su bloque de constitucionalidad.

El capítulo que se presenta se organiza en tres grandes apartes, el primero relacionado con la comprensión de los derechos, sus diferenciales y el abordaje integrado de los sujetos de derecho tanto individuales como colectivos. Se inicia con los sujetos para enfatizar que son el centro, la razón de ser que sustenta la acción en salud pública y por tanto quienes estructuran el sentido de lo que el país debe concretar en los próximos diez años, a través del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2022 – 2031.

El segundo, incluye los abordajes y modelos que guían el modo de proteger y mejorar la salud de los habitantes de Colombia con alcances que trascienden lo sectorial y enfatizan la comprensión territorial. El capítulo se construyó con base en aportes, revisiones y trabajo conjunto de diferentes actores y definiciones documentales y normativas internacionales y nacionales. Propone una síntesis que orienta lo definido en el PDSP y constituye la base de transformaciones institucionales y sociales que privilegian la salud, el bienestar y la calidad de vida de personas, familias, comunidades y colectivos reconociendo lo que significan los

¹ Se refiere al sector administrativo de salud y protección social



sujetos de derecho, su diversidad en el marco de la salud pública; los compromisos relacionados con su reconocimiento, y las alternativas para comprender y orientar la acción que se incluye en el PDSP 2022-2031.

El tercero se refiere a los ordenadores que establecen el contenido y alcance de la salud pública como base de la organización estratégica y operativa del PDSP 2022 – 2031.

Para efectos del capítulo se reconoce que no hay únicas ni exhaustivas aproximaciones a ninguno de los aspectos que se recogen, sin embargo, se considera pertinente que la acción en salud pública y en particular el PDSP 2022-2031 se sustente en apuestas explícitas, que permitan la protección de los derechos en interdependencia, particularmente del derecho a la salud y al ambiente sano, con aportes concretos para su garantía. Asimismo, apunta a materializar la garantía de los derechos individuales y colectivos con perspectiva sectorial, intersectorial y ciudadana; a fin de avanzar en la superación de las desigualdades en salud por medio de un abordaje integral e interseccional de sus determinantes.

Lo anterior, supone la organización de respuestas sociales de diversos órdenes que de forma organizada, inmediata (tiempo presente) y progresiva (acumulados a diez años), sinérgica y armónica; aborden con efectividad no solo las obligaciones establecidas en el marco de derechos, sino además las necesidades y expectativas de los sujetos en contextos sociales dinámicos y dialécticos, que en interacción constituyen las circunstancias de vida, autonomía y desarrollo humano de los habitantes en Colombia.

Abordaje de los sujetos de derecho en la salud pública: derechos, diversidad e interseccionalidad

1. Perspectiva de derechos humanos y equidad



Colombia es un Estado Social de Derecho y por ende es uno de los países que reconoce y ha incorporado en su bloque de constitucionalidad² múltiples instrumentos internacionales relacionados con los Derechos Humanos y el Derecho Internacional Humanitario; no solo como decisión jurídica, sino como un compromiso real de trabajar por su garantía, protección y goce efectivo, no solo para y con sus ciudadanos, sino con aquellos que en razón de la movilidad humana y ejerciendo el derecho a la libre circulación habitan el territorio nacional.

Los derechos humanos son inherentes a la naturaleza humana, inalienables, universales, inviolables, iguales para todos/as y sin los cuales no es posible vivir como seres humanos, con las mismas libertades respetando los derechos de los/las demás. (MSPS,2021)

Son múltiples los instrumentos internacionales cuyo objeto es la protección de los derechos humanos. Al ratificarlos, sus enunciados se convierten en materia vinculante para el Estado colombiano, y se constituyen en el sustrato primario de cualquier producción de políticas públicas y de planes como el PDSP 2022-2031. Por lo tanto, la perspectiva de derechos fundamenta la acción en salud pública al centrarse en el reconocimiento de los sujetos titulares de derechos, así como en la garantía de la promoción, respeto y protección de dicha titularidad y contenidos (obligaciones) en cabeza del Estado.

En este marco, no solo el logro del derecho a la salud, sino de los demás derechos en interdependencia deben ser analizados e incorporados en el desarrollo del PDSP 2022-2031 con el objeto de acometer sus fines. En ese sentido, de un lado, en relación con los derechos políticos y civiles, se asume lo que señala la Consejería Presidencial para los Derechos Humanos y Asuntos Internacionales en Colombia (2018), en términos de dignidad humana, integridad, autonomía y libertades

² Establecido en el artículo 93 de la Constitución Política, de acuerdo con el cual los tratados y convenios internacionales ratificados por Colombia, que reconocen los DDHH y prohíben su limitación en los estados de excepción, prevalecen sobre el orden interno y además que los derechos y deberes consagrados en la Constitución deben ser interpretados de conformidad con estos instrumentos internacionales.



fundamentales.³ De otro, con respecto a los Derechos Económicos Sociales Culturales y Ambientales DESCAs, la misma Consejería plantea que se refieren a las condiciones materiales, bienes públicos y servicios necesarios para materializar la idea de una vida digna, y sus relaciones con las desigualdades e inequidades presentes en la sociedad.⁴

A lo anterior y dadas las específicas situaciones que se viven cotidianamente en Colombia se une lo relativo al Derecho internacional humanitario (DIH) y conflicto armado, desde donde se busca limitar su impacto, tanto en las personas y grupos que participan directamente, como en quienes no están involucrados de forma directa, pero son afectados de distintas formas. En este mismo espacio, es necesario reconocer que tanto los conflictos armados como otras situaciones que vulneran sistemáticamente la garantía de los derechos humanos, derivan en circunstancias vitales tanto internas como de origen externo, que comprometen las condiciones y situaciones relativas al goce del derecho a la salud, como lo es la migración internacional desde países vecinos.

En el marco de los derechos humanos que hacen parte del bloque de constitucionalidad colombiano, se resalta que todas las autoridades sin excepción, y de acuerdo con sus competencias, asumen roles de garantes estatales y por ende, están obligados a salvaguardar los derechos humanos en términos de protección,

³ “Al hablar de derechos civiles podemos abordar la protección de la dignidad humana, la integridad física, sexual, psicológica y moral de la persona; la protección de las libertades fundamentales y la autonomía de las personas para decidir sobre su propia vida sin la interferencia del Estado o de algún otro poder social. Por su parte, los derechos políticos, están relacionados con las garantías para el ejercicio de la participación en los espacios de toma de decisión y en el ciclo de la gestión pública”.

⁴ “Son el grupo que hace referencia a las condiciones materiales, bienes públicos y servicios necesarios para materializar la idea de una vida digna. El goce efectivo de los DESCAs “[...] permite cerrar las brechas de desigualdad e inequidades presentes en las distintas sociedades entre personas, grupos y sectores [y] hacen posible además la efectiva participación y el disfrute de la vida social, económica, política y cultural; resultan esenciales para el ejercicio pleno de la ciudadanía y el fortalecimiento de la democracia”. Debido a lo anterior, a partir de la Estrategia Nacional de Derechos Humanos se puede mencionar que dentro de los DESCAs se encuentran contenidos : i) Derecho a la salud; ii) a la familia; iii) a la alimentación adecuada; iv) a la educación; v) derechos del trabajador; vi) derecho a la huelga y libertad en la elección de empleo; vii) a la seguridad y protección social; viii) a la vivienda; ix) derecho al agua; x) desarrollo económico; xi) derechos sexuales y reproductivos; xii) Derechos culturales; xiii) derechos colectivos y ambientales, entre otros”.



respeto, promoción, y en caso de vulneraciones e impactos desproporcionados, reparación y no repetición. De ahí que el PDSP 2022-2031 acoge los postulados de universalidad, indivisibilidad, interdependencia, igualdad y no discriminación, progresividad y no regresividad, dignidad humana e integridad que configuran los derechos humanos. A continuación, se presenta el alcance de cada uno, como estructurantes de la salud pública con perspectiva de derechos.

La universalidad reconoce que todos los seres humanos tienen los mismos derechos sustentados en su condición de ser humanos, independientemente de sus particularidades, y en marcos jurídicos estructurados y reconocidos. En este sentido, son inalienables, por lo que suprimirlos obedece a situaciones de excepción y de acuerdo con procedimientos concretos; son indivisibles e interdependientes, lo que significa que un conjunto de derechos no puede disfrutarse plenamente sin los otros. (OHCHR, 2022) La interdependencia establece relaciones recíprocas e incidentes⁵ que son de especial relevancia en salud.

La indivisibilidad entiende los derechos integrados e integralmente equiparables en su garantía, por tanto, no se pueden aislar ni seleccionar unos y postergar otros dado que sus realizaciones particulares se alcanzan en tanto se garantizan otras, relativas a otros derechos. La perspectiva de derechos asume que todos aquellos que confluyen en una vida digna, deben ser incorporados, analizados y garantizados de manera conjunta.

⁵ “señala la medida en que el disfrute de un derecho en particular o un grupo de derechos dependen para su existencia de la realización de otro derecho o de otro grupo de derechos. La interdependencia comprende, por lo menos, un par de relaciones donde: a) un derecho depende de otro(s) derecho(s) para existir, y b) dos derechos (o grupos de derechos) son mutuamente dependientes para su realización. En este sentido, el respeto, garantía, protección y promoción de un derecho tendrá impacto en los otros y/o viceversa. De tal forma, la protección del derecho a la salud no puede quedar al margen de una revisión de otros derechos condicionantes como la alimentación y el acceso al agua. Otro ejemplo, los derechos políticos (a votar, ser votada o votado, dirigir los asuntos públicos y participar en la función pública) no deben mirarse de manera independiente de los derechos a la libertad de asociación, libertad de expresión y a la igualdad y no discriminación” (Vásquez & Serrano, 2013,152-153).



Con respecto a la igualdad se establece en la Declaración Universal de Derechos Humanos que “todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos”; y se relaciona de forma directa con la ausencia de discriminación.⁶ Los derechos humanos y su protección, llevan implícito el reconocimiento de la diversidad derivada de múltiples y específicos diferenciales, y por ende la obligación de contar con medidas que los identifiquen, reconozcan y respondan con equidad.

En relación con la igualdad sustancial se hace referencia a la equidad; siendo necesario relevar el sentido de justicia que subyace y relacionado con un trato igual para todos/as, desde el reconocimiento de las diferencias singulares y colectivas. La equidad se piensa desde la justicia lo que implica no solo valoraciones que cambian según las sociedades, sino también apuestas distributivas de recursos, bienes y servicios. Estas incidencias implican que se debe mantener la igualdad sustancial para quienes ya la tienen, y trabajar para la superación de las desigualdades existentes; cuidando además que las medidas tomadas no agreguen otras o agraven las existentes.

Los resultados del incumplimiento en la garantía del goce de los derechos, establecen distintas situaciones de vulneración, muchas veces permanentes, y que agregan vulnerabilidad⁷ a los sujetos de derecho, en diferentes circunstancias y ámbitos de su vida individual e interdependiente.

La progresividad y no regresividad, parte de reconocer que, en los instrumentos internacionales de derechos humanos, se incluyen contenidos mínimos vinculantes, con obligaciones de orden general y específico; inmediatas y progresivas. Así, hay aspectos que se deben garantizar sin dilaciones y otros que asumen una progresión

⁶ Implica una participación igualitaria en cualquier área de la vida civil, cultural, política, económica y social y la prohibición de la discriminación como se expresa en el artículo 13 de la Constitución Política.⁶

⁷ “la vulnerabilidad es una situación de desventaja en el ejercicio pleno de los derechos y libertades. Los hechos ponen en evidencia que la vulnerabilidad distancia del ejercicio de los derechos a las personas más débiles de la sociedad, las estigmatiza y las margina, por lo que el Estado y corresponsablemente los particulares, tienen la obligación de protegerlas dado que, en tales condiciones, desconocen sus derechos y las formas para hacerlos valer”. (MSPS;2021, p.17)



sustentada en un acumulado de medidas de garantía que busquen explícitamente ganancias permanentes en el ejercicio y goce efectivo de los derechos.

Implica gradualidad en la que siempre se avanza con la expresa prohibición de retroceder sobre lo ya logrado. Entiende además que hay contenidos de los derechos humanos, que para obtener su materialización requieren esfuerzos reales y materiales por parte de los Estados para generar medidas efectivas, no solo desde sus obligaciones generales, sino y en relación con los sujetos de especial protección; en lo que se identifican llamados a implementar acciones preferenciales y diferenciales, según lo que se requiera. Los énfasis están en los sujetos de derecho, sus relaciones, sus contextos y sus referentes personales, familiares y sociales.

La dignidad es una cualidad esencial del ser humano, atributo universal común que permite valorarse y ser valorado, como sujeto individual y social, siendo el fundamento de los derechos. La dignidad humana constituye el valor de los seres humanos como fines en sí mismos, merecedores de consideración y respeto, como algo intrínseco, inalienable e independiente de acciones y vida moral. (MSPS, 2021) Los derechos en su conjunto confluyen para dignificar la vida humana. Por su parte la integridad, se entiende como un conjunto de condiciones físicas, psíquicas y morales que le permiten al ser humano su existencia, sin sufrir ningún tipo de menoscabo en cualquiera de esas tres dimensiones. (Afanador, 2002)

2. Enfoque diferencial de derechos

Como se expresó en el marco de los derechos humanos, sus características estructurantes y en particular, la igualdad y no discriminación, se constituye en un elemento central de las maneras en las que la vida digna se debe materializar. Esto significa para la salud pública que las aspiraciones derivadas del contrato social basado en derechos, relativas al logro del más alto nivel de salud posible, se debe



dar sin discriminaciones por ninguna razón y con acciones afirmativas que prevengan, superen, corrijan y reparen cualquier condición o situación en las que se generen desigualdades y brechas de equidad.

En consecuencia, la protección real y material de los derechos humanos debe partir en términos del reconocimiento de la múltiple discriminación presente y socio históricamente construida, acumulada y agravada en personas, familias, comunidades y colectivos y que se materializa bajo la figura de los sujetos de especial protección constitucional.

Así, *“el enfoque diferencial de derechos es un aporte del derecho internacional de los derechos humanos a la implementación de políticas públicas, promoviendo que el centro de la intervención social esté dado por las características del sujeto social y el contexto geográfico y sociocultural donde desarrolla su cotidianidad.”* (MSPS, 2021, p. 12) También considera *“el alcance de los conceptos de identidad, diversidad, diferencia, interculturalidad y derechos humanos precisando que son producto de diversas dinámicas sociales y culturales en las que históricamente adquieren significado hasta constituirse en elementos centrales para el reconocimiento de la diferencia y búsqueda del bienestar, la igualdad y la equidad”*. (MSPS, 2021, 12)

De ahí que, el enfoque diferencial se concibe no solo frente a la protección de los sujetos, sino en la intervención de condiciones y situaciones generadoras de vulneraciones y dinámicas de vulnerabilidad en individuos y colectivos que estructuran discriminación, segregación y exclusión. Además reconoce la diversidad derivada de múltiples condiciones humanas y situaciones vitales como un componente imprescindible de la materialización de los derechos humanos que *“reconoce la existencia de una estructura social diversa, multiétnica y pluricultural, donde conviven personas y grupos de personas que presentan situaciones, condiciones y características particulares y con necesidades de protección diferenciales, las cuales, están esencialmente a cargo del Estado y de la sociedad*



en su conjunto". (MSPS, 2021, p. 19). Asumir los diferenciales que acompañan la vida y la condición humana, está directamente relacionado con el goce efectivo de los derechos humanos de acuerdo con esta diversidad.

De esta forma, los derechos humanos tienen una condición de universalidad, y de diversidad en tanto establecen condiciones y situaciones que deben ser atendidas, en relación con sujetos de especial protección. Esto significa que, lo diferencial siempre está presente y no se trata solo de "focalizar en grupos vulnerables", sino que la garantía de los derechos debe contemplar acciones generales, y acciones específicas, relacionadas con los derechos en sí mismos y con la especial protección. El reconocimiento de características particulares implica que la igualdad y la equidad se sustenta en medidas diferenciales (afirmativas) enmarcadas en las obligaciones de garantía, protección, promoción y respeto de los derechos humanos. Esta diferenciación en la práctica incluye el reconocimiento de dinámicas sociales, históricas, económicas, culturales que inciden en el ejercicio pleno de los derechos fundamentales.

Las relaciones entre la universalidad, la igualdad y la no discriminación son esenciales al abordar los caminos de la salud pública; ya que se debe traer de cada una de ellas lo necesario para no perderse en la búsqueda del más alto nivel de salud posible. La materialización de los derechos debe diferenciar y no invisibilizar particularidades y contextos, por usos homogéneos de la acción pública. Lo anterior exige que el ejercicio y goce efectivo de los derechos se haga bajo un análisis de la relación sujetos-garantes-contenidos de derecho en contexto; lo que significa que el centro y la razón de ser de las medidas estatales y sociales se ubica en los sujetos titulares, sus derechos y sus necesidades resignificados desde las realidades en que sus vidas se desenvuelven. El enfoque diferencial hace visible la diversidad y ordena la adecuada protección de los derechos.

3. Diversidad e interseccionalidad



Del enfoque diferencial de derechos surge entonces, el reconocimiento de que la igualdad no puede ser vista como homogeneidad simplificadora de la comprensión de asuntos complejos, del reconocimiento de lo distinto y de la acción diferenciada; sino que supone la relevancia de lo diverso, de lo distinto, de lo que, en relación con otros, es otro. Por esta razón; en este apartado, no se presentan los siguientes diferenciales como subcategorías de lo diferencial; sino como perspectivas constitutivas de la diversidad, connatural a la vida y los seres humanos, sus relaciones sociales, sus espacios vitales y su convivencia en el planeta.

Partiendo de esta premisa, se entiende entonces que, para la connotación universal de la salud pública toda la población que habita el territorio colombiano es diversa; ya sea porque se encuentra en algún momento vital, porque tiene unas características biológicas específicas, pero distintas con otros, porque ha construido en su vida y entornos roles diversos, o porque sus circunstancias y sus trayectorias individuales y colectivas generen situaciones propias y condiciones de vida particulares compartidas en contextos a su vez dinámicos. Esto lleva a reconocer la diversidad como un estructural de la condición humana y por ende siempre presente tanto en lo singular, como en lo colectivo y lo contextual.

Asumir esta propuesta, implica dejar de visualizar la diferencia solo en algunos grupos que pueden ser extraídos del total, y abordados de manera específica y focalizada. También permite plantear que los matices de la diversidad y sus acumulados pueden de entrada no generar necesariamente condiciones y/o situaciones que ameriten una atención particular; pero sus dinámicas e interacciones sociales, pueden durante el trascurso de la vida, establecer indeseables que configuran desigualdades, discriminación, segregación exclusión y rezagos que generan vulneración de derechos y condiciones de vulnerabilidad. Procesos sociohistóricos de este orden, son los que estructuran reconocimientos particulares de especial protección, que buscan visibilizar los sujetos, los contextos y las circunstancias que requieren apuestas afirmativas para superar esos



indeseables, que no tendrían porque, afectar permanente y significativamente la vida de personas y grupos humanos.

Lo planteado tiene dos implicaciones: el reconocimiento general de lo diverso como constitutivo de la condición humana y el abordaje de respuestas afirmativas e integrales frente a la vulneración sistemática de la dignidad, igualdad e integridad humanas como consecuencia de la no aceptación, discriminación y exclusión de las diversidades.

La diversidad devenida del “enfoque diferencial” pero entendida ampliamente exige del PDSP 2022-2031 su reconocimiento plural, sistémico, dinámico, y connatural a la vida humana. Esto implica que los sujetos de derecho y diversos, no existen en abstracto, sino que presentan permanentes dialécticas entre características particulares compartidas con otros y singularidades que deben ser reconocidas e incorporadas en la construcción colectiva del más alto nivel de salud posible desde contextos heterogéneos y que exigen de la acción en salud pública, adecuaciones significativas de las intervenciones generales y los usos particulares de activos sociales distintos, que deben ser reconocidos, protegidos y respetados en el marco de los derechos humanos.

La totalidad de los habitantes de Colombia se sitúan en contextos territoriales donde se tejen relaciones intersubjetivas que configuran formas particulares de apropiación territorial y construcción de identidades. Así, existen territorios sin pobladores humanos, pero no existen poblaciones humanas sin territorios, sin temporalidades y espacios que se determinan entre sí.⁸ Estas dinámicas territoriales establecen sentidos compartidos, pero también distintos que alimentan la diversidad creciente, que define una sociedad. En este escenario confluyen organizaciones y presencias institucionales que de igual modo inciden en la permanente construcción

⁸ Base de las relaciones población-territorio



de aspiraciones comunes o propias, de reconocimientos y referentes que dan sustento tanto a la identidad como a la diferencia.

El Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 incorpora para sí categorías de la diversidad que orientarán el abordaje de los sujetos de derecho y la cualificación de sus acciones. Se asumen como estructurales de lo humano, el curso de vida y la perspectiva de género, en tanto son connaturales a la totalidad de los habitantes a quienes se dirige. En este mismo sentido y para los pueblos y comunidades étnicas, se releva la etnicidad sustentada en su identidad milenaria y cosmovisiones, que incluso resignifican tanto el curso de vida como el género. Ellos (pueblos y comunidades) son los dinamizadores de sus culturas y tienen reconocimientos específicos de derechos colectivos que no se comparten con otros grupos de la sociedad. Adicionalmente, se incluyen diferenciales relacionados con la discapacidad (capacidades diferenciales), migración, conflicto armado, entre otros.

3.1. Curso de vida ⁹

El curso de vida ha orientado la política sectorial en los últimos años como uno de los elementos centrales del reconocimiento de los sujetos tanto en lo individual (personas) como en lo colectivo (familias y comunidades). El enfoque de curso de vida surge como una propuesta interdisciplinaria desde los años sesenta, orientado al análisis de las múltiples influencias históricas, sociales, económicas, demográficas y culturales que determinan la vida individual y colectiva. Deriva de la apuesta por el desarrollo humano y el reconocimiento de los derechos humanos, en tanto, reconoce la importancia de la trayectoria vital en la configuración de estados de salud que implican o no la ampliación de libertades y logros en términos de capacidades, bajo la idea fundante de la dignidad humana.

⁹ MSPS, 2021. Documento de postura institucional sobre curso de vida y salud pública. Documento de trabajo para la formulación del PDSP 2022-2031. No publicado



En este sentido el desarrollo humano se entiende como un conjunto de procesos que transcurren a lo largo de toda la existencia, desde el nacimiento hasta el final de la vida. Es un proceso continuo, multi determinado, multidireccional y multidimensional, caracterizado por permanentes avances y retrocesos en todas las etapas de la vida, en que participan, interactúan y se interrelacionan las esferas del sujeto, se entrelazan sus trayectorias, y se potencian las capacidades de los seres humanos para cambiar y adaptarse permanentemente a la realidad según su contexto. Para expandir las oportunidades, se hace necesario desarrollar capacidades, entendidas como opciones de elegir libremente, la forma de vida que se quiere vivir, orientada a vivirla en condiciones dignas, perdurables y saludables.

De este modo, se considera que el desarrollo humano y los resultados en salud a lo largo del curso de vida dependen de la interacción de diferentes determinantes, en consideración de efectos acumulativos y situaciones presentes que viven los sujetos en un contexto y lugar, en un momento histórico y con unas condiciones particulares, matizadas por las capacidades que tienen las personas, familias y comunidades para decidir las formas de vida y para responder a los retos diversos o sucesos que les acontecen en el cotidiano vivir.

El curso de vida se estructura a partir de varios conceptos, principios y alcances que se relacionados con el conjunto de trayectorias que tiene un sujeto y su familia de acuerdo con los roles que desarrolla a lo largo de la vida, las transiciones y momentos significativos; por las expectativas sociales referentes a la edad, por condiciones históricas y culturales específicas, así como por acontecimientos individuales únicos; integra una mirada longitudinal sobre la vida y sus transformaciones a lo largo del curso vital. Trasciende un enfoque evolutivo (etapas) hacia un enfoque interrelacional, donde las interacciones marcan las diferencias, los proyectos de vida y logros en términos de realización humana, disfrute de derechos y despliegue de capacidades- libertades, procesos biológicos, comportamentales y psicosociales que operan a través del curso de vida de un sujeto, o a través de generaciones para producir condiciones y/o situaciones que



pueden abordarse con acciones anticipatorias como oportunidades para la acción en salud pública.

Considera el análisis de la temporalidad como esencial, así como la trama de relaciones en las que el sujeto se configura; reconoce desde el principio de las vidas interconectadas, trayectorias vitales vinculadas de personas, familias y comunidades con incidencia intergeneracional. Se interesa por la manera en que un sujeto cambia a lo largo de la vida, por la comprensión del cambio como un fenómeno intrínsecamente vinculado a un entorno también en transformación; y reconoce los recursos y capacidad propia de los sujetos para reflexionar acerca de su propia existencia, de las relaciones y el contexto social al que pertenece.

Todo lo anterior fundamenta el curso de vida en términos de desarrollo a lo largo de la vida, tiempo y lugar, timing, vidas interconectadas, libre albedrío o agencia; y como elementos se reconocen: trayectoria, transición, sucesos vitales, ventana de oportunidad, efectos acumulativos.

Incorporar el curso de vida como un estructural del abordaje de los sujetos, implica algunas consideraciones claves para las decisiones estratégicas en el PDSP 2022-2031.

- Se reconocen los períodos sensibles o críticos del proceso del desarrollo y de la vida, donde hay mayor susceptibilidad a las influencias que tienen un impacto a lo largo de la vida. El acompañamiento en el proceso de desarrollo, el cuidado de la vida y mantenimiento de la salud son vitales durante toda la trayectoria vital y en especial en estos momentos de alta susceptibilidad.
- Reconocimiento de los diferenciales en los perfiles de salud y enfermedad, atendiendo a la interdependencia generacional y al principio de vidas interconectadas, donde la afectación o incidencia en la vida o salud de un individuo, toca inevitablemente la dinámica de sus relaciones y sus legados generacionales, o en sus redes próximas.



- La acumulación a lo largo de la experiencia y trayectoria vital de condiciones y situaciones relacionadas con exposiciones y afectaciones que inciden en la dinámica de las relaciones, la interacción del sujeto y su capacidad adaptativa a los retos de la vida cotidiana y del proceso de desarrollo.

En coherencia con lo anterior, de acuerdo con el enfoque de curso de vida, al analizar los momentos vitales, se trasciende la idea de la edad como único criterio explicativo para identificar procesos de salud – enfermedad y desarrollo. La edad, debe ser considerada como un valor social más que cronológico, ya que se constituye en una construcción social e histórica al interactuar con los roles sociales, marcando trayectorias y cursos de vida diferentes para los sujetos, de acuerdo con la cultura, la historia y el contexto social, político y económico de cada persona.

El curso de vida, entendido en su relación con los derechos humanos, propende por acciones oportunas para afectar positivamente la salud y las trayectorias de los sujetos, centradas en las personas y colectivos (familias, comunidades, sociedad). En reconocimiento de la interacción entre capacidades, situaciones y condiciones; da un lugar relevante a la visibilización de las desigualdades sociales y define acciones para mejorar condiciones desde esta perspectiva, reconociendo el impacto que esto tiene para favorecer el desarrollo de los sujetos y la ruptura de círculos negativos relacionados con la equidad.

3.2. Perspectiva de género

Partir del género como una construcción social de patrones culturales relacionados con lo masculino y femenino implica comprender que en las personas más allá de las diferencias biológicas, existen otras identidades de género y de orientación sexual, tales como: persona Heterosexual, Homosexual, Lesbiana (L), Bisexual (B), Gay (G), Transgenerista (T), Intersexual (I) con efectos en sus procesos de salud y enfermedad y en la producción de desigualdades en salud relacionadas con estas



diferencias. De ahí la importancia de reconocer sus capacidades, necesidades y derechos (MSPS,2021)

La construcción social de roles, identidades, culturas, relaciones, que significan lo femenino, lo masculino y su neutralidad (género no binario); establecen modos de vida, de experiencia, de reproducción, de sexualidad, de interacción social, de acumulados y trayectorias, individuales, familiares, comunitarios, sociales. El género se relaciona con lo biológico, pero lo trasciende y lo modifica. Implica el fortalecimiento de la autonomía, empoderamiento, toma de decisiones, y participación orientada a la igualdad de género; además de la protección basada en acciones afirmativas que prevengan, atiendan y superen las discriminaciones, exclusiones, y violencias en los ámbitos de vida de los sujetos de acuerdo con su identidad de género.

La perspectiva de género se orienta al reconocimiento de las desigualdades derivadas del predominio de lo masculino (aunque no únicamente) y de los efectos que produce en la vida de los sujetos de derecho, de acuerdo con sus identidades, roles y orientaciones sexuales. Los marcos normativos, institucionales y sociales establecen condiciones que, vinculadas al poder, a la ideología, a los contextos políticos, espaciales, temporales, legitiman y consolidan estereotipos, formas de discriminación y violencias basadas en género; que deben ser puestos en escena, para avanzar en ejercicios igualitarios, que consideren las diferencias, reconozcan la diversidad derivada de la perspectiva de género y reconfiguren una visibilización, una participación en igualdad de condiciones de la vida social, basadas en el respeto por la opción y la autonomía.

En relación con la perspectiva de género se debe resaltar lo correspondiente a la sexualidad humana y la garantía de los derechos sexuales y reproductivos, los cuales responden a la reivindicación y reconocimiento de que todas las personas son dueñas de su cuerpo y sexualidad, y que se puede decidir sobre la vida sexual



y reproductiva sin presiones, ni coerciones.¹⁰ El ejercicio igualitario de estos derechos se relaciona con la integridad, la dignidad humana, y las responsabilidades compartidas. Los derechos sexuales son independientes de los reproductivos, y suponen decisiones con incidencia en la vida relacional de las personas, de las familias y de los colectivos.

De acuerdo con la OMS, la sexualidad es “un aspecto central del ser humano que está presente a lo largo de su vida. Abarca el sexo, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Se siente y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones. Si bien la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se experimentan o expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales”. (p3)

En consecuencia, la perspectiva de género establece consideraciones específicas para la salud pública, lo que significa que los derechos, responsabilidades y oportunidades en salud, no dependen del hecho de haber nacido mujer u hombre, sino de la diversidad que surge de la construcción social identitaria; y el ejercicio de derechos con base en la no discriminación.

3.3. Etnicidad

Deriva del respeto a la diversidad étnica y cultural y se relaciona con el conocimiento y reconocimiento de las identidades diferenciadas, individuales y colectivas, las cosmovisiones, usos, costumbres y tradiciones de las comunidades y grupos étnicos, propendiendo por la adopción de acciones afirmativas de acuerdo con los

¹⁰ MSPS, 2022. Sexualidad y derechos. [Páginas - Sexualidad y derechos \(minsalud.gov.co\)](https://www.minsalud.gov.co) Página web.



derechos colectivos y sus necesidades de inclusión social, cultural, política, económica y de desarrollo humano. (MSPS,2021)

La etnicidad se entiende como las prácticas culturales y perspectivas que distinguen a una comunidad dada de personas. Los miembros de los grupos étnicos se ven a sí mismos como culturalmente diferentes de otros agrupamientos en una sociedad, y son percibidos por los demás de igual manera. (CEPAL, 2000) La marginalidad evidenciada en los grupos étnicos tiene su origen en factores socioculturales y económicos de larga data histórica donde la discriminación étnico-racial juega un papel central como fuente de exclusión para dichas poblaciones. (CEPAL, 2000)

El abordaje étnico se basa en las dinámicas propias de los pueblos y comunidades, sus posibilidades y potenciales de autodesarrollo, y sus cosmovisiones que dan sustento a lógicas y conocimientos diversos, visibles en fenómeno social y cultural identitarios y colectivos. Esto significa comprender las identidades étnicas y las diferencias culturales como algo que debe ser valorizado a la luz del reconocimiento del carácter multiétnico y pluricultural de las sociedades, abandonando así el paradigma negador y homogeneizador predominante.

Las relaciones entre culturas permiten reconocer la diversidad y la diferencia cultural, a la vez que incluir en las estructuras sociales a grupos de condiciones diferentes. La interacción entre culturas configura la interculturalidad, que va más allá de un simple contacto, expresando variados intercambios, establecidos en términos equitativos, en condiciones de igualdad. La interacción va generando una modificación de las estructuras sociales disminuyendo los conflictos entre sí, pero demandando mejores respuestas de los gobiernos en torno de sus necesidades diferentes, pero comunes. La interculturalidad toma vigencia al posibilitar la interacción social entre las culturas, mediante relaciones de respeto y valoración, en condiciones de equidad e igualdad, fundamentadas en el intercambio de saberes, conocimientos y prácticas, y en el reconocimiento del otro como diferente, mas no inferior. (MSPS,2021)



El PDPS 2022-2031 reconoce los derechos propios y colectivos de los grupos étnicos reconocidos en Colombia y define, por lo tanto, a partir de procesos de construcción y definición con cada uno de ellos, el alcance de la acción en salud pública en marcos de protección y respeto de lo propio; y en la promoción de potencialidades interculturales derivadas de las interacciones inevitables entre las cosmovisiones étnicas y las diversidades culturales de los demás grupos poblacionales.

3.4. Otros diferenciales

El abordaje diferencial desde los derechos humanos y la protección ciudadana en un Estado Social de Derecho incorpora otros reconocimientos relativos a condiciones y situaciones que generan discriminación, exclusión y desigualdades. Se empieza por las personas con discapacidad¹¹ quienes pueden enfrentar impedimentos en igualdad de condiciones, dadas barreras en sus entornos, que limitan su participación plena y efectiva en la sociedad. Su reconocimiento como sujetos de especial protección busca proteger el goce efectivo de sus derechos y el respeto por su dignidad inherente, sin discriminación alguna y con autonomía. Para esto Colombia cuenta con un acervo normativo que es referente para las medidas a adoptar en salud pública, basadas en una inclusión efectiva.

Como situaciones especiales de Colombia se identifican las víctimas del conflicto armado y los migrantes internacionales. Ambos se relacionan con el conjunto de derechos humanos y con lo establecido en el derecho internacional humanitario. Tanto los hechos victimizantes como las condiciones de vida y salud que los afectan son materia de la salud pública, en tanto sus dinámicas de movilidad, asentamiento, retorno, violencia, entre otros; afectan sus procesos de salud-enfermedad y

¹¹ Deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a mediano y largo plazo



reconfiguran las relaciones de población-territorio y la intersubjetividad local. El PDSP 2022-2031 establece relaciones directas con el conjunto de políticas y decisiones de Estado que han estructurado respuestas específicas en el marco del sistema de salud y acciones conjuntas.

La categoría de sujetos de especial protección constitucional se deriva de instrumentos internacionales y de garantía y protección de los sujetos de derecho a quienes se les vulneran; reconociendo en ello, su menor favorabilidad para el ejercicio efectivo de los mismos. Aquí se ubican distintos señalamientos constitucionales que reconocen la dinámica en la que las circunstancias de vida en Colombia generan situaciones en las que individuos, comunidades y/o colectivos se convierten en sujetos que requieren acciones afirmativas.

Por esta razón el PDSP 2022-2031 asume en su abordaje conceptual, que más allá de las acciones en salud pública que se definen desde la universalidad del derecho a la salud, y desde la especificidad de diferenciales sustentados en curso de vida, género, etnicidad; no solo se reconocen otros como discapacidad, víctimas, migrantes, sino que se analizarán de manera permanente vulnerabilidades contextuales como las que se presentan en algunos entornos (personas privadas de la libertad, centros de protección, lugares especiales de alojamiento, entre otros) o emergentes como las registradas en la pandemia de COVID-19.

3.5. Interseccionalidad

La diversidad y su integración se relaciona con la comprensión de la discriminación como la expresión de la vulneración de derechos humanos y no lograr la igualdad sustancial derivada de estos; con persistencia de distintas manifestaciones en la vida de las mujeres, de niñas y niños, de pueblos indígenas, en la vejez, entre otros.



La realidad de la discriminación es más compleja y debe superar el análisis unidimensional, ya que como se ha venido planteando, se presentan varios aspectos que acumulan vulneraciones derivadas de diferenciales que deben ser reconocidos en conjunto, de manera integrada y sumativa en términos de desigualdades. “Como explica Consuelo Chacártegui (2010), «[I]os fenómenos de discriminación múltiple se producen cuando en una misma persona —o, más frecuentemente, grupo de personas— se unen dos o más formas de discriminación, lo que les hace sustancialmente más vulnerables a los efectos de la misma» (p. 39)” En el ámbito de los derechos humanos la expresión más frecuente es «discriminación múltiple», mientras que en los círculos académicos también se encuentra con relativa facilidad la expresión «discriminación interseccional» (Resurrección, 2015, p. 316).

“Así, con la expresión discriminación múltiple, se reconoce la acumulación de las distintas experiencias de discriminación que puede vivir una persona en diferentes momentos de su vida”. (Resurrección, 2015) Por otra parte, se hace referencia a la discriminación interseccional “cuando distintos motivos de discriminación interactúan de manera simultánea”. (Resurrección, 2015)

La visibilización de la discriminación integrando diferentes condiciones o situaciones que se presentan en los sujetos de derecho, refuerza además que las respuestas afirmativas relacionadas con la diversidad deben ir más allá de lo que se asume como suficiente para superar las discriminaciones fragmentadas. “La realidad demuestra que no es poco frecuente que una persona (o grupo de personas) enfrente simultáneamente más de un factor de discriminación, lo que muchas veces genera una situación agravada, distinta a cualquier forma de discriminación de un solo tipo, de manera que no reconocer esta realidad sería contrario a la noción de dignidad humana”. (Resurrección, 2015, p. 323)

La discriminación múltiple puede incluir el curso de vida, las personas con discapacidad, las personas de diversas orientaciones sexuales e identidades de



género, las personas migrantes, las personas en situación de pobreza, las personas pertenecientes a pueblos indígenas, las personas sin hogar, las personas privadas de libertad, las personas en ruralidad, entre otros. Partiendo de este reconocimiento, es que para efectos del PDSP 2022-2031 se asume una perspectiva de interseccionalidad como el camino de integración de la diversidad y de acción frente a sus afectaciones acumuladas y potenciadas desde la discriminación.

El concepto de interseccionalidad fue acuñado en 1989 por Kimberlé Williams Crenshaw, quien después de 30 años, definió la interseccionalidad como *“un lente, un prisma, para ver la forma en que las diversas formas de desigualdad a menudo operan juntas y se exacerban entre sí”* (Steinmetz, 2021). En 1990, Collins definió la interseccionalidad como *“la forma particular de intersección de opresiones”* reconociendo que no existe un solo tipo de opresión y que la opresión produce injusticia (Collins, 2000). En la cultura francófona y latinoamericana, se comenzó a hablar de este término en el año 2008, planteando que se enmarca en tres ejes de desigualdad dependientes y en interacción, raza, sexo y clase (sexismo, clasismo y racismo). La interseccionalidad ha tenido grandes discusiones desde diferentes enfoques, teorías, puntos de vista, paradigmas, etc; sin embargo, se constituye en un abordaje que permite integrar diferenciales en contexto, con sus impactos y afectaciones sobre sujetos individuales y colectivos.

En Colombia, desde la Constitución Política de 1991, se incluyen artículos relacionados con los derechos humanos, la igualdad y la no discriminación. Sin embargo, aunque no se identifica un desarrollo amplio de la interseccionalidad en las decisiones de Estado, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) ha promovido la creación de estadísticas nacionales con un enfoque diferencial e interseccional que permitan reconocer estas características sociales de las diferentes comunidades que conviven en el territorio nacional.

Asimismo, en el 2018, el decreto 762 que busca asegurar la garantía de los derechos de las persona con orientación o identidad sexual diversa, determina que



la política pública tiene diferentes enfoques y uno de ellos es el enfoque de interseccionalidad con la siguiente definición: “*Articula y analiza la confluencia de múltiples categorías identitarias o características particulares, como: sexo, género, orientación sexual, identidad de género, etnicidad, discapacidad, ruralidad, rol social o político, clase, etnicidad o raza, entre otras. De esta forma, comprende cómo interactúan en la vida de las personas para poder intervenirlas de manera conjunta. y articulada.*”(Presidencia, 2018).

En el año 2020 el mismo DANE, en el contexto de sus avances relacionados con construir datos inclusivos y desagregados, establece la generación de estadísticas con un enfoque diferencial e interseccional, y establece que la definición de interseccionalidad es “*una perspectiva que permite conocer la presencia simultánea de dos o más características diferenciales de las personas (pertenencia étnica, género, discapacidad, etapa del ciclo vital, entre otras) que en un contexto histórico, social y cultural determinado incrementan la carga de desigualdad, produciendo experiencias sustantivamente diferentes entre los sujetos (adaptado de Corte Constitucional-Sentencia T-141-15)*”(DANE, 2020, p.14).

El abordaje de los sujetos de derechos en la salud pública centra la acción del conjunto de políticas públicas y en particular del PDSP 2022 -2031 en la generación de aportes concretos al ejercicio y goce efectivo de los derechos humanos y el derecho a la salud de acuerdo con los postulados que los sustentan; el reconocimiento profundo de la diversidad y su integración en sujetos y contextos específicos. De lo descrito se deriva que la salud pública se relaciona directamente con la calidad de vida, el bienestar y el desarrollo humano categorías que sustentan el ordenamiento de las acciones en el aparte que sigue a continuación.



Abordaje conceptual de los alcances en salud pública y modelos de acción

1. Desarrollo humano y desarrollo social sostenible

Entendiendo que la salud y el desarrollo humano son interdependientes y deben establecer que, aun en casos de enfermedad o discapacidad, existe el potencial de lograr los máximos deseables; se puede asumir “el desarrollo humano como un proceso continuo, permanente, presente en todo el trascurso de la vida, desde la gestación hasta la muerte; con amplias y diversas potencialidades y posibilidades de construcción de capacidades humanas, de interacción de distintos órdenes sociales, que producen y reproducen diferentes circunstancias con incidencia dinámica en los resultados integrales de vida y salud de las personas, de las familias, de las comunidades y de los colectivos; en contextos construidos históricamente y con activos sociales también diversos”.¹²

“El enfoque de las capacidades desarrollado por A. Sen (1981, 1988, 1992, 2000) ofrece un interesante marco de interpretación para la comprensión de los problemas del desarrollo humano, la medición del bienestar humano, la pobreza, el desarrollo y la desigualdad. Esta propuesta teórica procura superar la perspectiva clásica de las necesidades básicas introduciendo la noción de espacio de capacidades humanas en tanto habilidades y potencialidades que tienen los seres humanos en términos de logros y oportunidades que se le presentan para elegir entre diferentes formas de vida”. (Salvia, 2013, p.2)

En el marco de los derechos humanos, la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, considera que este punto de partida, “*es un marco conceptual para el proceso de desarrollo humano que desde el punto de vista normativo está basado en las normas internacionales de derechos humanos*”

¹² MSPS, 2021. Documento de postura institucional sobre curso de vida y salud pública. Documento de trabajo para la formulación del PDSP 2022-2031. No publicado



y desde el punto de vista operacional está orientado a la promoción y la protección de los derechos humanos. Su propósito es analizar las desigualdades que se encuentran en el centro de los problemas de desarrollo y corregir las prácticas discriminatorias y el injusto reparto del poder que obstaculizan el progreso en materia de desarrollo". (OACNUDH, 2006, p.15)

En el plano internacional se reconoce el imperativo del desarrollo humano y social en numerosos instrumentos normativos, tratados, pactos de derechos y declaraciones entre las que se encuentran los Objetivos de Desarrollo Sostenible. "La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible propone una hoja de ruta hacia un modelo de desarrollo en el que los países emprenden un plan de acción para promover la prosperidad económica compartida, el desarrollo social y la protección ambiental desde una perspectiva holística y universal, que abarca las esferas económica, social y ambiental, y propone la inclusión de dos componentes esenciales para la construcción de una sostenibilidad genuina: la participación colectiva y la paz. A partir de su lema "Transformar nuestro mundo sin dejar a nadie atrás", la Agenda 2030 adopta un carácter universal, integrado e indivisible para combatir la pobreza, desigualdad y exclusión en todas las naciones y sectores de la sociedad especialmente en los grupos más vulnerables y dentro de los límites del planeta". (DANE, 2021, 16)

El reconocimiento de que el desarrollo humano debe lograrse en el marco de la protección del planeta, pone en primer plano y en coherencia con la Agenda 2030, que "las acciones para combatir la degradación ambiental y mitigar los efectos del cambio climático son fundamentales para proteger los recursos naturales y así garantizar el respeto por todas las formas de vida; al igual que, tanto las generaciones presentes como futuras, puedan satisfacer sus necesidades mediante la gestión sostenible de sus recursos naturales y la conservación de los ecosistemas." (DANE, 2021, p.19)



Colombia hace parte del conjunto de estados cuyas constituciones ratifican el derecho de la ciudadanía a disfrutar de un ambiente sano y seguro¹³ Este compromiso constitucional unido a las relaciones de ambiente y salud, hace que para el PDSP 2022-2031 se plantea la necesidad de avanzar de concepciones antropocéntricas a construcciones biocéntricas como un imperativo del desarrollo sostenible.

“La concepción antropocéntrica concibe al hombre como el centro del universo por su capacidad de razonar y de actuar, desde esta perspectiva se impulsó un modelo de desarrollo económico y político que se está agotando por no haber contemplado la sostenibilidad. En contraposición surge la visión biocéntrica, que considera a la especie humana como un miembro más de la comunidad biosférica, y no como un ser superior a las demás especies. (...) para trascender la concepción antropocéntrica hay que imbricarse en modelos como el ecodesarrollo, el saber ambiental y el desarrollo sostenible, juntos conforman la concepción biocéntrica” (Ereú, 2018, p. 21)

El antropocentrismo percibe a la naturaleza como recursos utilizables para cubrir sus necesidades e intereses individuales, con la completa relevancia de los seres humanos y sus decisiones, sobre todo lo demás. En contraposición surge el biocentrismo que además de la relevancia humana, reconoce a la naturaleza entera, con la que comparte la especial característica de estar viva. (Ereú, 2018, p.22) Esto implica relaciones armónicas con el ambiente, buscando un desarrollo sostenible que implica formar capacidades en las personas y en la sociedad para orientar el desarrollo sobre bases ecológicas, de diversidad cultural, equidad y participación social. (Ereú, 2018, p.22-23)

¹³ Los artículos 79 y 95 de la Constitución Política de Colombia establecen que “todas las personas tienen derecho a gozar de un ambiente sano” y el deber de “proteger los recursos culturales y naturales del país y velar por la conservación de un ambiente sano”.



En las definiciones del PDSP 2022 – 2031 se incluyen profundas relaciones entre ambiente y salud, y en consecuencia, se espera que en los próximos diez años, se avance significativamente en modular el desarrollo humano centrado en lo antropocéntrico para establecer condiciones de desarrollo sostenible y socialmente inclusivo.

2. Salud y salud pública¹⁴

Establecer un marco de derechos humanos, diversidad, desarrollo humano y sostenible implica que se precise lo que se entenderá como salud y salud pública en el PDSP 2022-2031, conceptos que se han transformado y construido en diferentes momentos de la historia humana, y que reflejan propuestas filosóficas, apuestas sociales, políticas, económicas y ambientales, originadas en contextos y momentos históricos particulares.

No existe un concepto de salud único y universal, por el contrario, se ha construido y reconstruido como: ausencia de enfermedad; bienestar físico mental, emocional, espiritual y social; derecho humano; equilibrio, adaptación y capacidad de funcionamiento; la salud conductual como estilo de vida; la salud holística como desarrollo personal y social y más recientemente la salud interconectada con lo ambiental, entre otros; esto sin profundizar en las cosmovisiones de la salud propias de los grupos étnicos e incluso de la diversidad intercultural existente.

La salud es una de las expresiones de la existencia que obtiene su sentido en la realidad social independiente del momento o lugar al cual se haga referencia. Interpretarla también corresponde al mundo social en tanto cubre diversos elementos interrelacionados, que permiten entenderla como hecho, fenómeno y proceso, bien sea por separado o en su conjunto.

¹⁴ Construcción para la formulación del PDSP 2022-2031, a partir de los insumos conceptuales generados por la Universidad de Los Andes, en relación con los conceptos de salud y salud pública.



La definición de la OMS es trascendental en términos de plantear un problema y necesidad de orden universal, así como de abrir un debate que no se cierra en torno a lo que se define como salud. Su apuesta conceptual es sin duda una de las más cuestionadas, pero aun así se mantiene y sirve de plataforma para diversas propuestas, modelos y estrategias. Se señala la subjetividad del bienestar y su completitud sin reconocer el abanico dinámico que genera una amplia variación de momentos vitales en los que se fluctúa entre salud y enfermedad, o se tiene un evento permanente, que no elimina la salud por completo.

En contraste, la salud se ha visto como un proceso dialéctico entre salud y enfermedad, y en este sentido es un fenómeno social, político, ideológico, y económico; cuestionando las explicaciones causales. También la salud "es un derecho fundamental y se orienta a la obtención del más alto nivel de salud; y en otros marcos de la agenda mundial considerada una medida del desarrollo humano y su vinculación con lo económico, social y ambiental.

La Salud Pública comparte con la salud la doble acepción de ser concepto y práctica, es así como el concepto de salud pública y sus propuestas de acción se enmarcan en las nociones de salud y responden a un momento histórico particular que coincide con transformaciones sociales, económicas, políticas y ambientales. Existe en su revisión histórica "un enfoque pragmático en la solución de problemas de salud en las poblaciones"; orientación reconocible desde la antigüedad hasta la actualidad como sucedió con el Covid 19 en el mundo.

El concepto de salud pública ha avanzado al punto de ir incluyendo otros factores diferentes a la ausencia de la enfermedad, dolor o discapacidad como, por ejemplo, todas las formas de bienestar. En esta última era de la salud pública se habla de un concepto que busca alargar la vida en un mundo en el que las condiciones han cambiado: el medio ambiente, la disponibilidad de agua, la calidad del aire y las altas tasas de desigualdad. Esta nueva salud pública no es más que un



complemento a lo que ya se venía trabajando entorno a métodos tradicionales para mejorar la salud a través de políticas públicas.

Desde lo planteado hasta este momento, se identifica que la salud es lo que se busca, lo que se garantiza, y la salud pública es la práctica de múltiples acciones orientadas a su protección y logro del deseable colectivo de salud.

3. Modelo de determinantes sociales y desigualdades sociales en salud

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud (OMS, 2007). Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas (OMS, 2010).

Estudios han develado que los determinantes sociales pueden ser más importantes que la atención en salud o la elección de estilos de vida sobre la salud de los individuos y colectivos (OMS, 2007). Además, estos tienen un rol sustancial sobre las desigualdades sociales de la salud, en la medida que es en los determinantes ambientales, sociales, económicos y culturales que subyacen los orígenes de las desigualdades e inequidades sanitarias.

En el mundo han sido propuestos diversos modelos explicativos de los determinantes sociales de la salud y de las desigualdades sanitarias. Entre estos, quizá el más ampliamente difundido y utilizado ha sido el modelo conceptual de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), soportado sobre el principio ético de la equidad en salud (OMS, 2010). Sin embargo, se ha encontrado que la mayoría de los modelos han sido propuestos en y para países desarrollados (Hosseini, 2017), los cuales no corresponden completamente a las realidades de los países de bajos y medios



ingresos, por lo que resulta crucial avanzar en la construcción de modelos contextualizados, incorporando al PDSP 2022 -2031 el modelo conceptual sobre determinantes y desigualdades sociales de la salud propuesto desde el Ministerio de Salud y Protección Social para Colombia.

Existe consenso en que para disminuir o eliminar las desigualdades sociales en salud es necesario entender las características, los mecanismos y las vías a través de las cuales los determinantes sociales inciden sobre la salud, y producen y reproducen desigualdades sanitarias, de manera que puedan identificarse puntos estratégicos para que las políticas, planes, programas y proyectos puedan incidir positiva y efectivamente sobre las condiciones de vida de la población.

Contar con un modelo para Colombia, considera que los determinantes sociales de la salud de cada país tienen características particulares, asociadas a los sistemas sociales, ideologías imperantes, culturas respectivas, entre otros (Caballero, y otros, 2012) y aporta a la construcción de políticas que consideren desde su diseño — implementación— los determinantes estructurales, ejes de desigualdad y determinantes intermedios de la salud y de las desigualdades en el país.

Siguiendo los postulados de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, y de la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud de España —los cuales, a su vez, rescatan aspectos del modelo de Diderichsen, Evans y Whitehead—, se propone el modelo conceptual para Colombia, en el que se entiende la salud como un fenómeno social, y se conserva la diferenciación propuesta, distinguiendo entre los mecanismos por los cuales se crean las jerarquías sociales (determinantes estructurales) y las condiciones de la vida diaria relacionadas (determinantes intermedios) (OMS, 2010).

Esta diferenciación guarda coherencia con el marco de Diderichsen, Evans y Whitehead sobre los orígenes sociales de las inequidades sanitarias (Evans, Whitehead, Diderichsen, Bhuiya, & Wirth, 2001) al entender cuatro mecanismos



generadores de inequidades en salud: i. la estratificación social, ii. la exposición diferencial, iii. la susceptibilidad diferencial y iv. las consecuencias diferenciales.

De esta manera, en el modelo que se presenta a continuación, se entiende que el contexto ambiental, social, económico, político y cultural (determinantes estructurales) dan lugar a la posición que individuos y comunidades ocupan en la pirámide social, en donde los grupos se estratifican según ingresos, educación, ocupación, sexo/género, edad, etnia, territorio, condición migratoria, régimen de afiliación al sistema de salud y condición de víctima u otros roles dentro del conflicto socio-político colombiano (ejes estructurales de desigualdad). Dichas posiciones en la jerarquía social, por su parte, inciden sobre determinantes específicos del estado de salud (determinantes intermedios), es decir, sobre las exposiciones a condiciones asociadas al daño o la enfermedad, y sobre la susceptibilidad a presentar desenlaces negativos.

Juntos, los determinantes estructurales y los ejes estructurales constituyen los determinantes sociales de las desigualdades en salud, los cuales operan a través de los determinantes intermedios (recursos materiales y simbólicos, factores psicosociales, conductuales, biológicos, la agencia y el acceso y la calidad de los servicios sanitarios) para producir salud, enfermedad, bienestar y muerte.

En este modelo, la equidad y la justicia social se entienden como principios rectores, y los derechos humanos como el marco de acción y enfoque analítico que justifica la definición de grupos vulnerables cuyos derechos requieren protección especial (Braveman, 2010) para el diseño de políticas públicas que no solo aboguen por mejorar las condiciones de salud de la población, sino también por reducir y eliminar las desigualdades injustas y evitables (inequidades en salud).



Figura 1. Modelo conceptual de los determinantes y desigualdades sociales en salud. Observatorio Nacional de Equidad en Salud de Colombia.



Fuente: Observatorio Nacional de Equidad en Salud. Adaptado de (Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, 2015; OMS, 2010)

Ordenadores de la salud pública y su desarrollo en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031

La rectoría de la salud pública en cabeza ejecutiva del sector administrativo de salud y protección social, en su conjunción misional reconoce la necesidad no solo de velar por la salud, sino además de trabajar en políticas sociales que lleven a mejores condiciones de vida y bienestar, destacando el reconocimiento de los sujetos de especial protección. En este sentido, el PDSP 2022 – 2031 plantea un conjunto de ordenadores que buscan estructurar su alcance y establecer nichos de acción



colectiva, en la que confluyen múltiples intervenciones y actores institucionales y sociales, a partir de decidir la incidencia en los determinantes sociales de la salud como un camino que trasciende el sistema de salud, y reconoce más allá de su relevancia, que alcanzar el más alto nivel de salud requiere de acciones estatales y sociales que sustenten el logro de resultados de bienestar y de desarrollo humano y sostenible.

Esta comprensión amplia de la salud y la salud pública, además de sus profundas interdependencias con distintas áreas de la vida humana y su dignidad, lleva a plantear para el ejercicio de los próximos diez años, un conjunto de ordenadores que establecen el contenido de interés de la salud pública y que orientan la organización estratégica del PDSP 2022 – 2031.

Si bien es claro, que no es rol de la salud pública atender el universo de las necesidades y reducir la totalidad de brechas sociales y desigualdades; si es cierto, que los resultados en salud muestran el impacto de lo que sucede y, por ende, hay caminos relacionados con la gestión ampliada y con las acciones para prevenir, mitigar y superar las incidencias derivadas de lo que se hace o no se hace en otros sectores y sistemas de acción estatal y no estatal. Es por esto, que no puede partir de miradas cortas, sino que desde una visión amplia debe hacer lo suyo y señalar aquello que, por sus impactos desproporcionados, afectan la salud y la vida de personas, familias, comunidades y colectivos.

Los ordenadores propuestos, configuran los alcances constitutivos de la salud pública como fenómeno complejo, que buscan abarcar los aspectos y sus interrelaciones que permitirían llegar a los fines propuestos y por lo tanto, el logro del más alto nivel de salud posible.



1. Protección Social

La pandemia por la enfermedad del coronavirus (COVID-19) recibe la segunda década del S. XXI con múltiples impactos en diferentes esferas de la vida humana a nivel global. Esta crisis humanitaria “reveló la crucial importancia de contar con sistemas de salud que aseguren cobertura y acceso universales, así como sistemas de seguridad social que brinden amplia y suficiente cobertura para mitigar las pérdidas temporales de ingresos. Del mismo modo quedó en evidencia la necesidad de reforzar otras dimensiones vinculadas con el mundo laboral, como la prevención en materia de seguridad y salud en el trabajo. Los mayores efectos sanitarios de la pandemia en América Latina y el Caribe también se relacionan con las limitaciones y brechas que presentan sus sistemas de protección social”. (OIT, 2021, 3)

Entre sus evidencias, demostró “que los costos de la desigualdad se han vuelto insostenibles y de que es necesario reconstruir” las acciones hacia el bienestar. Los efectos de la pandemia se unieron a las circunstancias estructurales en distintos países, como son “elevados niveles de desigualdad, informalidad laboral, desprotección social, pobreza y vulnerabilidad (...), sistemas de salud y protección social débiles y fragmentados y asentamientos urbanos marginados en expansión carentes de acceso a servicios básicos, grandes flujos migratorios y desplazamientos de población, así como conflictos de diversa índole, y (...) consecuencias de la crisis climática” (CEPAL, 2020, 13)

La desigualdad social es visibilizada en mayores proporciones, con escenarios de discriminación múltiple e interseccional derivados de las diferencias no reconocidas o insuficientemente atendidas. “En el contexto actual, y desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, el deterioro de las condiciones económicas de los hogares, con el consiguiente aumento de la inseguridad alimentaria (FAO/CEPAL, 2020), podría forjar un círculo vicioso de pobreza y mal estado de salud en el caso de amplios sectores de la población, lo que repercutirá en las sociedades a largo plazo. En particular, en tiempos de crisis, los déficits de



protección social pueden afectar de manera catastrófica el desarrollo integral de niños, niñas y adolescentes, con impactos críticos en el ejercicio de sus derechos y el desarrollo de capacidades humanas. A pesar de que no son los más afectados por la enfermedad en términos de salud, los niños, niñas, adolescentes y jóvenes serán quizás una de las principales víctimas de esta crisis, por las consecuencias que tendrán en ellos el cierre temporal de los establecimientos educacionales y la crisis económica y social que afecta a sus hogares”. (CEPAL, 2020, p.14)

La pandemia también debilitó la situación fiscal de los países, dadas las necesidades de atención no solo sanitarias, sino también sociales y económicas como resultado de las medidas iniciales requeridas y lo exigido para la reactivación económica. Esto significa que el PDSP 2022-2031 no solo asume los desafíos de la continuidad y el incremento de logros en salud durante el próximo decenio; sino que debe analizar tanto los retrocesos y los acumulados no atendidos en el marco de la pandemia como los aprendizajes del trabajo colaborativo realizado desde los distintos actores y sectores con la perspectiva de avanzar con firmeza en una real y contundente recuperación sanitaria.

Lo nuevo y desafiante surge de visualizar los cambios derivados de la transición demográfica y epidemiológica de la población, de las relaciones demanda-oferta en la prestación de servicios de salud y servicios sociales, de perspectivas generacionales e intergeneracionales relacionadas con los cursos de vida y sus contextos actuales y futuros, de las transformaciones tecnológicas, el ordenamiento global y local de los recursos (no solo monetarios). En suma de las necesidades históricas, las emergentes y sus cambios futuros que implican para la salud pública no solo la organización de la atención en salud, sino que exige trabajar desde sistemas de salud y protección social integrales y trascender el énfasis prestacional, para ordenarlos en función de los derechos y en los escenarios donde transcurre la vida de personas, familias y comunidades.



En ese sentido, la Ley 789 de 2002 determina las normas para apoyar el empleo y ampliar la protección social en Colombia, y establece al Sistema de Protección Social como “el conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de los colombianos, especialmente de los más desprotegidos. Para obtener como mínimo el derecho a: la salud, la pensión y al trabajo”.

Por su parte, de acuerdo con la CEPAL, “la protección social abarca una variedad de políticas y acciones en diversos ámbitos que deben promover el ejercicio de los derechos económicos, sociales y culturales (DESC) en el mercado laboral, la alimentación, la salud, las pensiones y el cuidado; también debe buscarse el logro de ciertos niveles dignos de ingreso”. Así mismo, deben proteger a las personas contra los riesgos y vulnerabilidades de tipo económico y social, así como aliviar la pobreza extrema y la privación. (FAO, 2021) Por lo tanto, es clave para la inclusión social y la superación de desigualdades sociales, que, desde la perspectiva de derechos y la acción sobre determinantes sociales de la salud, se conciba la protección social en una dimensión estructurante de la salud pública articulada desde un trabajo sectorial e intersectorial.

Así, el ordenador de la protección social se vincula directamente con la Agenda 2030 en relación con los objetivos de “poner fin a la pobreza, garantizar un acceso universal a servicios esenciales de salud y promover el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todas y todos”. (OIT, 2021, 3) En ese sentido, reconoce que estratificadores como el empleo y la ocupación determinan la posición socioeconómica de los individuos y colectivos y por tanto las condiciones materiales de vida y salud. De ahí que, la relación entre el empleo, las condiciones laborales y la salud de las personas produzca desenlaces positivos en salud asociados con estabilidad laboral, empleo de tiempo completo, recursos asociados a la seguridad social (i.e.; aseguramiento en salud, acceso a incapacidad o licencias por enfermedad, acceso a pensión y beneficios de retiro), y la construcción de capital social en el lugar de trabajo. Mientras que el desempleo, subempleo, la excesiva



carga de trabajo, el estrés, el acoso laboral, el bullying y la exposición a sustancias peligrosas y lesiones de origen laboral constituyen factores de riesgo asociados con desenlaces negativos en la salud de los trabajadores. (Braveman, 2011, Einarsen, 2015)

Desde los sujetos de derechos, la protección social tiene que ver tanto con políticas universales de bienestar como con políticas específicas y diferenciadas, de acuerdo con la discriminación múltiple, acumulada; es decir la interseccionalidad de circunstancias que dejan a algunos/as ciudadanos/as, familias, comunidades y colectivos en desventaja con respecto a lo que garantiza mejores condiciones de bienestar y calidad de vida. Por tanto, subyace a la protección social elementos de la seguridad humana relacionados con la seguridad económica y accesos efectivos como base de la seguridad sanitaria, alimentaria, personal y comunitaria; buscando como ordenador de la salud pública integrar aspectos fundamentales de la vida cotidiana, diferencial y en contexto.

Colombia cuenta con desarrollos normativos y de política pública que dan cuenta de la protección social, desde el concepto y medidas de piso de protección (mínimo de protección universal) para los habitantes del territorio en condiciones de vulnerabilidad económica y social que pasan por componentes laborales y de seguridad social contributivas y no contributivas, programas de transferencias monetarias condicionadas y no condicionadas, de promoción social, de asistencia social; no solo en el marco del Sistema de Protección Social (SPS), sino además desde otros Sistemas Administrativos estatales que además obligan actuaciones privadas. Implica avanzar hacia la equidad, el desarrollo humano integral y la participación de los ciudadanos en su propio bienestar.

Especial atención merece la protección social en lo relativo a la economía del cuidado y las desigualdades de género (entre otras) que produce. “Así, las mujeres dedican más del doble del tiempo al trabajo no remunerado –las labores de cuidado y domésticas–, lo cual limita su propio desarrollo, sus oportunidades educativas,



laborales y les deja menos tiempo para el descanso, el ocio o la participación comunitaria, social o política”. En los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) este reconocimiento emergente es incluido en el objetivo de igualdad de género, “de manera específica, el derecho al cuidado ha quedado incluido en la Meta 5.4, que explícitamente convoca a “reconocer y valorar el trabajo doméstico y de cuidado no remunerado, a través de la prestación de servicios públicos, infraestructura y políticas de protección social, y la promoción de la responsabilidad compartida tanto al interior de los hogares y las familias como en el ámbito nacional”.

El PDSP 2022-2031 y especialmente en un contexto de pandemia, reconoce desde la perspectiva de las políticas de protección social, su relación con los determinantes estructurales que afectan y configuran las disparidades relacionadas con las desigualdades en salud.

Así, las medidas en materia de protección social marcarán la trayectoria futura de múltiples condiciones de bienestar de los habitantes del país, y por lo tanto tienen incidencia significativa en la determinación de la salud y de sus resultados. De todas formas, el PDSP 2022-2031 comprende que se requieren transformaciones de corto, mediano y largo plazo, para pasar de la situación actual a nuevos escenarios de protección social en Colombia.

Que las personas, familias, comunidades cuenten con seguridad alimentaria, laboral, sanitaria y educativa a partir de los accesos garantizados desde el aseguramiento establecido en condiciones de disponibilidad, acceso, aceptabilidad y calidad es la base deseable para lograr mejores resultados en salud, calidad de vida y bienestar. Así, este ordenador de la salud pública supone reconocer las brechas y desigualdades que surgen de las configuraciones actuales y agendas pendientes en materia de protección social, particularmente en lo que se deriva del aseguramiento en el sistema de salud, la oferta programática desde la asistencia social y las acciones afirmativas de protección social orientadas a responder a diferenciales en individuos, familias y comunidades con mayores desventajas y cuya



vida se da en contextos diversos relacionados con la urbanización, la metropolización, la ruralidad.

Implica también incorporar, reconocer y trabajar categorías emergentes en las que el cuidado se ha convertido en un referente central para la eliminación de brechas y logros en equidad, con énfasis particular en curso de vida y género, además de otros diferenciales. En este sentido, no es lo mismo tener empleo formal, ingresos estables que permiten unas condiciones materiales de vida, muy distintas a quienes son desempleados, o hacen parte de la informalidad, o tienen bajo su responsabilidad el cuidado de otras personas; con dinámicas inestables; y procesos de salud-enfermedad complejos.

La protección social involucra de igual manera el reconocer que las diferentes acciones que surgen del conjunto de políticas públicas que dan cuenta de su materialización, generan posibilidades sinérgicas de superación de desventajas diversas, de mejoras reales en su bienestar; o que por el contrario, no logran prevenir o mitigar la exclusión y la discriminación potenciada, dejando atrás a grupos poblacionales relevantes, perpetuando círculos de desprotección, que son agravados por situaciones de emergencia como lo ha sido la pandemia COVID 19.

La salud pública tiene entonces varios compromisos derivados de este ordenador y del desarrollo de la ley estatutaria de salud (1751 de 2015) en relación con la adopción de decisiones que no deterioren la salud de la población (acción sin daño) y que deben expresarse de forma integrada con los demás ordenadores en los ejes estratégicos definidos en el PDSP 2022-2031 para su aterrizaje territorial y operativo.

El reconocimiento de las condiciones y situaciones que, en las configuraciones actuales de la protección social, generan sinergias positivas para mantenerlas y fortalecerlas; y de aquellas que perpetúan o profundizan



las brechas sociales, culturales y económicas para transfórmalas desde los ejercicios de acción conjunta en salud pública.

El fortalecimiento territorial y ciudadano para comprender y actuar en favor de la protección social desde la acción colectiva y la incorporación de los activos sociales.

El fortalecimiento del sistema de salud como un determinante próximo de los resultados en salud, más allá de la prestación específica de servicios de salud; que debe adaptar sus acciones a los diferenciales y prevenir mayores impactos de enfermedad, discapacidad y muerte.

La potencialización del aseguramiento en salud como un instrumento efectivo de coberturas y accesos a procesos de protección y cuidado de la salud integral, en marcos de diversidad humana y territorial.

2. Ambiente y Salud

La relación entre el ambiente y la salud se ha reconocido como el resultado de interacciones complejas en diferentes niveles con factores no sólo físicos, químicos y biológicos sino también sociales, culturales y económicos que determinan las formas de ser y de vivir. (Corvalán, Kjellström, & Smith, 1999; Neira & Prüss-Ustün, 2016; OPS, 2007; OPS Colombia, n.d.). Es así como, la relación entre el ambiente y la salud contempla una interacción bidireccional compleja entre los seres humanos y el ambiente natural, construido y social que los rodea, en el que no sólo el conjunto de estos factores determina la salud humana, sino en el que las prácticas humanas y los modos de vida influyen positiva o negativamente el ambiente. (Ministerio de Salud y Protección Social & Organización Panamericana de la Salud, 2014)



En una visión comprehensiva, el ambiente está constituido por elementos complementarios e interrelacionados, como el ambiente natural y el ambiente construido y social (Corvalán et al., 1999), que conforman los entornos y el territorio. (Ramirez-Velázquez & Lopez-Levi, 2015) Por una parte, la atmósfera y los ecosistemas como la flora, fauna, aire, agua y suelo y su diversidad constituyen el ambiente natural. Mientras, el ambiente construido y los entornos corresponden al espacio físico y social en los que los individuos y grupos sociales se desarrollan, funcionan e interactúan como las viviendas, las escuelas, el lugar de trabajo, la comunidad, los espacios públicos, los vecindarios, las veredas y las ciudades, entre otros. Estos componentes y su interrelación son reconocidos como determinantes de las condiciones de vida, de salud e inequidades en salud de individuos y colectivos, influyendo en su bienestar y calidad de vida. (Audrey & Batista-Ferrer, 2015; Braveman, Egerter, & Williams, 2011; Henson et al., 2020; Hunter et al., 2015; Jackson & Kochtitzky, 2010; Neira & Prüss-Ustün, 2016; O'Compo, Xue, Wang, & Caughy, 1997; Sastry, 1996; Srinivasan, O'Fallon, & Dearth, 2003; Yen & Syme, 1999)

En una relación interdependiente, la salud y bienestar de los individuos y colectivos, así como la preservación de la humanidad están estrechamente relacionados con la salud del planeta y sus ecosistemas. (UNEP, 2019) En tal sentido, la protección de los ecosistemas y de todas las formas de vida en el planeta y su biodiversidad, es una protección en sí misma a la vida de las generaciones presentes y de las generaciones futuras. (UNEP, 2019)

Es así como, el derecho a un ambiente sano incluye el reconocimiento del derecho a un aire limpio, a agua potable, ecosistemas saludables, a un clima estable y a alimentos sanos. (United Nations, n.d.) Sin embargo, las afectaciones a los ecosistemas derivados de las actividades humanas en los sistemas de producción y consumo, la explotación de los recursos naturales, el uso de fuentes de energía contaminantes, la generación de residuos, la deforestación, la urbanización descontrolada y los cambios en el uso del suelo resultan en deterioro de los



ecosistemas y de sus mecanismos auto-regulatorios con consecuencias directas locales y globales, entre otros, sobre la contaminación del aire, del agua y del suelo; la escasez de alimentos, el cambio climático, las condiciones climáticas extremas y los desastres naturales a los que conlleva; factores ampliamente reconocidos como determinantes de la salud, del bienestar y calidad de vida de la población. (Neira & Prüss-Ustün, 2016) En tal sentido, es necesario el desarrollo de políticas orientadas a la preservación y protección de los ecosistemas y de la biodiversidad, así como del rol que desempeñan los grupos étnicos en esta preservación.

Las formas de producción, las fuentes de energía y el uso de combustibles fósiles, el sistema de transporte, entre otros, son determinantes de la emisión de gases de efecto invernadero (Metano-CH₄ y CO₂), principales responsables del cambio climático. (UNEP, 2019) El cambio climático, ha sido reconocido como uno de los principales impulsores de cambios en el ambiente y en los sistemas sociales, incrementando los riesgos existentes y generando nuevos riesgos, cuyas afectaciones se distribuyen de manera desigual en la población, siendo mayores en comunidades y grupos sociales vulnerables. (UNEP, 2019) Los impactos derivados del cambio climático incluyen una reducción de los recursos, pérdida de la biodiversidad, cambios en los ciclos del agua, degradación de los ecosistemas, la contaminación, fenómenos climatológicos extremos y desastres naturales, así como impactos importantes en la salud, (UNEP, 2019) relacionados principalmente con altas temperaturas, olas de calor, exposición a rayos ultravioleta, inundaciones, proliferación de vectores y sus enfermedades asociadas, enfermedades transmitidas por el agua y el aire e inseguridad alimentaria. En tal sentido, y dadas las circunstancias actuales, es necesario seguir avanzando en el desarrollo de medidas urgentes y agresivas para combatir el cambio climático, así como en el desarrollo de estrategias intersectoriales enfocadas en la adaptación y mitigación. Al mismo tiempo es necesario avanzar en el fortalecimiento, preparación de la respuesta y gestión adecuada del riesgo en emergencias y desastres naturales con impactos en la salud pública. Todas estas medidas en concordancia con los



acuerdos internacionales en el marco de la agenda 2030 para el desarrollo sostenible y en la cumbre sobre el clima COP26.

Las actividades humanas son también responsables de una pobre calidad del aire, especialmente en centros urbanos, debido a contaminantes atmosféricos como material particulado (PM2.5, PM10) y gases (Oxidos de Nitrógeno-NOx, Compuestos Orgánicos Volátiles-VOC, Monóxido de Carbono-Co y Ozono-O3). Estos contaminantes han sido asociados con una carga importante de morbilidad y mortalidad debido a una gran variedad de resultados en salud en diferentes momentos del curso de vida relacionados con enfermedades crónicas no transmisibles y afectaciones a la salud perinatal e infantil. (Neira & Prüss-Ustün, 2016) Por tanto, la reducción de la contaminación atmosférica reduciría la carga de enfermedad y mortalidad por estos eventos. En tal sentido, la implementación de políticas, planes y programas para la reducción de la contaminación del aire ambiente e interior proveniente de diferentes fuentes es una apuesta clave en salud pública para la reducción de los impactos en salud y la carga de morbilidad y mortalidad asociadas con esta contaminación.

Asimismo, el crecimiento poblacional, la agricultura, la urbanización, la industrialización, la deforestación y el cambio climático impactan negativamente la cantidad y calidad del agua, a través de la contaminación de las fuentes hídricas, escasez del agua y de los fenómenos climatológicos extremos como tormentas, inundaciones, sequías y desertificación de la tierra fértil. (UNEP, 2019) Estos impactos afectan la sostenibilidad de los ecosistemas y su resiliencia, así como la salud y bienestar de la población. La falta de acceso a agua potable, condiciones sanitarias y de higiene inadecuadas y la contaminación del agua son factores determinantes de la ocurrencia de enfermedades transmisibles, así como de desnutrición y malnutrición. (Neira & Prüss-Ustün, 2016) En este sentido, la promoción del uso eficiente del agua, la implementación de medidas para su reciclaje y sistemas de captación de aguas lluvias, se han convertido en estrategias para garantizar una mayor seguridad del agua. (UNEP, 2019) Así mismo, el acceso



a fuentes de agua potable y segura para consumo, servicios de agua residuales, saneamiento básico y lavado de manos son estrategias de salud pública esenciales para prevenir los impactos en la salud.

De otra parte, el ambiente construido y los entornos donde los individuos y grupos sociales desarrollan su vida cotidiana y establecen lazos sociales, culturales, económicos y políticos como las viviendas, las escuelas, el lugar de trabajo, los espacios públicos y espacios para la recreación e interacción social, los vecindarios, las veredas, las ciudades, las vías de acceso, el sistema de transporte, así como los patrones de uso del suelo y la planeación urbana y territorial son factores determinantes de la salud física y mental de los individuos y colectivos, cuyos impactos negativos son mayores en población vulnerable con bajo nivel socioeconómico y minorías étnicas. (Braveman et al., 2011; Henson et al., 2020; Jackson & Kochtitzky, 2010; Srinivasan et al., 2003)

Las características del ambiente construido y los entornos están estrechamente relacionadas con comportamientos en salud tales como la actividad física, el transporte activo, la convivencia social, así como la salud mental. Por tanto, políticas, planes y programas con enfoque diferencial y territorial sobre los entornos y el ambiente construido como la promoción de viviendas, escuelas, universidades y entornos laborales saludable; el fortalecimiento de sistemas de transporte sostenibles, que promuevan el uso de tecnologías y combustibles limpios, la articulación y oferta de modos variados de transporte (multimodalidad), la desestimulación del uso de vehículos particulares, la promoción y fortalecimiento de modos de transporte activo y transporte público; la disponibilidad, cuidado y fortalecimiento de los espacios públicos, espacios verdes y parques, entre otros, resultarían en impactos positivos sobre las enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo. Estas intervenciones en los entornos son claves también para prevenir enfermedades transmisibles tales como la Infección Respiratoria Aguda, la Enfermedad Diarreica Aguda y las Enfermedades Transmitidas por Vectores, entre otras. (Srinivasan et al., 2003) Así mismo, estas intervenciones



resultarían en beneficios para la salud mental, especialmente en mejoría de la convivencia social y reducción de la ansiedad y depresión. (Audrey & Batista-Ferrer, 2015; Henson et al., 2020; Hunter et al., 2015; Srinivasan et al., 2003) De igual forma, las intervenciones para promover espacios verdes, bosques urbanos, y arborización, así como proyectos arquitectónicos verdes en zonas urbanas son clave también para reducir el riesgo de inundaciones, regular la temperatura ambiente y purificar el aire, factores asociados con beneficios adicionales para la salud.

En tal sentido, es necesario la inclusión de intervenciones en el ambiente construido y los entornos como parte esencial e integral de los Planes de Ordenamiento Territorial, incorporando una visión de desarrollo sostenible en los territorios con enfoque diferencial para contribuir a la generación de territorios más resilientes y cuidadores de la vida.

El ordenador de Ambiente y Salud del PDSP 2022-2031 busca orientar la gestión de la salud pública con enfoque diferencial y territorial para avanzar hacia la garantía del derecho a un ambiente sano y por tanto a la protección del ambiente natural, sus ecosistemas y la biodiversidad, así como hacia la transformación positiva de los determinantes ambientales de la salud en coherencia con lineamientos nacionales e internacionales, y a la transformación de los entornos y el ambiente construido, con el propósito de impactar la salud, bienestar y calidad de vida de los habitantes del territorio colombiano.

3. Cultura para la vida y la salud

La cultura es un atributo y un producto humano, una construcción sociohistórica heterogénea que se concreta en prácticas sociales que institucionalizan modos de vivir la vida. La cultura en tanto constructo normativo y disciplinario obedece a un conjunto de pautas, reglas, códigos, creencias y valores que se instituyen a través



de las distintas instituciones, organizaciones, roles y prácticas que interfieren en la vida cotidiana imponiendo límites al deseo y a los impulsos agresivos de las personas obligando renuncias que generan malestar, pero al mismo tiempo posibilitando la sociabilidad y la convivencia (Campos, 2002; 2009).

La cultura en tanto modo socialmente aprendido y transversal a todos los demás aspectos de la vida reproduce un determinado orden social que define formas particulares de pensar y actuar (Harris, 2007). En ese sentido, se puede decir que los sujetos son producto, se forman a través de la cultura. Sin embargo, aunque la cultura condiciona y reproduce en los sujetos formas consideradas legítimas para un tipo de organización social en un contexto determinado, en la medida en que las personas reaccionan o interactúan con la cultura esta se transforma, por tanto, también es reconocida la capacidad del sujeto para co-producir la cultura (Berger y Luckmann, 1968; Bourdieu y Passeron, 1998; Campos, 2009).

Esta dotación de ideas y valores que nos brinda la cultura reproduce las formas consideradas legítimas y valiosas para organizar la vida en sociedad y por tanto determina el conjunto de las prácticas sociales que tienen influencia sobre la salud. En consecuencia, la cultura a través de las instituciones moldea creencias, percepciones, actitudes y comportamientos en salud desde una perspectiva tanto individual como colectiva (Duque-Páramo, 2007). De igual forma, el contexto económico, político y social mediante el establecimiento de normas, el reforzamiento de patrones sociales y la provisión o no de oportunidades influencia determinados comportamientos sociales e individuales jugando un rol preponderante en la toma de decisiones (McNeill, Kreuter, & Subramanian, 2006). De ahí que cada cultura instituye prácticas sociales íntimamente relacionadas con contextos particulares materiales y simbólicos que definen y controlan lo que se considera adecuado o no para la salud y que se materializa en las condiciones y estilos de vida de personas y grupos poblacionales.



En este contexto y en el marco del PDSP 2022-2031 el ordenador Cultura para la Vida y la Salud se entiende como el conjunto de preceptos y valores relacionados con las formas consideradas legítimas y valiosas para vivir la vida de manera saludable las cuales buscan institucionalizarse por medio de prácticas democráticas que promuevan el ejercicio y la garantía de derechos, así como el cuidado y defensa de la vida y la salud respetando la pluralidad étnica y cultural de nuestros pueblos y poniendo límites a las acciones que atenten contra la vida y la salud de las personas y su entorno.

Una Cultura para la Vida y la Salud se produce y reproduce por medio de la implementación de prácticas educativas y comunicativas que configuran formas dialógicas y participativas para el cuidado de la vida y la salud al tiempo que permiten tramitar los distintos intereses y deseos individuales y colectivos que se ponen en juego al interior del campo de la salud pública.

La institucionalización de una Cultura para la Vida y la Salud pasa por comprender la necesidad de promover no solo la apropiación de los estilos de vida considerados saludables, sino además del logro de unas condiciones de vida adecuadas para el bienestar y el desarrollo humano y sostenible de los habitantes del territorio colombiano.

Como se señaló anteriormente el contexto histórico, económico, político, social y cultural determina el modo de vida de una sociedad y las condiciones de vida de los grupos sociales que la integran al definir las estructuras y relaciones de poder que se concretan en condiciones particulares de vida que a su vez generan, reproducen o transforman dichos contextos de forma dialéctica. Estos modos y condiciones de vida guardan además una estrecha relación con los estilos de vida de las personas y sus familias, dado que inciden en la producción y el mantenimiento de los patrones de comportamiento que orientan sus decisiones y acciones en salud (Castellanos, 1998). Es así como, los modos, condiciones y estilos de vida siguen patrones de distribución social y estructural del poder, con mayores afectaciones para los



resultados en salud de individuos y colectivos en áreas con deficiencia de recursos sociales y materiales (Yen & Syme, 1999).

Así, las condiciones de vida de los grupos sociales que conforman una sociedad, se consideran determinantes intermedios de la salud que incluyen condiciones materiales tales como: las condiciones de la vivienda y laborales, el ambiente físico y social de los entornos inmediatos, así como los medios financieros para acceder a bienes esenciales y no esenciales de consumo (Braveman & Gottlieb, 2014; Solar & Irwin, 2010). Adicionalmente, las condiciones de vida se han identificado como uno de los factores intermedios más relevantes en la determinación de las desigualdades en salud de los grupos sociales e individuos, en tanto la estratificación socioeconómica estructural se manifiesta a través de las condiciones materiales de vida (Solar & Irwin, 2010).

Como se señaló, la vivienda y sus condiciones es otro de los factores estrechamente relacionado con la salud, toda vez que determina las formas de vida, la disposición de recursos protectores o la imposición de riesgos para la salud de las personas y sus familias (Howden-Chapman, 2004; Solar & Irwin, 2010). Las viviendas hacen parte del ambiente construido inmediato de las personas y sus familias, de igual forma las condiciones físicas y sociales de las viviendas están interrelacionadas con las condiciones del ambiente físico y social del vecindario (Solar & Irwin, 2010). Así, las condiciones físicas y estructurales de las viviendas, la disponibilidad de recursos materiales, agua potable, electricidad, sistemas de alcantarillado, disposición de residuos, combustibles limpios para cocinar, sistemas de almacenamiento, procesamiento y cuidado de alimentos, así como el hacinamiento son condiciones materiales de las viviendas, cuya disponibilidad o ausencia determina una amplia gama de riesgos para la salud a través de múltiples mecanismos (Howden-Chapman, 2004).

Así mismo, las condiciones laborales y ambientales del lugar de trabajo determinan las condiciones de vida de los grupos sociales e individuos y guardan relación con



la salud en la medida que determinan el ingreso socioeconómico, la exposición a riesgos laborales y el modelamiento de los comportamientos relacionados con la salud (Braveman et al., 2011; Solar & Irwin, 2010; Stansfeld & Candy, 2006).

En consecuencia, la institucionalización de prácticas sociales que promuevan el logro de condiciones de vida y salud valoradas como dignas para todos los habitantes del territorio colombiano es un prerrequisito para alcanzar el bienestar, la calidad de vida y el desarrollo humano y sostenible al que se aspira en el marco del PDSP.

Al igual que las condiciones de vida, los estilos de vida y comportamientos en salud son determinantes intermedios de la salud (Solar & Irwin, 2010). Los estilos de vida pueden ser entendidos como los patrones de comportamiento habituales e identificables producto de la interacción entre las condiciones de vida y las características individuales a su vez determinadas por factores socioculturales y psicosociales (OMS, 1998). Desde esta perspectiva, los estilos de vida no se constituyen en situaciones que dependen exclusivamente de las decisiones individuales y completamente racionales de las personas y sus familias, sino que en gran medida son producto de las condiciones sociales económicas y culturales en las que viven los individuos y colectivos y de las interacciones tejen los individuos con dichas condiciones.

Asimismo, el capital social, las redes de apoyo social, las redes institucionales y la eficacia colectiva se constituyen en factores facilitadores y promotores de estilos de vida saludables (Diez Roux & Mair, 2010). Por su parte, el ambiente construido también determina la oferta y el acceso a bienes y servicios en el entorno inmediato de los grupos sociales tales como: espacios de recreación, espacios públicos y espacios verdes, entornos alimentarios saludables y modos integrados de transporte los cuales influyen los patrones de comportamiento. De ahí que los estilos de vida también están determinados por la oferta y el acceso a dichos bienes. En consecuencia, los estilos de vida están influenciados tanto por las condiciones



de vida en su relación más proximal como con los modos de vida derivados del contexto político, económico, social y cultural en su relación más distal y estructural.

En términos generales existen varios patrones de conducta valorados socialmente e identificados científicamente como perjudiciales para la salud entre los que se destacan el consumo de tabaco, alcohol, sustancias psicoactivas, alimentos procesados y altamente calóricos los cuales se constituyen en factores de riesgo para la salud particularmente asociados a las condiciones crónicas no transmisibles. Por su parte, la actividad física, el consumo de alimentos saludables, la sexualidad responsable, la lactancia materna son factores protectores del estado de salud ampliamente reconocidos (Abbfati et al., 2020). Así, la promoción de factores protectores y la prevención de factores de riesgo hace parte esencial del cuidado de la salud. En este sentido, es necesario avanzar en la institucionalización de una cultura para la vida y la salud a través de la promoción de estilos de vida saludables por medio del desarrollo de capacidades para el cuidado integral de la salud y de la oferta y acceso efectivo a bienes y servicios que los promuevan.

La cultura para la vida y la salud también se refiere a la interculturalidad. La UNESCO define la interculturalidad como “la presencia e interacción equitativa de diversas culturas y la posibilidad de generar expresiones culturales compartidas, a través del diálogo y del respeto mutuo”. Trabajar la interculturalidad es un estructural de la inclusión, del respeto por la diversidad, de la posibilidad de incidir sobre desigualdades derivadas de la homogenización y el desconocimiento sistemático de los derechos culturales y de la modificación de circunstancias que, unidas a otras, profundizan la discriminación múltiple.

Colombia es un país pluriétnico y multicultural lo que implica que el reconocimiento de su diversidad es una transversalidad obligatoria en cualquiera de sus políticas públicas y acciones de Estado. La salud pública por lo tanto debe cumplir con este reconocimiento, no solo incluyendo el enfoque de interculturalidad, sino apropiando prácticas sociales que valoricen e instituyan caminos interculturales y de trabajo



conjunto con las demás cosmovisiones que cuidan de la vida y la salud, en el marco del derecho fundamental a la salud y otros de orden colectivo para los grupos étnicos.

La interculturalidad integra y permite el diálogo de diferentes conocimientos, saberes y prácticas, se basa en el marco normativo que, derivado del bloque de constitucionalidad, no solo reconoce la diversidad cultural (especialmente étnica), sino que se orienta a la construcción de relaciones entre el Estado y los actores sociales que den campo a lo heterogéneo, a lo diferencial y a las divergencias que existen, coexisten y se resignifican en el accionar conjunto de la salud pública.

Esto significa para el PDSP que en un mismo territorio cohabitan varias culturas, con sus propios orígenes e historias, con sus identidades y componentes que en interacción son la expresión de diferencias sociales, que deben ser respetadas, permitiendo dinámicas de encuentro para construir acciones y espacios de beneficio mutuo, en la búsqueda del más alto nivel de salud posible.

Por tanto, la institucionalización de una Cultura para la vida y la salud desde una perspectiva intercultural implica el concurso de acciones diferenciales que legitimen e incorporen las distintas miradas y modos de actuación originadas en otras cosmovisiones que respetan y protegen las prácticas ancestrales y tradicionales presentes en las múltiples culturas al interior del país. Supone entonces una variedad cultural, cuya negación, discriminación e incluso homogenización deriva en desigualdades que agregan vulnerabilidad por imposición de culturas mayoritarias, lo que de igual manera se constituye en una violación de los derechos culturales y sociales.

En relación con la educación en la salud pública, el ordenador de Cultura para la Vida y la Salud busca el desarrollo de acciones de educación que habiliten procesos de institucionalización de prácticas sociales acordes con la promoción de la vida y la salud de tal forma que incidan positivamente en las condiciones y los estilos de



vida de los habitantes del país y al mismo tiempo orienten la gestión integral de la salud pública acogiendo una perspectiva intercultural que integre la riqueza de la diversidad cultural existente en los distintos territorios del país.

La educación como medio expedito para la producción y reproducción cultural está contemplada en Constitución Política Nacional de 1991 en los artículos 67 al señalar que “mediante la educación se accede a los valores de la cultura” y que la educación “formará al colombiano en el respeto a los derechos humanos, a la paz y a la democracia; y en la práctica del trabajo y la recreación, para el mejoramiento cultural, científico, tecnológico y para la protección del ambiente”. Asimismo, el artículo 68 establece que “los integrantes de los grupos étnicos tendrán derecho a una formación que respete y desarrolle su identidad cultural”; y el artículo 70 indica que “El Estado tiene el deber de promover y fomentar el acceso a la cultura de todos los colombianos en igualdad de oportunidades, por medio de la educación permanente y la enseñanza científica, técnica, artística y profesional en todas las etapas del proceso de creación de la identidad nacional. La cultura en sus diversas manifestaciones es fundamento de la nacionalidad. El Estado reconoce la igualdad y dignidad de todas las que conviven en el país. El Estado promoverá la investigación, la ciencia, el desarrollo y la difusión de los valores culturales de la Nación”.

Así, la educación al interior del campo de la salud pública se convierte en la posibilidad de ampliar los horizontes de reflexión y acción para que los sujetos, colectivos e instituciones incorporen una cultura favorable a la vida y la salud. Lo anterior de importancia crucial en momentos en que la situación de la pandemia agravó las condiciones de aprendizaje del país. En consecuencia, el fortalecimiento de la educación en el campo de la salud pública en el marco del PDSP permitirá el desarrollo de capacidades para co-producir una vida saludable y la institución de una praxis en salud pública democratizadora, intercultural, garante de derechos y constructora de subjetividades capaces de cuidar de la vida y de incidir positivamente en los determinantes sociales de la salud.



La educación en el campo de la salud pública incluye tanto el ámbito de la educación superior para la formación en salud pública de los niveles técnico, profesional y de posgrado de las disciplinas de la salud, como la educación que se realiza desde la “institución salud” ya sea en ámbitos institucionales con pacientes y usuarios o en ámbitos comunitarios con sujetos individuales y colectivos en las que se establece un tipo de relación educador-educando (Peñaranda, 2018). Reconocer la existencia del rol del talento humano en salud como educadores y reflexionar sobre el tipo de relación educador-educando que se establece en las prácticas de salud pública, es fundamental para la co-producción de una Cultura para la vida y la salud. En ese sentido, es válido afirmar con Granda (2009a) que los gestores en salud pública se constituyen en intérpretes y mediadores de las diversas propuestas para la construcción de la vida y la salud en los distintos territorios.

Sin embargo, la educación en el campo de la salud pública ha estado comúnmente vinculada a un modelo educativo tradicional de tipo instruccional con predominio de saberes y prácticas cimentadas en una racionalidad técnico-científica de carácter biomédico que impone una forma particular de conocer y significar los procesos de salud-enfermedad y de patologizar los sujetos rotulados como enfermos o saludables. Asimismo, han prevalecido las relaciones verticales que limitan la construcción de una práctica autónoma y democrática, y que niegan los saberes diversos y la capacidad de los sujetos para comprender y actuar a favor de la vida y la salud. Una educación con escasa reflexión pedagógica sobre su quehacer que ha derivado en su uso instrumental limitando la potencia de sus prácticas en el desarrollo de capacidades para la co-producción de vida y salud (Granda, 2009; Campos 2009; Díaz et al., 2010; Vivero, 2013; Peñaranda, 2018).

Por tanto, en el marco del PDSP se requiere comprender que la educación es un proceso donde aprender implica construir conjuntamente en lugar de adquirir, adaptar o reproducir ciegamente conocimientos y/o comportamientos (Ferreira et al., 2014). Una educación desmarcada del modelo biomédico hegemónico que rescate relaciones pedagógicas colaborativas y dialógicas, que permitan la



problematización y la implementación de metodologías que puedan ampliar la capacidad de los sujetos para analizar e intervenir sobre sus circunstancias en la vía de coproducir subjetividades que hagan posible el mejoramiento de sus condiciones de vida y salud (Campos, 2009).

Trascender la visión instrumental de la educación y recuperar el saber pedagógico para lograr mejores desarrollos en el campo de la salud pública requiere además reconocer las relaciones de poder en las que se enmarca el proceso educativo, lo que implica profundizar en el educador como sujeto, sin cuya transformación no es posible la apropiación de una Cultura para la vida y la salud que promueva formas de relacionamiento cada vez más dialógicas y co-gestivas que habiliten una gestión integral de la salud pública.

Educación que en cuanto componente esencial de la práctica de la salud pública pueda posibilitar la formación de un sujeto individual y colectivo libre y responsable de sus actos, capaz de un ejercicio democrático y de apropiar subjetividades dialógicas e interculturales que nos aproximen a la construcción de estilos de vida saludable y al mejoramiento de las condiciones de vida y salud para todos los habitantes del territorio colombiano.

4. Atención integral en salud

El hito más reciente en la historia de la salud en Colombia es la Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de la Salud) que regula, en coherencia con la Constitución Política Nacional y pronunciamientos de Sentencias de la Corte Constitucional, el derecho fundamental a la salud. El goce efectivo del derecho a la salud sitúa a las personas, las familias y comunidad en el centro de la acción sectorial e intersectorial intencionada para alcanzar el óptimo nivel de salud y bienestar del universo de los ciudadanos como una condición intrínseca de su desarrollo integral y del desarrollo del país.



Esta ley, en su artículo 20, obliga al Estado a definir e implementar una política que permita la articulación intersectorial con el propósito de garantizar los componentes esenciales del derecho, afectando de manera positiva los determinantes sociales de la salud. De igual manera, dicha política social de Estado se deberá basar en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y su atención integral, oportuna y de calidad, al igual que rehabilitación. En el artículo 8°, hace un llamado a la integralidad. Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador.

Es así, que garantizar la salud como un derecho humano y como elemento fundamental para el bienestar y el desarrollo humano, implica i) reconocer y concebir las personas, familias y comunidades como sujetos de derecho, únicos, singulares e integrales y ii) generar condiciones en las cuales todos los ciudadanos puedan disfrutar del nivel de salud más alto posible. Esto significa un sistema de salud que dispone de: i) mecanismos para la promoción y sostenibilidad del aseguramiento al SGSSS; ii) servicios y tecnologías en salud en todas las fases de la atención en salud, iii) talento humano en salud suficiente y con competencias técnicas y funcionales; iv) sistemas de información oportunos y con calidad; mecanismos de incentivos al talento humano y a los usuarios; v) respuestas intersectoriales efectivas que transformen los determinantes sociales y ambientales de la salud de la población: pobreza; educación; desempleo; vivienda, seguridad ciudadana; etnicidad y ruralidad; ambiente; vi) con condiciones resilientes para dar respuesta ante las emergencias sanitarias; humanitarias y ambientales, entre otras.

En este contexto, y como respuesta a las barreras identificadas por los integrantes del SGSSS y de manera particular por los usuarios, las cuales se relacionan con la operación del sistema, y se traducen en: percepción de un sistema de salud enfocado en la enfermedad y no en un modelo de promoción de la salud y



prevención de riesgos y eventos, poca resolutiveidad en la baja complejidad, fragmentación de la atención, talento humano en salud insuficiente, baja participación de la comunidad en la planeación y organización de los servicios, aumento de las brechas de inequidad y riesgos en la sostenibilidad financiera del sistema de salud; el país ha avanzado en gestionar y superar estas limitaciones a través de la Atención Integral en Salud.

La Atención Integral en Salud, se fundamenta, desde la base de la Ley Estatutaria de Salud y la Política de Atención Integral en Salud, que tienen como principio favorecer la búsqueda de soluciones integrales e integradas, lo que se traduce en el supuesto de que todas las acciones que busquen mejorar el estado de salud y la calidad de vida de la población, contribuyendo al bienestar y desarrollo humano, deben ser planeadas e implementadas entre todos los agentes del sistema de salud que tienen la responsabilidad de garantizar el derecho a la salud.

Avanzar hacia la Atención Integral en Salud se convierte en un imperativo ético y un propósito vital del país, que implica un fortalecimiento del sistema de salud con capacidad de respuesta para abordar y asegurar la atención en salud de las personas, familias y comunidades en todos sus momentos de curso de vida, en todas sus esferas (cultural, biológica, psicológica y social), todas ellas enmarcadas en un contexto histórico, político, geográfico y económico, que influyen en las prioridades y resultados en salud.

Es así, que uno de los ordenadores del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031, es la Atención Integral en Salud, resultado inherente a las capacidades y fortalecimiento del sistema de salud que de manera directa tiene como finalidad o propósito superior los mejores resultados en la población. La Atención Integral en Salud, se define, como el conjunto de acciones coordinadas, complementarias y efectivas para garantizar el derecho a la salud, expresadas en políticas, planes, programas, proyectos, estrategias y servicios, que se materializan en atenciones dirigidas a las personas, familias y comunidades para la promoción de la salud,



prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos de la enfermedad.¹⁵

En términos más operativos, la Atención Integral en Salud, se comprende como la forma a través de la cual los actores responsables de garantizar el goce efectivo del derecho a la salud se organizan y desarrollan acciones sectoriales e intersectoriales intencionadas, planificadas, continuas, programáticas y efectivas, como plataforma para asegurar y materializar atenciones en salud a cada ciudadano, a su familia y a su comunidad, de forma integral e integrada, concurrente, complementaria, pertinente, adecuada y oportuna.

En este sentido, la atención integral en salud se caracteriza por:¹⁶

Estar centrada en las personas, familias y comunidades. Implica reconocer la diversidad y singularidad de cada sujeto, y el papel de las personas en el cuidado de su salud, el de su familia y el de su entorno, busca identificar y visibilizar las capacidades de las personas para intervenir desde estas y adaptar formas de atención donde los usuarios puedan elegir y esto redunde en confianza y aceptabilidad del sistema de salud.

Reconocer el carácter multidimensional del desarrollo, superando las visiones fragmentadas por órganos, sistemas o daños específicos y/o temáticos; con el objetivo de apoyar e impulsar el desarrollo humano sostenible.

Asegurar resultados en salud en las personas, familias y comunidades, la integralidad de la atención se traduce en las condiciones que se materializan

¹⁵ Resolución 3202 de 2016. Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud –PAIS y se dictan otras disposiciones

¹⁶ *Ibidem*



en la vida de cada persona y que hacen posible el bienestar y el disfrute de un mejor estado de salud.

Garantizar el continuo de la atención desde lo promocional hasta el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad. Se concreta con la afiliación al SGSSS, identificación de los usuarios, demanda inducida a los servicios, canalización por parte de otros sectores, articulación entre los prestadores que conforman la RIPSS, procesos de referencia y contrarreferencia, mecanismos de relacionamiento entre los integrantes del SGSSS, interoperabilidad de la información y procesos de seguimiento y monitoreo a los hitos de gestión y al logro de resultados en salud.

Garantizar la complementariedad, elemento clave para mejorar la eficiencia de los recursos y potenciar acciones, la interacción y sinergia de los integrantes del SGSSS debe contribuir a respuestas integrales e integradas entre: actores sectoriales e intersectoriales; servicios, tecnologías e intervenciones individuales y colectivas; fuentes de financiación que concurren en la respuesta a las prioridades en salud y sus resultados; prestadores primarios de las Redes Integrales de Prestación de Servicios de Salud, que posibilite el acceso real y efectivo a la atención en salud con resolutivez, asegurando completitud de los servicios y tecnologías en salud, con oportunidad y calidad de la atención; modalidades de prestación de servicios, que respondan a la entrega de intervenciones/atenciones en salud en los entornos en donde viven las personas, familias y comunidades y a las condiciones de acceso geográficas; la oferta institucional de servicios e intervenciones de salud y las expectativas, saberes, tradiciones, lenguas y formas organizativas de las diversas poblaciones, que se desarrolla a partir del encuentro entre culturas y el reconocimiento mutuo de los sistemas de representaciones y manifestaciones y los servicios sanitarios y sociales, buscando dar continuidad a los planes de cuidado primario de salud, de las



personas que por su situación o condición requieren servicios sociales para mejorar su calidad de vida y bienestar.

La Atención Integral en Salud reconoce el valor estratégico de la gestión de la salud pública como condición intrínseca para materializar las atenciones en salud poblacionales, colectivas e individuales en el continuo de la atención, con una mirada comprensiva y particular de la garantía del derecho a la salud de todas las personas a lo largo del curso de la vida.

Borrador



Referencias

- Audrey, S., & Batista-Ferrer, H. (2015). Healthy urban environments for children and young people: A systematic review of intervention studies. *Health and Place*, 36, 97–117. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2015.09.004> LK - http://mgetit.lib.umich.edu/sfx_locator?sid=EMBASE&issn=18732054&id=doi:10.1016%2Fj.healthplace.2015.09.004&atitle=Healthy+urban+environment+s+for+children+and+young+people%3A+A+systematic+review+of+interventi+on+studies&stitle=Health+Place&title=Health+and+Place&volume=36&issue=&spage=97&epage=117&aualast=Audrey&aufirst=Suzanne&aunit=S.&afull=Audrey+S.&coden=HEPLF&isbn=&pages=97-117&date=2015&aunit1=S&aunitm=
- Abbatati, C., Abbas, K. M., Abbasi-Kangevari, M., Abd-Allah, F., Abdelalim, A., Abdollahi, M., ... Murray, C. J. L. (2020). Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10258), 1223–1249. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30752-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30752-2)
- Afanador, María Isabel (2002). El derecho a la integridad personal - Elementos para su análisis. *Reflexión Política*, 4 (8), 92-104.
- Berger, P., & Luckmann, T. (1968). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Gedisa.
- Bourdieu, P., & Passeron, J. C. (1998). *La reproducción. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza*. México D. F: Fontamara.
- Braveman, P. (2010). Social conditions, health equity, and human rights. *Health and Human Rights Journal*, 31-48.
- Braveman, P., Egerter, S., & Williams, D. R. (2011). The social determinants of health: Coming of age. *Annual Review of Public Health*, 32, 381–398. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031210-101218>



- Braveman, P., & Gottlieb, L. (2014). The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes. *Public Health Reports*, 129(SUPPL. 2), 19–31. <https://doi.org/10.1177/00333549141291s206>
- Caballero, G., Moreno, G., Sosa, M., Figueroa, E., Vega, M., & Culumbié, L. (2012). Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos. *INFODIR*, 1-10.
- Campos, G. W. (2002). Sete considerações sobre saúde e cultura. *Saúde e Sociedade*, 11 (1), 105-115.
- Campos, G. W. (2009). Concepción Paideia y co-producción de salud: la salud colectiva y la clínica ampliadas y compartidas. En G. W. Campos (Ed.), *Método Paideia: análisis y cogestión de colectivos* (pp. 167–203). Lugar Editores.
- Castellanos, P. L. (1998). Los Modelos Explicativos del Proceso Salud-Enfermedad: Los Determinantes Sociales. *Salud Pública: Desigualdades y Ausencia de Equidad*. In Mc Graw Hill (Ed.), *Salud Pública* (p. 35). Madrid. Retrieved from https://www.academia.edu/25324592/LOS_MODELOS_EXPLICATIVOS_DEL_PROCESO_SALUD_ENFERMEDAD_LOS_DETERMINANTES_SOCIALES
- Collins, Patricia. (2000) Black feminist thought. Knowledge, consciousness and the politics of empowerment [Internet]. Taylor & Francis e-Library, editor. Vol. 2. London: Routledge; 2000 [cited 2021 Dec 3]. 1–354. Available from: <https://uniteyouthdublin.files.wordpress.com/2015/01/black-feminist-thought-by-patricia-hill-collins.pdf>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2020) Panorama Social de América Latina, 2020 (LC/PUB.2021/2-P/Rev.1), Santiago, 2021.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe – CEPAL. (2000). Etnicidad, "Raza" y Equidad en América Latina y el Caribe. División de Desarrollo Social.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2022) Panorama Social de América Latina, 2021 (LC/PUB.2021/17-P), Santiago, 2022.
- Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. (2015). *Avanzando hacia la equidad. Propuestas de políticas e intervenciones para*



reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Consejería Presidencial para los Derechos Humanos y Asuntos Internacionales. (2018) Balance de la fase de alistamiento para la construcción del Plan de Acción en Derechos Humanos. Consejería Presidencial para los Derechos Humanos y Asuntos Internacionales.

Corvalán, C. F., Kjellström, T., & Smith, K. R. (1999). Health, environment and sustainable development: Identifying links and indicators to promote action. *Epidemiology*, 10(5), 656–660. <https://doi.org/10.1097/00001648-199909000-00036>

Cruces, Guillermo (2006). Protección social y sistemas de salud “Los sistemas de salud y de protección social frente a los nuevos escenarios epidemiológicos y demográficos”. Reunión de Expertos sobre Población y Pobreza en América Latina y el Caribe 14 y 15 de noviembre 2006, Santiago, Chile. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CELADE-División de Población, con el auspicio del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE. (2020). Guía para la inclusión del enfoque diferencial e Interseccional en la producción estadística del Sistema Estadístico Nacional. Versión Consulta Pública.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE. (2021). El enfoque transversal de los derechos humanos en los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030. Nota Estadística.

Devia, Camilo; Niño, Jairo (2015). Aproximación a la Seguridad Humana en Colombia. Estudios en Seguridad y Defensa 2015, diciembre, volumen 10 - número 20, 89-10

Díaz, P., Peñaranda, F., Cristancho, S., Caicedo, N., Garcés, M., Alzate, T., Bernal, T., Gómez, M., Valencia, A., & Gómez, S. (2010). Educación para la salud: perspectivas y experiencias de educación superior en ciencias de la salud, Medellín, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 28(3), 221–230.



- Diez Roux, A. V., & Mair, C. (2010). Neighborhoods and health. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186, 125–145. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.05333.x>
- Duque-Páramo, M. C. (2007). Cultura y Salud: Elementos para el Estudio de la Diversidad y las Inequidades. *Investigación En Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 9(2), 127–142.
- Einarsen S, Nielsen MB. Workplace bullying as an antecedent of mental health problems: a five-year prospective and representative study. *Int Arch Occup Environ Health*. 2015;88(2):131–42.
- Ereú de Mantilla, Evelyn (2018). Del antropocentrismo al biocentrismo: un recorrido hacia la educación para el desarrollo sostenible. *Revista de Ciencia y Tecnología. AGROLLANÍA*, 16 (2): 20-26. 2018. Edición Especial ISSN: 2665-0053
- Evans, T., Whitehead, M., Diderichsen, F., Bhuiya, A., & Wirth, A. (2001). *Desafío a la falta de equidad en salud: de la ética a la acción*. New York: Oxford.
- FAO. Social Protection [Internet]. Food and Agriculture Organization of the United Nations. [cited 2021 Nov 16]. Available from: <https://www.fao.org/social-protection/overview/whatissp/en/>
- Ferreira, V., Rêgo da Rocha, G. O., Bragança Lopes, M. M., Silva dos Santos, M., & Aviz de Miranda, S. (2014). Educação em saúde e cidadania: revisão integrativa. *Trabalho, Educação e Saúde*, 12(2). <https://doi.org/10.1590/S1981-77462014000200009>
- Granda, E. (2009). *La salud y la vida*. Organización Panamericana de la Salud.
- Granda, E. (2009a). Salud: globalización de la vida y la solidaridad. En F. Rojas & M. Márquez (Eds.), *ALAMES en la memoria* (pp. 446–475). editorial caminos.
- Globally [Internet]. Policy Brief prepared for the UN Department of Economic and Social Affairs, Division for Social Policy and Development, United Nations Expert Group Meeting Session: “Good Practices in Family Policy Making. New York; 2012. Available from: <http://www.un.org/esa/socdev/family/docs/egm12/HEYMANN%26MCNEILL-PAPER.pdf>



- Harris, M. (2007). *Teorías sobre la cultura en la era posmoderna*. (AltaMira Press, Ed.) (Segunda ed). California: A&M Grafic, Santa Perpetua de la Mogada.
- Heymann J, McNeill K. Families at Work: What We Know About Conditions Globally [Internet]. Policy Brief prepared for the UN Department of Economic and Social Affairs, Division for Social Policy and Development, United Nations Expert Group Meeting Session: “Good Practices in Family Policy Making. New York; 2012. Available from: <http://www.un.org/esa/socdev/family/docs/egm12/HEYMANN%26MCNEILL-PAPER.pdf>
- Howden-Chapman, P. (2004). Housing standards: A glossary of housing and health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58(3), 162–168. <https://doi.org/10.1136/jech.2003.011569>
- Henson, R. M., Ortigoza, A., Martinez-Folgar, K., Baeza, F., Caiaffa, W., Vives Vergara, A., ... Lovasi, G. (2020). Evaluating the health effects of place-based slum upgrading physical environment interventions: A systematic review (2012-2018). *Social Science & Medicine* (1982), 261, 113102. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113102>
- Hosseini. (2017). Conceptual models of social determinants of health: a narrative review. *Iran J Public Health*, 435-46.
- Hunter, R. F., Christian, H., Veitch, J., Astell-Burt, T., Hipp, J. A., & Schipperijn, J. (2015). The impact of interventions to promote physical activity in urban green space: a systematic review and recommendations for future research. *Social Science & Medicine* (1982), 124, 246–256. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.11.051>
- Jackson, R. J., & Kochitzky, C. (2010). *Creating A Healthy Environment. The Impact of the Built Environment on Public Health. Sprawl Watch Clearinghouse Monograph Series*. Washington, DC. Retrieved from <papers2://publication/uuid/F32713AC-E603-495A-82DA-FBC2429ACAAA>
- McNeill, L. H., Kreuter, M. W., & Subramanian, S. V. (2006). Social Environment and Physical activity: A review of concepts and evidence. *Social Science and Medicine*, 63(4), 1011–1022. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.03.012>



- Miles MB, H. A. (1994). *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. California: SAGE.
- Ministerio de Salud y Protección Social, & Organización Panamericana de la Salud. (2014). Referentes Conceptuales y Abordajes sobre Determinantes Ambientales. Bogotá, D.C: Ministerio de Salud y Protección Social. Retrieved from <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SA/referentes-conceptuales-abordajes-determinantes-ambientales.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016) Resolución 3202 de 2016. Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas el Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de la Política de Atención Integral en Salud –PAIS y se dictan otras disposiciones
- Ministerio de Salud y Protección Social (2021). Enfoque diferencial. Orígenes y alcances. Noviembre 2021.
- Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos. La Declaración Universal de Derechos Humanos | Naciones Unidas
- Neira, M., & Prüss-Ustün, A. (2016). Preventing disease through healthy environments: A global assessment of the environmental burden of disease. *Toxicology Letters*, 259, S1. <https://doi.org/10.1016/j.toxlet.2016.07.028>
- O'Compo, P., Xue, X., Wang, M.-C., & Caughy, M. O. (1997). Neighborhood risk factors multilevel analysis. *American Journal of Public Health*, 87(7), 1113–1118.
- Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (2022). ACNUDH | Qué son los derechos humanos (ohchr.org)
- Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos - OACNUDH, (2006) 'Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo' Disponible en: <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/FAQsp.pdf>. En: Balance de la fase de alistamiento para la construcción del plan de acción en derechos



humanos. Consejería Presidencial para los Derechos Humanos y Asuntos Internacionales. 2018.

Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2021). Panorama de la protección social en América Latina y el Caribe: Avances y retrocesos ante la pandemia. Serie Panorama Laboral en América Latina y el Caribe 2021.

Organización Mundial de la Salud – OMS (sf). La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. 9789243512884-spa.pdf (who.int)

OMS. (1998). Promoción de la Salud. Glosario de términos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Retrieved from <https://>

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=7B83BCC1FCC34D687EF8EFF057A2ED4F?sequence=1

OMS. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2*. Genova: OMS.

OMS. (2007). *Social determinants of health*. Retrieved from

https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1

OPS. (2007). Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental. In *Salud en las Américas 2007. Publicación Científica y Técnica No. 22. Volumen I-Regional* (p. 222).

Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud. Retrieved from <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/dmdocuments/salud-americas-2007-vol-1.pdf>

OPS Colombia. (n.d.). Entornos Saludables: Cartilla de los niños y de las niñas.

Peñaranda-Correa, F., Bastidas-Acevedo, M., Escobar-Paucar, G., Torres-Ospina, N., & Arango-Córdoba, A. (2006). Análisis integral de las prácticas pedagógicas de un programa educativo en Colombia. *Salud Pública de México*, 48(3), 229–235.

Peñaranda, F. (2018). *Educación en el campo de la salud pública. Una mirada pedagógica*. Medellín: Universidad de Antioquia

Presidencia de la República de Colombia. (2018). Decreto 762 de 2018. Por el cual se adiciona un capítulo al Título 4 a la Parte 4, del Libro 2, del Decreto 1066 de 2015, Único Reglamentario del Sector Interior, para adoptar la



Política Pública para la garantía del ejercicio efectivo de los derechos de las personas que hacen parte de los sectores sociales LGBTI y de personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas.

- Ramirez-Velázquez, B., & Lopez-Levi, L. (2015). Espacio, paisaje, regi[on, territorio y lugar: la diversidad en el pensamiento contemporáneo. Instituto de Geografía, Universidad Nacional Autónoma de México. México D.C.
- República de Colombia (2002). Ley 789 de 2002. Por la cual se dictan normas para apoyar el empleo y ampliar la protección social y se modifican algunos artículos del Código Sustantivo de Trabajo.
- República de Colombia (2015). Ley Estatutaria 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.
- República de Colombia. (2013). Ley Estatutaria 1618 de 2013. Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad”
- República de Colombia. (1991) Constitución Política Nacional.
- Resurrección, Liliana. (2015). La «discriminación múltiple». Formación del concepto y bases constitucionales para su aplicación en el Perú. *Pensamiento Constitucional*, 20, 311-334 / ISSN 1027-6769
- Robert Wood Johnson Foundation. Work Matters for Health [Internet]. Robert Wood Johnson Foundation Comission to Build a Healthier America. San Francisco; 2008. Available from:
<http://www.rwjf.org/files/research/commissionwork122008.pdf>
- Salvia, Agustín Salvia y Tuñón, Ianina. (2013). Apuntes sobre la construcción de indicadores de desarrollo humano en la infancia. En Modelos e indicadores de desarrollo y bienestar infantil. Montevideo (Uruguay): Tradinco S.A.
- Sastry, N. (1996). Community characteristics, individual and household attributes, and child survival in Brazil. *Demography*, 33(2), 211–229.
<https://doi.org/10.2307/2061873>
- Solar, O., & Irwin, A. (2010). *A conceptual Frameworl for Action on the Social Determinants of Health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). WHO Comision on Social Determinants of Health.*



Switzerland.

- Srinivasan, S., O'Fallon, L. R., & Deary, A. (2003). Creating Healthy Communities, Healthy Homes, Healthy People: Initiating a Research Agenda on the Built Environment and Public Health. *American Journal of Public Health*, 93(9), 1446–1450. <https://doi.org/10.2105/AJPH.93.9.1446>
- Stansfeld, S., & Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health — a meta-analytic review. *Scand J Work Environ Health*, 32(6), 443–462. <https://doi.org/10.5271/sjweh.1050>
- Steinmetz, Katy. (2021) Kimberlé Crenshaw sobre lo que significa hoy la interseccionalidad | Tiempo. TIME [Internet]. 2020 Feb 20 [cited 2021 Dec 3];1. Available from: <https://time.com/5786710/kimberle-crenshaw-intersectionality/>
- UNEP. (2019). *The Sixth Global Environmental Outlook GEO-6. Healthy Planet, Healthy People*. Cambridge University Press. Cambridge, UK. <https://doi.org/10.1017/9781108627146>
- United Nations. (n.d.). Access to a healthy environment, declared a human right by UN rights council.
- Vasquez, L., Serrano, S.(2013). *Los principios de universalidad,interdependencia, indivisibilidad y progresividad. Apuntes para su aplicación práctica*. Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. 135 – 165.
- Vivero Arriagada, L. A. (2013). La educación popular como paradigma y metodología de acción en salud familiar. *Ciencia y enfermería*, 19(3), 111–116.
- Yen, I. H., & Syme, S. L. (1999). The social environment and health: A discussion of the epidemiologic literature. *Annual Review of Public Health*, 20(108), 287–308. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.20.1.287>



Marco Estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031

El marco estratégico del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2022-2031 avanza sobre los legados y logros del PDSP 2012-2021, y tiene como eje central la visión de la Salud Pública planteada para Colombia a 2031. Esta visión se materializa a partir de cuatro grandes fines en salud pública y se alcanza mediante la articulación de cinco ejes estratégicos que determinan las bases fundamentales para la gestión de la salud pública en los próximos diez años, en el marco de la salud como derecho, el enfoque diferencial de derechos y la diversidad, el desarrollo humano sostenible, y los determinantes sociales de la salud.

1. Visión a 2031

A 2031, con la ejecución del Plan Decenal de Salud Pública, el país habrá avanzado en la garantía del derecho fundamental a la salud y la mejora del bienestar y calidad de vida de los habitantes del territorio colombiano, mediante la incidencia sobre los determinantes sociales de la salud a través de la acción territorial, institucional y social de forma articulada, diferencial y sostenible.

2. Grandes fines

El PDSP 2022-2031 materializa su visión a 2031 a través del logro de cuatro grandes fines:

- Avanzar hacia la garantía del derecho fundamental a la salud mediante la acción intersectorial y de la sociedad en su conjunto para la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud.



- Avanzar hacia la mejora de las condiciones de vida, bienestar y calidad de vida de los habitantes del territorio colombiano mediante la reducción de desigualdades sociales en salud entre grupos socialmente constituidos.
- Reducir la mortalidad evitable y su impacto en los años de vida perdidos, así como la morbilidad y discapacidad evitables y su impacto en los años de vida saludables.
- Avanzar hacia la garantía del goce efectivo de un ambiente sano y a la mejora de la salud ambiental mediante la acción intersectorial para la protección de los ecosistemas y el fomento de territorios y entornos saludables.

3. Principios y valores

El PDSP 2022-2031 acoge los principios establecidos en la Ley Estatutaria de Salud y los valores definidos en la planeación estratégica del Ministerio de Salud y Protección Social, y hace énfasis en:

Dignidad: como valor inherente y consustancial de los seres humanos, sin condicionamiento o distinción de etnia, género, religión, ideología política, condición económica o social, o de cualquier otro tipo.

Progresividad: implica el progreso gradual de los derechos en salud para lograr su pleno cumplimiento. Es la ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías de salud, la mejora en su prestación, la ampliación de capacidad instalada del sistema de salud y el mejoramiento del talento humano, así como la reducción gradual y continua de barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas y tecnológicas que impidan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud. (literal g artículo 6, Ley 1751 de 2015).



Equidad: Es la ausencia de diferencias injustas y evitables entre grupos social, económica, demográfica o geográficamente constituidos. Implica que cada persona puede alcanzar su máximo potencial de desarrollo y que ninguna persona debería estar en desventaja de alcanzarlo debido a su posición social, raza o etnia o a otros factores socialmente determinados. Para ello, es necesaria la adopción de políticas públicas dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección (Literal c, artículo 6, Ley 1751 de 2015).

Justicia social y distributiva. Es la creación de condiciones generales de equidad a través de políticas públicas incluyentes y efectivas que tiendan a la protección de personas en su dignidad humana y a la exigencia de la solidaridad cuando ella sea indispensable para garantizar la plena efectividad de los derechos fundamentales.

Prevalencia del interés general: Es el predominio de los intereses y objetivos generales y públicos, por encima de los particulares y privados, como elemento esencial y definitorio del Estado Social de Derecho, tal y como lo define la Constitución.

Inclusión: implica la integración de todas las personas al conjunto de la sociedad para que puedan alcanzar el máximo de sus capacidades y potencialidades en salud, especialmente la de aquellos sujetos individuales y colectivos que por razones de diversidad son objeto de discriminación, se encuentran en situación de vulnerabilidad o sus derechos han sido vulnerados.

Transparencia: implica que los componentes del Plan Decenal de Salud Pública y su implementación sean más comprensibles y susceptibles de escrutinio para todos los actores involucrados directa o indirectamente, que permita reforzar el carácter democrático del Plan y la confianza de la ciudadanía.



Integralidad: entendida como el conjunto articulado y continuo de acciones individuales y colectivas en el continuo de la atención integral en salud desarrolladas en el marco del Plan Decenal de Salud Pública.

4. Ejes estratégicos

Los ejes estratégicos del PDSP 2022-2031 son las grandes líneas o rutas de gestión de la Salud Pública, que teniendo como marco la garantía del derecho a la salud, el enfoque diferencial de derechos y la diversidad, el desarrollo humano sostenible, y los determinantes sociales de la salud, permiten alcanzar la visión y los grandes fines definidos para los próximos diez años. Estas grandes líneas de acción son: el Gobierno y la Gobernanza de la Salud Pública, la Gestión Intersectorial de los Determinantes Sociales de la Salud, la Gestión Integral de la Atención Primaria en Salud, la Gestión Integral del Riesgo en Salud Pública, y la Gestión del Conocimiento para la Salud Pública.

4.1 Eje estratégico: Gobierno y Gobernanza de la Salud Pública

La salud pública se entiende como un asunto complejo que requiere múltiples capacidades para responder a las necesidades, aspiraciones y demandas crecientes de la población, no solo desde la perspectiva de eventos de enfermedad prevalente, emergente y reemergente, sino desde las posibilidades de mantener la salud y prevenir condiciones que la afecten negativamente. Se relaciona con un conjunto de políticas públicas y acciones de múltiples actores orientadas al mejor nivel de salud posible (derecho a la salud) como base del bienestar y la calidad de vida individual y colectiva.

Muchas de estas acciones gubernamentales y no gubernamentales parten de agendas globales y locales, con diversos intereses que se encuentran y permiten avanzar —o no— en las metas y resultados establecidos en salud. Pueden presentar caminos comunes sinérgicos o antagónicos de acuerdo con intereses que deben ser modulados y armonizados buscando impactos colectivos.



La coexistencia de múltiples políticas públicas, orientadas desde diversas perspectivas y sectores, generan tensiones estratégicas y operativas que deben ser analizadas y armonizadas para lograr interacciones efectivas en salud pública. También se identifica fragmentación y duplicidad en la acción en salud pública derivada de diversos campos de actuación, dispersión de lineamientos, multiplicidad de herramientas y arreglos institucionales que deben dialogar y trabajar conjuntamente, para obtener logros para todos y para la salud pública.

Los sistemas de salud han consolidado a través del tiempo su función rectora, sustentada en diferentes arreglos institucionales gubernamentales, que para el caso de Colombia se expresa en una autoridad sanitaria del orden nacional centrada en el Ministerio de Salud y Protección Social como cabeza de este sector administrativo (incluyendo sus entidades descentralizadas); y autoridades subnacionales, que de acuerdo con los mandatos constitucionales, cuentan con importantes competencias y responsabilidades en alcaldías (municipios y distritos) y gobernaciones (departamentos) orientadas a la garantía de la salud de los pobladores de sus áreas político-administrativas.

Este ordenamiento es la base principal de la estructura de gobierno de la salud pública, ordenado en un conjunto de instituciones públicas que administran y dirigen el Estado colombiano. Como lo expresa función pública, “es importante recordar que el Estado es la forma como la sociedad se ha organizado políticamente para el cumplimiento de unos fines acordados y consensuados entre ellos la garantía de los derechos. El Estado es diferente del gobierno que es el conjunto de las instituciones que se han dotado de poder político, para que en el marco de esa organización política se garantice el interés general y los derechos”. (Función Pública – Estado Social de Derecho).

La comprensión del diseño institucional de gobierno para la salud pública y sus alcances de interrelación es la base de una propuesta de trabajo intergubernamental



basado en la legalidad, en el reconocimiento de experticias y de agendas comunes en sus diferentes niveles, y del fortalecimiento de la integración de políticas públicas, de normativa y de autoridad sanitaria.

El PDSP 2022-2031 hace parte de los instrumentos de política pública que deben garantizar el derecho a la salud como uno de los fundamentos de los mandatos sociales y de su reconocible interés general. La comprensión de que la salud no es un asunto de ausencia de enfermedad y de servicios de salud exclusivamente, sino que sus resultados se relacionan con los determinantes sociales, hace que la perspectiva de gobierno se amplíe a los demás sectores administrativos de la rama ejecutiva del poder público, entendiendo para el alcance de este eje estratégico que el ejercicio de gobierno reconoce relaciones distintas con otros sectores gubernamentales (plano horizontal) como entre niveles nacional, departamental, distrital y municipal (plano vertical).

Esto implica que para lograr incidir en los determinantes sociales y establecer el mejor nivel de salud posible (resultados en salud) es necesario asumir que la salud pública es transversal a toda la estructura de gobierno, tanto en lo nacional como en lo subnacional, dando sentido a las recomendaciones derivadas de salud en todas las políticas.

Esto significa que la función rectora de la autoridad sanitaria, además de consolidar de forma permanente su acción sectorial, debe fortalecer la acción conjunta con los demás sectores ejecutivos a nivel nacional; y por su parte, los gobiernos subnacionales, deben fortalecer su ejercicio integrado de gabinete (bajo el liderazgo de alcaldes y gobernadores), ampliado a todas aquellas instancias gubernamentales que hacen presencia en el territorio y cuya misionalidad se relaciona con entidades centralizadas o descentralizadas, autónomas o no; con incidencia programática. El ejercicio rector en salud pública recoge de igual manera la relación con las demás instancias de ordenamiento del Estado colombiano potenciando aspectos de control y transparencia.



A esta perspectiva de gobierno se agrega la gobernanza de la salud pública que se orienta a trascender esta única mirada de gobierno y establecer relaciones en las que se construye con múltiples actores no gubernamentales, una toma de decisiones participativa, comprometida y legítima. En este sentido, se reconoce que la acción gubernamental tiene límites y que para lograr los mejores resultados en salud es necesaria la acción conjunta con la sociedad civil y de los demás sectores sociales.

Tanto el fortalecimiento del gobierno en salud pública, como el avanzar hacia una gobernanza consolidada hacen parte de los ejes estratégicos que establecen la acción para los próximos diez años en el marco del PDSP 2022-2031.

4.1.1 Definiciones centrales

Gobierno: conjunto de arreglos institucionales públicos que dan cuenta de la distribución territorial del poder, las responsabilidades estatales y el logro de los fines sociales derivados de un Estado Social de Derecho, unitario, en un marco de descentralización político-administrativa y autonomía subnacional.

Tiene que ver con el ordenamiento del Estado colombiano y su organización territorial, los fines constitucionales, la función administrativa del Estado, el énfasis de acción centrado en la rama ejecutiva del poder público y sus interacciones con las demás ramas que lo componen, el reconocimiento de los derechos colectivos de grupos étnicos (gobiernos propios) y la diada decisión-acción en salud pública que supone la responsabilidad en cabeza de la autoridad sanitaria del país y su despliegue para el logro de la garantía del derecho fundamental a la salud.

Gobernanza: es una forma organizativa del ejercicio del poder y procesos de acción conjunta en la que los representantes gubernamentales, y los demás actores sociales, políticos y económicos, se reconocen, relacionan, articulan y operan en



contextos diversos para adelantar una acción colaborativa de interés público orientada al mejor nivel de salud posible.

Tiene que ver con las macro decisiones estratégicas de la salud pública y su implementación efectiva, por lo que se relaciona tanto con los procesos de decisión-acción, como con las estructuras organizativas existentes en cada territorio, el conjunto de políticas públicas y su armonización, la toma de decisiones compartida, participativa, legítima y transparente, y con las reglas de interacción basadas en el interés común, el marco normativo, la regulación de las relaciones entre actores, la diversidad de contextos, la participación ciudadana, el empoderamiento social, y la transparencia y rendición de cuentas.

Tanto el gobierno como la gobernanza deben fundamentarse en la gobernabilidad y la legitimidad que surgen del contrato social establecido y del cumplimiento real y material de los fines del Estado.

Gobernabilidad: capacidad para la ejecución de políticas públicas que permitan garantizar los derechos individuales y colectivos, asegurar la estabilidad social, política y económica, establecer acciones gubernamentales efectivas, facilitar los acuerdos sociales y la participación en los asuntos públicos, proteger los recursos naturales, los activos sociales y la dignidad humana. Tiene que ver con la responsabilidad ante el ciudadano y la percepción de la eficacia de la acción gubernamental.

Legitimidad: es una cualidad de la gobernabilidad que se sustenta en la legalidad y se relaciona con la autoridad pública y con el reconocimiento y valoración por lo que se hace, las relaciones que se establecen y la estabilidad del sistema político. Tanto la gobernabilidad como la legitimidad dan cuenta de la confianza que debe sustentar la acción conjunta en salud pública.

4.1.2 Alcance



La salud pública, en tanto bien común relacionado con la calidad de vida, el bienestar, los derechos y la equidad, cuenta con una estructura y funcionalidad de gobierno que debe fortalecerse a sí misma y procurar avances significativos hacia una gobernanza democrática y colaborativa que apalanque sus resultados, sus respuestas sociales y consolide su gobernabilidad y legitimidad.

El eje se centra en el reconocimiento y organización estratégica del gobierno y la gobernanza de la salud pública y su valor en la implementación del PDSP 2022-2031 desde relaciones intergubernamentales fortalecidas, interacciones colaborativas en los niveles subnacionales, nacional y supranacional, participación social y ciudadana empoderada y diversa, acciones conjuntas dirigidas a la equidad y garantía del derecho a la salud, y ejercicios significativos de transparencia, confianza social y rendición de cuentas.

4.1.3 Objetivo

Fortalecer la gobernanza democrática y colaborativa y el gobierno multinivel de la salud pública, mediante el desarrollo de capacidades institucionales y sociales y la construcción de configuraciones territoriales que respondan a contextos diversos y apalanquen los procesos de toma de decisiones y de acción colectiva liderados por el Estado con amplia participación e interacción de actores estratégicos, sistemas administrativos, organizaciones sociales y de la ciudadanía.

4.1.4 Elementos orientadores

El eje estratégico de gobierno y gobernanza de la salud pública se desarrollará de acuerdo con los siguientes elementos, que dan cuenta del alcance y objetivo: regulación y legalidad para el ejercicio del gobierno y la gobernanza de la salud pública, generación de arreglos institucionales para el gobierno y la gobernanza de la salud pública, desarrollo de la gestión democrática y colaborativa de la salud pública en territorio, fortalecimiento de la transparencia y confianza en la acción



pública y conjunta en salud, y fortalecimiento de la participación social y ciudadana en la gobernanza de la salud pública.

- **Regulación y legalidad para el ejercicio del gobierno y la gobernanza de la salud pública**

Se relaciona con la coherencia interna y simplificación del ordenamiento jurídico en materia de salud pública, la armonización de regulaciones gubernamentales multinivel, y la adecuación regulatoria para el gobierno y la gobernanza de la salud pública que le brinde legitimidad y sostenibilidad

- **Generación y adecuación de arreglos institucionales para el gobierno y la gobernanza de la salud pública**

Se relaciona con el fortalecimiento de la autoridad sanitaria y la rectoría en salud pública, la organización de las relaciones intergubernamentales basada en gestión política de la salud pública que potencian relaciones vinculantes de incidencia en mejores circunstancias de la vida y la salud, y la adecuación de los arreglos institucionales de gobierno y de gobernanza de acuerdo con los contextos territoriales y poblacionales diferenciales.

- **Desarrollo de la gestión democrática y colaborativa de la salud pública en territorio**

Se relaciona con la implementación de procesos, reglas de relación, operación, mecanismos de control y convergencia en resultados y acción conjunta; el fortalecimiento de capacidades institucionales, territoriales y sociales requeridas para la gestión de la gobernanza en salud pública, en términos de toma de decisiones basada en acuerdos conjuntos derivados de los objetivos comunes en salud pública y los resultados de valor público; el fomento de la pluralidad organizativa, dinámica y de interacción de acuerdo con los contextos territoriales, institucionales y sociales orientada a la consolidación de la gobernabilidad y la



legitimidad; el intercambio colaborativo de conocimiento, recursos, sinergias y capacidades con perspectiva de activos sociales en salud pública; la armonización de las políticas públicas y demás instrumentos relacionados con énfasis en la planeación y la gestión de la salud pública (perspectiva colaborativa y de activos sociales en salud); y la ejecución de la acción colectiva en salud pública basada en interacciones de redes dinámicas de gobierno, instancias multisectoriales, organizaciones sociales y ciudadanas, y demás actores estratégicos, en configuraciones territoriales que reconocen la diversidad y los alcances particulares de la salud pública.

- **Fortalecimiento de la transparencia y confianza en la acción pública y conjunta en salud**

Se relaciona con la generación de confianza social sustentada en gobierno abierto, inclusión social diversa, rendición de cuentas y cumplimiento de los acuerdos sociales en el ejercicio de la gobernanza en salud pública, la consolidación de mecanismos para el control de intereses y el acceso abierto a la información, procesos, decisiones y espacios colaborativos de gobierno y gobernanza en salud pública, y la gestión de alternativas para la rendición de cuentas adaptadas y apropiadas según los diferenciales poblacionales y territoriales

- **Fortalecimiento de la participación social y ciudadana en la gobernanza de la salud pública**

Se relaciona con la consolidación de procesos de participación informada, incluyente, estable, continua y empoderada de la sociedad civil y la ciudadanía según los contextos territoriales y perspectiva de derechos, la promoción del pluralismo participativo en la gestión integral de la salud pública basado en la acción conjunta, colaborativa y en los activos sociales; el desarrollo de estrategias para el empoderamiento social y organizativo en salud pública y los mecanismos de responsabilidad social que apalanquen la acción conjunta.



4.2 Eje estratégico: Gestión Intersectorial de los Determinantes Sociales de la Salud

El papel preponderante de los determinantes sociales estructurales e intermedios de la salud, la equidad, el bienestar y la calidad de vida de los individuos, las familias y los colectivos (Braveman, Egerter, & Williams, 2011; Braveman & Gottlieb, 2014) demanda acciones que superan el sector salud y que requieren de la articulación y confluencia organizada de múltiples actores y sectores con una visión conjunta para la formulación, financiación, implementación y evaluación de políticas públicas dirigidas a intervenir los determinantes estructurales de los problemas sanitarios y de las inequidades en salud.

Se requiere así de la acción intersectorial, entendida esta como el trabajo sistemático, coordinado, articulado e integrado entre actores y sectores gubernamentales y no gubernamentales, de carácter público, privado o mixto, incluyendo la sociedad civil organizada y comunidades, que implica concertación, distribución y asignación de recursos y capacidades técnicas entre los sectores, (Díez, Camprubí, & Ferrelli, 2015) con el objetivo de formular, financiar, implementar y evaluar intervenciones conjuntas que permitan transformaciones económicas, sociales, culturales y ambientales para la resolución de los problemas de salud, así como para impactar positivamente en el bienestar, la calidad de vida y la equidad en la población.

Desde la declaración “salud para todos” de Alma Ata en 1978, el sector salud ha liderado iniciativas que buscan la confluencia intersectorial como elemento clave para alcanzar el nivel más alto de salud para todos. Esta apuesta ha sido ratificada en la carta de Ottawa sobre promoción de la salud en 1986; y más recientemente, en el enfoque de “Salud en todas las políticas” de 2013 (Kershaw, 2018; WHO, 2013a). Este último busca, desde una perspectiva de derechos en salud, que las políticas propuestas en todos los sectores, y en especial en aquellos relacionados con los determinantes sociales de la salud, identifiquen las implicaciones en salud de las decisiones, establezcan sinergias entre sectores y eviten impactos sanitarios



adversos para mejorar la salud y la equidad en las poblaciones (WHO, 2013a). La implementación de este enfoque ha llevado al reconocimiento de que la multidimensionalidad y la complejidad de los problemas sanitarios requieren de abordajes que traspasen el sector salud en el nivel nacional y subnacional, y que trasciendan hacia la acción intersectorial y transectorial.

En coherencia con los avances globales, Colombia ha tenido ciertos progresos en relación con la acción intersectorial. En este sentido, la Ley Estatutaria de Salud establece que es responsabilidad del gobierno nacional la implementación de una política social de Estado que permita la articulación intersectorial con el propósito de garantizar los componentes esenciales del derecho, afectando de manera positiva los determinantes sociales de la salud (Congreso de la República, 2015), responsabilidad que se ve materializada en el Plan Decenal de Salud Pública. Asimismo, la Ley 1438 de 2011, estableció que el Plan Decenal de Salud Pública debe contener acciones de coordinación intersectorial entre las instancias del Sistema de Protección Social y otros actores para intervenir positivamente sobre los determinantes sociales de la salud (Congreso de la República, 2011), y dispuso la conformación de la Comisión Intersectorial de Salud Pública como organismo para la coordinación de acciones intersectoriales en el ámbito nacional, y los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud en el nivel subnacional. De esta forma, el Decreto 859 de 2014 creó y reglamentó la Comisión Intersectorial de Salud Pública como el órgano para el liderazgo de las acciones intersectoriales, la coordinación y el seguimiento de los sectores responsables de la gestión de los determinantes sociales de la salud en el marco del Plan Decenal de Salud Pública (MSPS, 2014).

Desde 2014, la Comisión Intersectorial de Salud Pública es la instancia de coordinación de acciones intersectoriales encaminadas a intervenir los determinantes sociales de la salud (Decreto 859 de 2014). Y si bien aún existen desafíos importantes, se resaltan los aprendizajes que sobre la acción intersectorial dejó el afrontamiento de la emergencia social, económica y sanitaria producida por



la pandemia por COVID-19, coyuntura que exigió la convergencia de todos los sectores gubernamentales —y de muchos no gubernamentales.

Como instrumento de política para contribuir a la garantía del derecho fundamental a la salud mediante la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud, el PDSP 2022-2031 debe avanzar en el fortalecimiento de la coordinación, articulación e integración de múltiples sectores para la acción intersectorial, así como construir las bases hacia el logro de la transectorialidad para el abordaje de temas sociales transversales a los sectores, en el que se supere su fragmentación y se generen procesos conjuntos de respuesta integrada.

En este sentido, la gestión intersectorial de los determinantes sociales de la salud en el marco del PDSP 2022-2031 consiste en el trabajo coordinado, articulado e integrado de actores y sectores gubernamentales y no gubernamentales, de carácter público, privado o mixto, incluyendo la sociedad civil organizada y comunidades, con el objetivo de formular, financiar, implementar y evaluar políticas públicas para la intervención positiva de los determinantes sociales estructurales de la salud y de las desigualdades sanitarias, con el propósito de mejorar la salud, el bienestar, la calidad de vida y la equidad en el país.

4.2.1 Definiciones centrales

Intersectorialidad: Consiste en la coordinación, articulación e integración de actores y sectores gubernamentales y no gubernamentales, de carácter público, privado o mixto, incluyendo la sociedad civil organizada y comunidades, para la formulación, financiación, implementación y evaluación conjunta de políticas públicas que incidan positivamente sobre los determinantes sociales de la salud con el propósito de mejorar la salud, el bienestar, la calidad de vida y la equidad en el país.

Transectorialidad: Existe transectorialidad cuando las decisiones de un sector tienen influencia y carácter vinculante en otros sectores y se han generado procesos conjuntos de respuesta integrada (MSPS, 2016a). Implica un modo de gestión más



allá de la sumatoria de ofertas sectoriales, institucionales, profesionales o disciplinares. Por tanto, requiere la creación de visiones integrativas y nuevos marcos referenciales para el abordaje de la realidad social.

Salud en todas las políticas: La salud en todas las políticas es un enfoque para abordar las políticas públicas a través de todos los sectores, que tiene en cuenta, de manera sistemática, las consecuencias de la formulación e implementación de las políticas públicas sobre la salud, busca sinergias y, al mismo tiempo, evita sus efectos negativos, con el fin de mejorar la equidad en salud y sus impactos en la salud de la población (OMS, 2010).

Gestión de Políticas Públicas Participativas: Hace referencia al proceso de consolidación de acuerdos sobre necesidades y acciones comunes, donde interviene el Estado, la comunidad y las instituciones para la planeación e implementación de políticas públicas favorables para la vida y la salud (MSPS, 2016a).

4.2.2 Alcance

La incidencia positiva sobre los determinantes sociales de la salud implica el reconocimiento de la transversalidad de la salud pública en toda la estructura del Estado, incluyendo sus órganos de gobierno y sectores sociales.

En tal sentido, el eje estratégico de gestión intersectorial de los determinantes sociales de la salud busca consolidar la coordinación, articulación e integración de actores y sectores gubernamentales y no gubernamentales, de carácter público, privado o mixto, incluyendo la sociedad civil organizada y comunidades, que de manera directa o indirecta influyen sobre los determinantes sociales de la salud para la gestión de políticas públicas participativas, a través del PDSP 2022-2031. El desarrollo de este eje avanza en la implementación de la estrategia salud en todas las políticas, de modo que las iniciativas propuestas en otros sectores



gubernamentales en todos los niveles del ámbito territorial incorporen sistemáticamente la perspectiva de salud.

Los sectores del nivel nacional y subnacional que desarrollan las acciones intersectoriales en el marco de este eje incluyen, pero no se limitan a: los departamentos administrativos; las entidades territoriales adscritas a los ministerios de trabajo, educación, minas y energía, agricultura, ambiente, vivienda, transporte, deportes y cultura; el sector privado y empresarial, la sociedad civil organizada, las instancias de cooperación internacional y la comunidad en general.

4.2.3 Objetivo

Consolidar la acción intersectorial para la gestión de políticas públicas participativas y de acción conjunta mediante la coordinación, articulación e integración de actores y sectores gubernamentales y no gubernamentales, de carácter público, privado o mixto, incluyendo la sociedad civil organizada y comunidades, para la intervención positiva de los determinantes estructurales e intermedios de la salud, con el propósito de mejorar las condiciones de vida, la salud, el bienestar y la calidad de vida de la población y avanzar hacia la equidad en salud.

4.2.4 Elementos orientadores

El eje de gestión intersectorial de los determinantes sociales de la salud orientará la formulación e implementación de políticas públicas con énfasis en los siguientes elementos, que dan cuenta del alcance y objetivo: fortalecimiento de las instancias de acción intersectorial, articulación de los sectores para la acción intersectorial y transectorial, y gestión intersectorial y transectorial de políticas públicas participativas en los determinantes sociales estructurales e intermedios de la salud.

- **Fortalecimiento de las instancias de acción intersectorial**



Se relaciona con el fortalecimiento y el desarrollo de las instancias de coordinación, articulación e integración intersectorial del nivel nacional (CISP y espacios intersectoriales) y subnacional (CTSSS, espacios intersectoriales locales); el desarrollo de un sistema de planificación que articule la acción intersectorial entre los distintos niveles territoriales de gestión de la salud pública; y la garantía de la acción colectiva en salud apalancada en la participación social con incidencia en las instancias de acción intersectorial.

- **Articulación de los sectores para la acción intersectorial y transectorial**

Se relaciona con la consolidación de la coordinación, articulación e integración intersectorial en el nivel nacional y subnacional para el fortalecimiento del diálogo y el entendimiento común entre actores y sectores que permita la construcción de confianza, sentidos compartidos y del lenguaje común requerido para el desarrollo de la acción intersectorial; el análisis integrado de los determinantes sociales de la salud y la identificación conjunta de políticas, planes y programas para su abordaje; la consolidación de un sistema de administración intersectorial con identificación de fuentes de financiación conjunta y distribución presupuestal para el desarrollo de las acciones; y la implementación en el sistema de monitoreo, seguimiento y evaluación del PDSP de la medición de los resultados e impactos de la acción intersectorial.

- **Gestión intersectorial y transectorial de los determinantes estructurales e intermedios de la salud a través de políticas públicas participativas**

La gestión intersectorial y transectorial para la formulación de políticas públicas participativas se hará en el marco de los ordenadores definidos en el PDSP 2022-2031 que requieren de la acción intersectorial (Protección Social, Ambiente y Salud, Cultura para la vida y la salud, Atención Integral en Salud).

Protección social:



Se relaciona con la formulación, financiación, implementación y evaluación de políticas públicas, planes y programas intersectoriales y transectoriales enfocados en la transformación positiva de los determinantes políticos, económicos, sociales y culturales de la salud, teniendo en cuenta los diferenciales poblacionales y territoriales en el marco de la protección social en torno a la asistencia social para la población vulnerable, la protección laboral orientada al trabajo digno y decente, la mejoría del entorno laboral (formal e informal), la educación para todos, la economía del cuidado, y el derecho a la alimentación, a la soberanía y seguridad alimentaria y nutricional sostenible.

Ambiente y salud:

Se relaciona con la formulación e implementación de políticas públicas, planes y programas intersectoriales y transectoriales, teniendo en cuenta los diferenciales poblacionales y territoriales, enfocados en avanzar en la garantía del derecho a un ambiente sano, la protección de los ecosistemas y la biodiversidad, la transformación positiva de los determinantes ambientales de la salud: calidad del aire, calidad del agua y agua potable, saneamiento básico; mitigación y adaptación al cambio climático; la vigilancia y control de eventos zoonóticos; y la transformación del territorio y los entornos (hogar, educativo, laboral, comunitario e institucional); los sistemas de transporte sostenibles, la disponibilidad de espacios verdes, parques y de recreación, y la mejora del ambiente construido, así como al fortalecimiento de la gestión del riesgo de emergencias y desastres.

Cultura para la vida y la salud:

Se relaciona con la formulación e implementación de políticas públicas, planes y programas intersectoriales y transectoriales, enfocadas en la transformación positiva de los determinantes sociales de la salud teniendo en cuenta los diferenciales poblacionales y territoriales en el marco de la institucionalización de una cultura para la vida y la salud que permita la apropiación de modos, condiciones



y estilos favorables a la vida y la salud a través de estrategias de educación y comunicación en el campo de la salud pública.

Atención integral en salud:

Se relaciona con la formulación e implementación de políticas públicas, planes y programas intersectoriales y transectoriales, enfocadas en la transformación positiva de los determinantes sociales de la salud teniendo en cuenta los diferenciales poblacionales y territoriales para la atención integral en salud como condición intrínseca para materializar las atenciones en salud poblacionales, colectivas e individuales, en el continuo de la atención, con una mirada comprensiva y particular de la garantía del derecho fundamental a la salud de todas las personas a lo largo del curso de la vida.

4.3 Eje estratégico: Gestión Integral de la Atención Primaria en Salud

Las raíces de la Atención Primaria en Salud (APS) se encuentran en el compromiso con la justicia social, la equidad, la solidaridad y la participación. Desde Alma Ata, en 1978, el concepto ha sido reinterpretado y redefinido en múltiples ocasiones. Por ello, OMS y UNICEF han propuesto una definición sencilla, entendiendo la APS como “un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas”.

Comprende tres componentes interrelacionados y sinérgicos, a saber: i. servicios de salud coordinados y completos, ii. acciones y políticas multisectoriales en el ámbito de los determinantes de la salud más extendidos y de carácter general, y iii. el establecimiento de un diálogo con personas, familias y comunidades, y su



empoderamiento, para aumentar la participación social y mejorar la autoasistencia y la autosuficiencia en la salud (OMS, 2021).

En la APS se tienen en cuenta los determinantes más amplios de la salud, y la atención se centra en los aspectos generales e interrelacionados de la salud física, la salud mental, la salud social y el bienestar. Con ella se ofrece una atención integral para las necesidades de salud a lo largo del curso de la vida y no solo para una serie concreta de enfermedades. La atención primaria de salud garantiza a las personas una atención integral de calidad —desde la promoción y la prevención hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos— lo más cerca posible de sus lugares habituales (OMS, 2021).

Colombia, como Estado Miembro de la ONU, se ha comprometido a renovar y ampliar la APS como piedra angular de un sistema de salud sostenible. En el país, la definición vigente está dada en la Ley 1438 del 2011, donde se entiende la Atención Primaria en Salud como la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (MinSalud, 2011).

De igual forma, el marco estratégico de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) se fundamenta en el desarrollo de la estrategia de APS que incorpora los enfoques de salud familiar y comunitaria, cuidado, gestión integral del riesgo y enfoque diferencial territorial y poblacional donde el centro de todos los esfuerzos son las personas residentes del país (Resolución 429 de 2016). De acuerdo con la política PAIS, la APS permite la articulación y armonización del aseguramiento, la prestación de servicios de salud y el desarrollo de las políticas y programas en salud pública acordes con la situación de salud de las personas, familias y comunidades,



soportada en procesos de gestión social y política de carácter intersectorial, las cuales deben aplicarse en cada uno de los contextos poblacionales y territoriales.

El eje estratégico de Atención Primaria Integral en Salud se aproxima a las aspiraciones de equidad, bienestar, calidad de vida y desarrollo del país. Permite el abordaje territorial de los determinantes sociales de la salud al apropiarse un enfoque de derechos centrado en las necesidades de las personas, familias, comunidades y colectivos, que propende por el continuo del cuidado integral de la vida y la salud, y contribuye al logro del derecho a la salud y a la protección social de todos los habitantes del territorio colombiano.

4.3.1 Definiciones centrales

Atención integral: implica la articulación de los servicios de salud y los servicios sociales para responder a las necesidades en salud de la población en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad a lo largo de un continuo del cuidado que incluye la promoción y protección social; la promoción de la salud; la prevención, el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de la enfermedad; la rehabilitación y la paliación.

Atención integrada: coordinación entre los actores del sector salud y los demás sectores para garantizar una respuesta adecuada a las necesidades en salud de la población a través de los diferentes niveles de atención y en los distintos entornos donde ocurre la vida y la salud.

Continuidad de la atención: implica el seguimiento al proceso del continuo del cuidado de la salud a lo largo del curso de la vida, según necesidades, sin interrupciones y hasta su completa recuperación o máximo desarrollo.

Atención primaria integral en salud: estrategia de gestión integral para la organización de la salud pública y el sistema de salud que implica esfuerzos territoriales, institucionales y sociales coordinados e integrados, tanto del sector salud como de la sociedad en su conjunto, para el abordaje de los determinantes



sociales de la salud en la vía de garantizar el derecho a la salud, el bienestar y la calidad de vida de la población. Para lo cual desarrolla procesos de atención integral, integrada y continua que articulan acciones promocionales para la vida y la salud con acciones de cuidado integral, gestión integral del riesgo, y de salud familiar y comunitaria acordes a la diversidad territorial y poblacional brindando una respuesta satisfactoria, diferencial y sostenible a las necesidades individuales y colectivas en salud.

4.3.2 Alcance

Elevar el nivel de salud, el bienestar y la calidad de vida de la población requiere de una acción participativa, colaborativa y comprometida con el abordaje de los determinantes sociales de la salud.

De ahí que este eje reconoce la importancia estratégica y el valor para la implementación del PDSP 2022-2031 de consolidar la Atención Primaria Integral en Salud como una estrategia fundamental para la organización del sistema de salud y la gestión de la salud pública territorial en sus tres componentes: acción intersectorial, participación social y prestación de servicios para el cuidado integral de la salud y la vida como posibilidad de avanzar en la garantía del derecho a la salud y en la protección social para todos los habitantes del territorio colombiano.

4.3.3 Objetivo

Gestionar las necesidades individuales y colectivas en salud de la población por medio de esfuerzos territoriales, institucionales y sociales coordinados y articulados entre los actores del sistema de salud y los demás sectores, que permitan el abordaje de los determinantes sociales de la salud y que brinden respuestas satisfactorias, diferenciales y sostenibles a través de procesos de atención integral, integrada y continua, que articulen acciones promocionales para la vida y la salud con acciones de cuidado integral, gestión integral del riesgo y de salud familiar y comunitaria acordes con la diversidad territorial y poblacional del país y orientadas



al logro del derecho a la salud, el bienestar y la calidad de vida de los habitantes del territorio colombiano.

4.3.4 Elementos orientadores

El eje estratégico de la Atención Primaria Integral en Salud se desarrollará de acuerdo con los siguientes elementos, que dan cuenta del alcance y objetivo: Gestión territorial, administrativa y financiera de la salud pública, gestión del talento humano para la gobernanza de la salud pública, coordinación y articulación entre los distintos sectores, actores, sistemas, niveles y modelos involucrados en la gestión integral de la promoción de la salud, el bienestar y la calidad de vida, promoción y protección de modos, condiciones y estilos favorables a la vida y la salud, promoción y protección del cuidado integral de la salud con enfoque diferencial, fortalecimiento de la participación social en salud, e institucionalización de una cultura para la vida y la salud.

- **Gestión territorial, administrativa y financiera de la salud pública**

Se relaciona con la planeación territorial integral en salud pública que involucra la caracterización del territorio en términos de equipamiento, recursos y necesidades; el establecimiento conjunto de prioridades de acción territorial para la salud pública entre los distintos actores del sector salud y demás sectores involucrados; la implementación y posterior evaluación de las acciones; y el desarrollo de sistemas de información integrados para optimizar la toma de decisiones y la acción sostenible en salud pública.

- **Gestión del talento humano para la gobernanza en salud pública**

Se relaciona con la disponibilidad, accesibilidad, calidad, pertinencia y continuidad del talento humano en salud en condiciones de protección y seguridad laboral; el desarrollo de equipos interdisciplinarios para la atención en salud pública con la participación de agentes comunitarios en salud; el desarrollo de capacidades para



el abordaje diferencial, familiar y comunitario en el marco del cuidado integral y la apropiación de una cultura para la vida y la salud; la actualización y desarrollo de capacidades técnicas para el abordaje de las condiciones en salud y para la gestión integral de la salud pública; el reconocimiento del talento humano en salud como educadores, y por tanto, de productores de cultura.

- **Coordinación y articulación entre los distintos sectores, actores, sistemas, niveles y modelos involucrados en la gestión integral de la promoción de la salud, el bienestar y la calidad de vida**

Se relaciona con la coordinación y articulación en el territorio de las acciones intersectoriales y sectoriales poblacionales, colectivas e individuales (PIC, RIAS, PBSUPC) de manera integrada y corresponsable entre los actores del sistema y los distintos niveles de gestión territorial de la salud pública; el desarrollo y consolidación de redes integrales de servicios de salud y servicios sociales en condiciones de calidad, accesibilidad, oportunidad y aceptabilidad para la garantía de la atención integral, integrada y continua; la armonización de políticas, planes, programas y proyectos con injerencia en salud pública; la integración de los enfoques de cuidado, gestión del riesgo, salud familiar y comunitaria en el modelo de cuidado integral de la salud; la integración del sistema de protección social, la estrategia promocional de entornos saludables y el modelo de cuidado integral de la salud; y la articulación entre el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI), los planes de vida indígenas y otras formas autónomas para el cuidado de la vida y la salud con los niveles de gestión territorial de la salud pública.

- **Promoción y protección de modos, condiciones y estilos favorables a la vida y la salud**

Se relaciona con la consolidación de marcos políticos jurídicos y normativos para la promoción de la salud, el bienestar, la calidad de vida y la garantía de derechos; la promoción y protección para un ambiente sano; la prevención y el control frente a las dinámicas incrementales de vulnerabilidad para la población y los ecosistemas,



así como con la mitigación de los efectos del cambio climático; acceso a saneamiento básico y promoción y protección de mejores condiciones de vida y salud en entornos urbanos y rurales, así como en entornos educativos, laborales, comunitarios, institucionales y del hogar; protección social y promoción de mejores condiciones de trabajo para la población formal e informal en entornos urbanos y rurales; promoción y protección de la soberanía y la seguridad alimentaria y nutricional; promoción de la recreación, la sana convivencia, la salud mental, la salud sexual y reproductiva, la actividad física y la alimentación saludable.

- **Promoción y protección del cuidado integral de la salud con enfoque diferencial**

Se relaciona con la promoción y protección de la salud materno-infantil; la promoción y protección de la salud mental y la sana convivencia, la promoción y protección del desarrollo integral de niños, niñas y adolescentes; la promoción y protección de la salud sexual y reproductiva con equidad de género; la promoción y protección del envejecimiento activo de la población; la promoción y protección del cuidado integral de la salud y la mejoría de las condiciones de vida para la población indígena, negra, afro, raizal y palenquera, Rrom, migrante, víctima del conflicto y población en condición de discapacidad en el territorio colombiano, de acuerdo con el respeto por sus derechos colectivos.

- **Fortalecimiento de la participación social en salud**

Se relaciona con la promoción y desarrollo de capacidades para la participación social y la acción colectiva tendientes a mejorar las condiciones de vida y salud de los habitantes del territorio colombiano; el fortalecimiento de los escenarios, mecanismos y recursos para participación social en salud; el respeto por la autonomía y diversidad de las organizaciones sociales y comunitarias para la toma de decisiones y la acción colectiva en salud; la promoción de la participación social en los escenarios de interlocución, diálogo, formulación y concertación de políticas públicas en salud; el fortalecimiento de redes y grupos de apoyo social y



comunitarios; y el desarrollo de capacidades para la veeduría ciudadana y el control social de lo público.

- **Institucionalización de una cultura para la vida y la salud**

Se relaciona con la promoción y el desarrollo de estrategias de educación y comunicación en el campo de la salud pública para la construcción de capacidades orientadas al cuidado integral de personas, familias y comunidades; el desarrollo de prácticas pedagógicas para la apropiación institucional de una cultura para la vida y la salud en los actores del sistema de salud; y el desarrollo de capacidades personales y colectivas que institucionalicen prácticas sociales acordes con la promoción de una cultura para la vida y la salud en los demás sectores sociales y en la sociedad en su conjunto.

4.4 Eje estratégico: Gestión Integral del Riesgo en Salud Pública

La Gestión Integral del Riesgo en Salud Pública como eje estratégico del PDSP 2022-2031 retoma lo planteado en el Plan anterior, así como importantes avances recorridos en el sistema de salud colombiano. La Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS) se entiende como una “estrategia transversal de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) que se fundamenta en la articulación e interacción de los agentes del sistema de salud y otros sectores para identificar, evaluar, medir, intervenir (desde la prevención hasta la paliación) y llevar a cabo el seguimiento y monitoreo de los riesgos para la salud de las personas, familias y comunidades, orientada al logro de resultados en salud y al bienestar de la población” (MSPS, 2018, p.8). De igual modo, se ha establecido que la GIRS tiene un componente colectivo con intervenciones para grupos poblacionales en cabeza de la entidad territorial y otro individual a cargo de las EAPB, ARL, prestadores y personas. Por tanto, se operativiza a través del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) y el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (PBSUPC).



En Colombia la política PAIS, reconoce la GIRS como una estrategia que busca “anticiparse a las enfermedades y los traumatismos para que no se presenten o si se tienen, detectarlos y tratarlos precozmente para impedir o acortar su evolución y sus consecuencias” (Minsalud, 2016). El Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), reconoce la Gestión Integral del Riesgo como una “herramienta operativa que permite la identificación de los grupos de riesgo y sus características, la implementación y adaptación de las RIAS, el seguimiento de cohortes, la aplicación de modelos predictivos de riesgo, la efectividad de los procesos de servicio y los mecanismos de interacción entre la entidad territorial, las EAPB y la red, así como en el manejo e interoperabilidad de la información entre los agentes del sistema”. (MSPS, Resolución 2626 de 2019)

Al referirse a la Gestión Integral del Riesgo en Salud Pública, es necesario plantear que la protección de la salud de las poblaciones se centra en identificar los potenciales riesgos que pueden afectar la salud integral de las personas y comunidades, prevenirlos, evaluarlos e intervenirlos mediante acciones efectivas y respetuosas de la diversidad y cosmovisiones que comprenden de manera distinta lo que afecta los procesos de salud-enfermedad, y lo que puede ser una amenaza para la salud individual y colectiva.

De acuerdo con la OMS (2002), algunos de los riesgos en salud se han reducido, pero las pautas de consumo (alimentos, alcohol, tabaco, entre otros) han generado una transición de los riesgos y una tendencia al incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles, agregando una importante carga de enfermedad, incluso con regiones que aún no superan los problemas de salud como las enfermedades transmisibles y la desnutrición.

Al entender el riesgo como “la probabilidad de un resultado adverso, o un factor que aumenta esa probabilidad”, se debe reconocer que los riesgos para la salud de las poblaciones son diversos, dinámicos, en algunos casos crecientes, pueden constituirse en cualquier momento y se relacionan con las circunstancias de vida



compartida y particular, en diferentes escenarios vitales y dinámicas sociales. La aproximación a los riesgos está mediada por la estructura cultural de la sociedad, las experiencias personales, familiares y sociales, los acumulados vitales individuales y colectivos; a lo que se unen las definiciones técnicas de expertos e institucionalidad que participan de su control y de su producción.

Los riesgos por lo tanto obedecen a contextos específicos, en los que se constituyen condiciones particulares y situaciones que producen relaciones complejas en tiempo y espacio, con diferentes incidencias sobre las poblaciones. Algunos de ellos con expresiones individuales de consumo, por ejemplo, se relacionan con entornos que potencian los riesgos o los controlan, con base en disponibilidad y acceso a alimentos saludables, oferta y equipamientos que promuevan y faciliten hábitos y estilos saludables, controles sobre consumos de sustancias dañinas para la salud, regulación de medidas preventivas, entre otros. Esto significa que la gestión integral del riesgo en salud pública no contempla exclusivamente los riesgos individuales, sino que también establece las acciones necesarias para, desde el respeto a la autonomía, generar transformaciones del comportamiento y establecer acciones de protección, reconociendo la complejidad de las dinámicas en las que el curso de vida y la salud familiar y comunitaria tienen un papel protagónico. Mucho de lo que se muestra como una situación meramente individual, si bien incorpora asuntos particulares de decisiones, comportamientos y prácticas; no son aisladas y se encuentran en relación con los contextos, oportunidades, dinámicas sociales e intereses de distintos órdenes, es decir, con los determinantes estructurales de la salud y las desigualdades sanitarias en los que se desarrolla la vida de los habitantes de Colombia.

El énfasis en la gestión integral del riesgo (individual y colectivo) en salud pública es la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, en la búsqueda del mantenimiento de los más altos niveles de salud y su mejora en caso de vulneraciones o enfermedad. Los riesgos están siempre presentes por lo que su



reconocimiento, caracterización e intervención son prioritarios en salud pública, con el propósito de prevenirlos, mitigarlos y superarlos.

Los modos de vida que se sustentan en el ordenamiento económico, preferencias de consumo y disponibilidad de alternativas saludables o no, inciden cada vez más en las elecciones individuales, familiares, comunitarias y sociales que se acogen, en un mundo globalizado con retos sanitarios compartidos y extendidos. El PDSP 2022-2031 surge durante la pandemia de COVID-19 que pone de relieve los permanentes riesgos en relación con eventos transmisibles, unido a los acumulados de largo plazo que agravan lo existente y le dan un carácter de sindemia, ampliando la simple relación entre virus-enfermedad. Las patologías no transmisibles y otras apalancadas por cambios ambientales crecientes son otros eventos relacionados con situaciones sociales y económicas que profundizan las desigualdades de las diversas poblaciones.

Las decisiones en el sector salud y en otros sectores deben orientarse a contar con mejores condiciones de vida, bienestar y salud, logrando desde allí prevenir las amenazas a la salud y transformar los contextos para que permitan unos modos y estilos de vida que protejan y promuevan lo saludable. El abordaje promocional de la salud debe llevar a la salud pública a apuestas centradas más en la salud (salutogénesis) y menos en la enfermedad (patogénesis), cuyo crecimiento descontrolado solo lleva a crisis en los sistemas de salud y costos de atención que desbordan las capacidades económicas de países y sociedades. La salud, como bien colectivo, es un estructural de la acción en salud pública en la búsqueda de sociedades basadas en enfoques promocionales y positivos de la salud.

La promoción de la salud, la prevención de riesgos y eventos de enfermedad y la atención integral de patologías son un continuo relacionado con la salud pública, siendo la gestión integral de los riesgos y la promoción de la salud, los campos de intervención que permiten la mayor efectividad para controlar la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad evitables; con su correspondiente aporte a la



sostenibilidad del sistema de salud y al bienestar de personas, familias y comunidades. Tanto en lo promocional como en la gestión integral de riesgos en salud se debe reconocer que se relacionan con diversas comprensiones y prácticas humanas complejas y derivadas de contextos cotidianos donde lo individual está en permanente interacción con lo colectivo.

La Gestión Integral de Riesgos en Salud Pública debe orientarse a pensar, primero, los orígenes de la salud, los activos sociales e institucionales para protegerla en el curso de vida personal, familiar y en comunidad. Tanto la salud como el bienestar son construcciones sociales que se deben promover, consolidar y restaurar de manera continua y dinámica. La gestión integral de riesgos va más allá de intervenciones específicas sobre riesgos únicos y aislados, se trata de abordar en positivo, todo aquello que es necesario realizar para trabajar por una salud basada en las oportunidades y fortalezas de las sociedades actuales y futuras, tanto en lo local como en lo global, con permanentes alertas sobre los generadores de daño individual y colectivo, lo que puede profundizar las desigualdades estructurales existentes.

El eje estratégico de Gestión Integral del Riesgo en Salud Pública reconoce la importancia de relacionar el cuidado integral de la salud de la población en todas las instancias, mediante estrategias individuales, colectivas y poblacionales que involucren a todos los actores sociales y en particular al sistema de salud como determinante intermedio central de los resultados en salud, en términos de disponibilidad, acceso, control de riesgos y prestación de servicios individuales y colectivos.

4.4.1 Definiciones centrales

La Gestión Integral del Riesgo en Salud Pública se entiende como el conjunto de procesos y acciones de carácter técnico, político, económico, social y cultural que permiten la gestión de las circunstancias de vida que representan amenazas individuales, familiares y colectivas para el goce efectivo del más alto nivel de salud



posible, mediante la identificación, caracterización, medición, intervención, seguimiento, monitoreo y evaluación de las estrategias promocionales de la salud y de los riesgos/amenazas generadoras de morbilidad, discapacidad, mortalidad evitable y desigualdad; cuyas respuestas requieren de la articulación y coordinación de los activos sociales en salud para su resolución.

La incidencia sobre los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) implica que las situaciones de vulnerabilidad y vulneraciones de derechos en el análisis y comprensión de las circunstancias vitales y diversas de la población (y en ellas las condiciones de vida y salud), se reconozca y se potencie todo aquello que produce más salud para la sociedad y se intervenga todo aquello que, por su presencia, persistencia y potencial de daño, requiere de respuestas coordinadas y efectivas, permanentes o episódicas, de acuerdo con su alcance de materialización en mayor desigualdad, discriminación, morbilidad, discapacidad o muerte evitable.

Las intervenciones en Gestión Integral del Riesgo en Salud Pública se basan en decisiones que tienen en cuenta la percepción social de las amenazas para la vida, el bienestar y la salud; las ponderaciones de acción y costo efectividad de lo promocional, lo preventivo y lo reparativo, y los acuerdos sociales de incrementar los activos en la salud desde perspectivas positivas de esta, de transformaciones de comportamientos en relación con los contextos que los facilitan y promueven, y de medidas regulatorias que controlen los daños potenciales basadas en la salud como bien común.

4.4.2 Alcance

La gestión integral del riesgo se trata entonces de asumir la salud pública en su alcance completo, lo que significa que la suma de riesgos (probabilidades de materializar amenazas para la vida y la salud) individuales y colectivos confluye e incrementa las vulnerabilidades sociales y las vulneraciones sistemáticas de los derechos humanos. La apuesta de la salud pública no se centra en atender solo las enfermedades, sino en mantener y proteger la salud de la población, lo que pasa



por transformar las circunstancias de vida en el corto, mediano y largo plazo, disminuyendo la magnitud y severidad de los riesgos y su producción de daño sobre los sujetos titulares de derechos, tanto individuales como colectivos.

Este eje estratégico incorpora la línea operativa de gestión del riesgo establecida en el PDSP 2012-2021, y demás instrumentos normativos y de política que la concentran (PAIS, MAITE, RIAS, entre otros), trascendiendo la perspectiva convencional del enfoque de riesgo y relacionándolo con contextos más amplios desde la perspectiva de determinantes sociales, la promoción de la salud y el abordaje positivo de oportunidades y activos sociales.

Elevar el nivel de salud, bienestar, calidad de vida y equidad en la población requiere de una acción concertada y comprometida con la modificación de todo aquello que, con potencialidad de daño, afecta la salud de individuos y colectivos. De ahí que el eje reconoce la importancia estratégica de la Gestión Integral del Riesgo en Salud Pública y su valor para la implementación del PDSP 2022-2031 como posibilidad de anticiparse a las amenazas para la salud individual y colectiva garantizando la cobertura universal y el acceso equitativo, oportuno, pertinente, seguro, diferencial y continuo a los servicios de salud y demás servicios sociales requeridos para su abordaje integral, asegurando, al mismo tiempo, la sostenibilidad del Sistema de Salud y Protección Social, invirtiendo más en salud y cada vez menos en enfermedad.

4.4.3 Objetivo

Gestionar integralmente las condiciones de vida y salud que, en contextos diversos, representan amenazas individuales y colectivas para el goce efectivo del más alto nivel de salud posible, mediante la combinación de acciones y estrategias promocionales de la salud, intervenciones de prevención y mitigación de riesgos, disminución de carga de enfermedad y desigualdades sanitarias, superación de eventos derivados de la materialización de los riesgos y amenazas y sus consecuencias reflejadas en brechas sociales injustas y evitables, en



vulnerabilidades incrementadas, y en morbilidad, discapacidad y mortalidad evitable.

4.4.4 Elementos orientadores

El eje estratégico de la Gestión Integral del Riesgo en Salud Pública se desarrollará de acuerdo con los siguientes elementos, que dan cuenta del alcance y objetivo: gestión de la promoción de la salud y de las amenazas colectivas en salud pública; fortalecimiento de los procesos de aseguramiento y prestación de servicios para la gestión del riesgo individual en salud, en el marco del modelo de atención para el cuidado integral de la salud, e implementación de Rutas para la Gestión integral de Riesgos en Salud Pública.

- **Gestión de la promoción de la salud y de las amenazas colectivas en salud pública**

Se relaciona con la preponderancia de la gestión de la promoción de la salud, las oportunidades y activos sociales en salud; gestión territorial de las relaciones entre determinantes sociales de la salud y amenazas a la salud pública; gestión anticipada y oportuna de potenciales amenazas colectivas en salud pública relativas a salud ambiental, emergencias y desastres, seguridad alimentaria, entornos cotidianos, seguridad en el trabajo y protección social; gestión de los riesgos biológicos, sociales, económicos y ambientales con incidencia en la salud pública y prevención de su materialización con efectos negativos en la vida y salud de los habitantes del territorio colombiano; desarrollo de capacidades para el cuidado integral de la salud, la comunicación de amenazas y riesgos en salud y la promoción de la participación de las personas, familias y comunidades en la acción colectiva en salud pública.



- **Fortalecimiento de los procesos de aseguramiento¹⁷ y prestación de servicios para la gestión del riesgo individual en salud en el marco del modelo de atención para el cuidado integral de la salud**

Se relaciona con la articulación de acciones para la gestión del riesgo individual con acciones para la gestión del riesgo colectivo; la Identificación y estratificación de riesgos y valoración de la percepción social del riesgo; la organización de la red de prestadores de servicios de salud primarios y complementarios; la definición del tipo de atención requerida teniendo en cuenta adaptaciones diferenciales e integración de las RIAS con estrategias de atención domiciliaria, tele-medicina y acciones de educación y comunicación en el campo de la salud pública; la garantía de la seguridad de la atención a través de prácticas de prevención cuaternaria y acción sin daño, equipos interdisciplinarios capacitados y coordinados, personas y familias informadas y proactivas, prestación de servicios de salud seguros y humanizados, sistemas de información interoperables y estrategias de monitoreo, seguimiento y evaluación que optimicen la toma de decisiones y el logro de resultados positivos en salud; las estrategias de anticipación y gestión de los riesgos financieros derivados de la atención individual en el sistema de salud.

- **Implementación de Rutas para la Gestión Integral de Riesgos en Salud Pública**

Se relaciona con la formulación, implementación, seguimiento, monitoreo y evaluación de rutas integradas e integrales sectoriales, intersectoriales y comunitarias que articulen intervenciones individuales y colectivas de anticipación y control de riesgos en salud pública con perspectiva territorial; fortalecimiento de la implementación de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud y de las RIAS para grupos de riesgo y eventos priorizados según grupos de riesgo; la apropiación conceptual y metodológica de las RIAS; y el desarrollo de acuerdos sectoriales e intersectoriales para su gestión a nivel territorial.

¹⁷ Incluye seguridad y salud en el trabajo



4.5 Eje estratégico: Gestión del Conocimiento para la Salud Pública

Contar con información suficiente, oportuna, confiable y de calidad para la gestión de la salud pública resulta fundamental para responder a la complejidad de las realidades territoriales y poblacionales. Para ello, es preciso disponer de bases conceptuales, técnicas y de infraestructura, así como con esfuerzos amplios y sistemáticos sobre los procesos de adquisición, generación, difusión, aplicación y evaluación del conocimiento en salud pública.

En este sentido, la gestión del conocimiento emerge como una estrategia transversal que impulsa la transformación de datos en información y conocimiento pertinente para la toma de decisiones, el diseño, implementación y evaluación de políticas, planes y proyectos para el mejoramiento de las condiciones de la población y el cierre de brechas injustas y evitables. Así, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) incluyó como función esencial de la salud pública renovada la promoción y gestión de la investigación y el conocimiento para la formulación informada en evidencia de políticas de salud que fortalezcan los sistemas de salud y la salud pública (OPS, 2020).

No obstante, si bien en las décadas recientes la humanidad ha experimentado un crecimiento significativo en la generación de nuevo conocimiento y desarrollo de tecnologías e innovación, la incorporación de estos avances en la práctica informada de la salud pública ha sido limitada (Piot, 2012)

Para el caso de Colombia, la producción de información en salud per cápita continúa siendo baja, existen desigualdades en la infraestructura de tecnologías de la información y comunicación en el territorio nacional, son escasos los recursos financieros para los procesos de gestión del conocimiento, pocas las actividades de traducción del conocimiento, el trabajo en redes es limitado y, de manera especial, la aplicación del conocimiento en la construcción de políticas, planes y programas es insuficiente. Este último aspecto ha sido denominado “brecha entre el saber y el



hacer”, es decir, las diferencias entre lo que ya se sabe y lo que se hace en la práctica (WHO, 2013b). Brechas que, además, han sido señaladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un factor contribuyente de las profundas inequidades sanitarias (WHO, 2005).

Por su parte y desde el sector salud, la Ley Estatutaria 1751 de 2015 estableció que el Estado Colombiano debe establecer una Política de Innovación, Ciencia y Tecnología en Salud “orientada a la investigación y generación de nuevo conocimiento en salud, la adquisición y producción de las tecnologías, equipos y herramientas necesarias para prestar un servicio de salud de alta calidad que permita el mejoramiento de la calidad de vida de la población”. Asimismo, estableció la responsabilidad de divulgación de información sobre progresos científicos en salud, en tecnologías costo-efectivas, prácticas clínicas y rutas críticas, así como la implementación de un sistema único de información en salud (Congreso de la República, 2015, p.11).

De igual forma, la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) reconoce la necesidad de desarrollar y fortalecer de la investigación e innovación interdisciplinar en salud para el establecimiento de estrategias efectivas para la rectoría del sistema de salud, la garantía de la sostenibilidad financiera del sistema, la gestión eficiente del recurso humano en salud, el fortalecimiento de los sistemas de información, la identificación de mecanismos efectivos de transferencia de conocimientos en políticas públicas y el fortalecimiento del acceso, utilización y garantía de la calidad en la prestación de servicios de salud (MSPS, 2016b).

En este sentido, se espera que el eje de Gestión del Conocimiento para la Salud Pública del PDSP 2022-2031 permita avanzar en el fortalecimiento de la construcción colectiva de conocimientos y saberes en salud para mejorar la efectividad de las acciones en salud pública e impactar el bienestar y la calidad de vida de la población y las desigualdades en salud.



4.5.1 Definiciones centrales

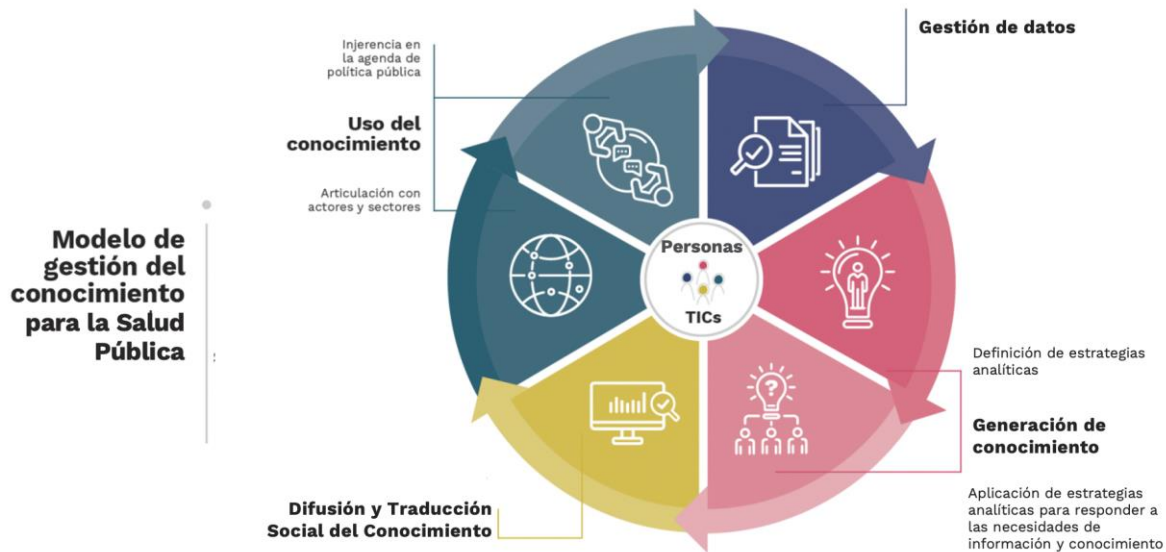
Conocimiento: Es la suma de datos transformados en información que son generados por personas y organizaciones que permiten explicar o comprender la realidad y que se encuentran listos para la solución de problemas (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2021).

Gestión del Conocimiento en Salud Pública: Es un conjunto de principios, procesos, herramientas y prácticas que permite a las personas y a los colectivos consolidar, generar, divulgar, traducir y usar el conocimiento para la gestión de la salud pública, avanzar hacia la garantía del derecho fundamental a la salud, mejorar el acceso equitativo a nuevas tecnologías en salud, así como mejorar el desempeño del sistema y de los servicios de salud.

4.5.2 Modelo de gestión del conocimiento para la salud pública en el PDSP 2022-2031

Existen múltiples modelos conceptuales sobre gestión del conocimiento, así como diversos lineamientos internacionales y nacionales, propuestos desde diferentes disciplinas y sectores. Después de adelantar la revisión de los referentes, en el marco del Plan Decenal de Salud Pública de Colombia, 2022-2031, se entiende la gestión del conocimiento en salud pública como un conjunto de principios, procesos, herramientas y prácticas que permite a las personas y a los colectivos consolidar, generar, divulgar, traducir y usar el conocimiento para la gestión de la salud pública, avanzar hacia la garantía del derecho fundamental a la salud, mejorar el acceso equitativo a nuevas tecnologías en salud, así como mejorar el desempeño del sistema y de los servicios de salud.

Figura 1. Modelo de Gestión del Conocimiento para la Salud Pública en Colombia



Fuente: Elaboración propia. Grupo Gestión del Conocimiento y Fuentes de Información.
Ministerio de Salud y Protección Social

Este eje cuenta con tres grandes componentes (WHO, 2013b):

- **Las personas:** quienes crean, comparten y usan el conocimiento para la gestión de la salud pública. Entre ellos los profesionales, los tomadores de decisiones, los planificadores, los académicos, los investigadores, la sociedad civil organizada, las comunidades y la población en general.
- **Los procesos:** a través de los cuales se logra la gestión del conocimiento, iniciando con la gestión de los datos, la generación del conocimiento, la divulgación y traducción de conocimiento, y uso del conocimiento, con el cual se realimenta el macroproceso.
- **Las TICs:** Los mecanismos que almacenan y brindan acceso a datos, información y conocimiento gestionados por las personas. Para ello, es fundamental contar con la infraestructura de tecnología, información y comunicación (TICs) pertinente. En este sentido, vale la pena resaltar que si bien las TICs apoyan de manera importante todos los procesos de gestión del conocimiento (transversal), las TIC's por sí mismas no son la gestión del conocimiento.



4.5.3 Alcance

El eje estratégico de Gestión del Conocimiento para la Salud Pública está orientado a visibilizar y fortalecer la gestión de datos, generación, divulgación, traducción y uso de conocimiento por individuos y colectivos en los distintos niveles y sectores implicados en la gestión de la salud pública del país.

Con este eje estratégico se pretende:

- a. Aumentar la conciencia y la comprensión de la gestión del conocimiento en salud pública
- b. Promover el acceso equitativo del conocimiento y potenciar los beneficios de la gestión del conocimiento para los actores y sectores involucrados en la gestión de la salud pública en el país
- c. Promover la aplicación del conocimiento en la generación y ejecución de políticas públicas, planes, programas y proyectos
- d. Proporcionar un marco para la movilización de recursos
- e. Generar lineamientos para la gestión del conocimiento a nivel nacional
- f. Divulgar y transferir buenas prácticas de gestión del conocimiento en el nivel subnacional
- g. Definir un marco para monitorear y evaluar la implementación de la gestión del conocimiento en el país

Se espera que con el fortalecimiento de la gestión del conocimiento para la salud pública se contribuya al entendimiento de la complejidad de la situación de salud, de las inequidades en salud y sus determinantes, se avance en el abordaje de las necesidades de salud, y a la optimización de la toma de decisiones para avanzar hacia la equidad, la integralidad y sostenibilidad de la atención del sistema de salud.

4.5.4 Objetivo

Fortalecer la gestión del conocimiento para la salud pública mediante el reconocimiento y la construcción conjunta de conocimientos y saberes, el



fortalecimiento de las capacidades institucionales y sociales, la gestión de los sistemas de información y la articulación intersectorial, como una de las estrategias transversales de la gestión de la salud pública en el país.

4.5.5 Elementos orientadores

El eje estratégico de la gestión del conocimiento para la salud pública se desarrolla de acuerdo con los procesos del modelo de gestión del conocimiento para la salud pública, que dan cuenta del alcance y del objetivo: gestión de datos, generación de conocimiento, divulgación y traducción social del conocimiento, y uso del conocimiento.

- **Gestión de datos**

Se relaciona con la generación, obtención, estructuración, preparación, consolidación, evaluación, disposición, fortalecimiento y gobernanza de datos (registros administrativos, encuestas, censos poblacionales) en los diferentes niveles territoriales. Se parte de la identificación de las brechas de información, síntesis de la información y datos existentes, se promueve la integración y acceso a otras fuentes de información que permitan fomentar el incremento de la evidencia en salud para el país y enriquecer las fuentes de datos sanitarios. (MSPS, 2015)

- **Generación de conocimiento**

Se relaciona con la consolidación de un sistema intersectorial de gestión del conocimiento, saberes e innovación en salud pública con actores clave de la academia, el sector público y privado, organismos internacionales, la sociedad civil organizada y la comunidad en general; la construcción colectiva de conocimientos y saberes a través de procesos de co-creación entre diferentes actores sociales; el desarrollo y fortalecimiento de observatorios y centros de pensamiento en salud pública, la configuración de herramientas, instrumentos y procesos para la transformación de la información en conocimiento, que permitan el análisis,



transferencia y uso de la información para la toma de decisiones en salud pública; el desarrollo de procesos para la transferencia de información del sistema de seguimiento, monitoreo y evaluación del PDSP para optimizar la toma de decisiones en salud; y el fortalecimiento de los procesos de planeación en salud pública en el marco de la estrategia de gestión PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar).

- **Divulgación y traducción social del conocimiento**

Se relaciona con la consolidación de redes integradas para la gestión y apropiación social del conocimiento que incluye: estrategias de educación y comunicación en el campo de la salud pública, la generación y fortalecimiento de metodologías para el uso de información y la toma de decisiones en salud, el intercambio de conocimientos y saberes en salud pública generados por los distintos actores sociales.

- **Uso del conocimiento**

Se relaciona con la promoción de una cultura que valore el uso del conocimiento para la práctica informada de la salud pública en los distintos niveles, actores y sectores; y la promoción del diseño, ejecución y evaluación de políticas públicas basadas en el conocimiento.



Referencias

- Braveman, P., Egerter, S., & Williams, D. R. (2011). The social determinants of health: Coming of age. *Annual Review of Public Health, 32*, 381–398. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031210-101218>
- Braveman, P., & Gottlieb, L. (2014). The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes. *Public Health Reports, 129*(SUPPL. 2), 19–31. <https://doi.org/10.1177/00333549141291s206>
- Congreso de la República. Ley Estatutaria No. 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones, Ministerio de Salud y Protección Social § (2015). Colombia: Congreso de Colombia. Retrieved from https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley_1751_de_2015.pdf
- Departamento Administrativo de la Función Pública. (2020). Gestión del Conocimiento.
- Departamento Administrativo de la Función Pública. (2021). *Abecé de la Integración de la Gestión del Conocimiento y la Innovación. Versión 1*. Bogotá, D.C, Colombia. Retrieved from https://www.funcionpublica.gov.co/web/eva/biblioteca-virtual/-/document_library/bGsp2IjUBdeu/view_file/40788625
- Díez, E., Camprubí, L., & Ferrelli, R. (2015). *Recomendaciones técnicas y operativas para el fortalecimiento de la Comisión Intersectorial de Salud Pública de Colombia. Colección Documentos de Trabajo No. 31. EurosociAL*. Bogotá: EUROsociAL. Retrieved from <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/recomendaciones-fortalecimiento-comision-intersectorial-salud-publica-colombia.pdf>
- Girard, J., & Girard, J. (2015). Defining knowledge management: Toward an applied compendium. *Online Journal of Applied Knowledge Management, 3*(1), 1–20.
- Kershaw, P. (2018). The need for health in all policies in Canada. *CMAJ: Canadian Medical Association, 190*, E64–E65. <https://doi.org/10.1503/cmaj.171530>



- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Política de atención integral en salud. Un sistema de salud al servicio de la gente. Bogotá, D.C, Colombia. <https://doi.org/10.2307/j.ctv1rcf0q5.5>
- MSPS. (2016). *Orientaciones para la Intersectorialidad. Ministerio de Salud y Protección Social*. Bogotá, D.C, Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social.
- OCDE. (2018). *Guidelines for Collecting, Reporting and Using Data on Innovation. Manual de OSLO, 4ta ed. Paris, Luxembourg: OECD Publishing*. Paris.
- OMS. (2010). *Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas. Hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar. Informe de la Reunión Internacional sobre la Salud en Todas las Políticas Adelaida*. Retrieved from http://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). Política de la OPS sobre investigación para la salud. Washington, DC.
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Las funciones esenciales de la salud pública en las américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco Conceptual y descripción. Organización Panamericana de la Salud*. Washington, DC. Retrieved from https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53125/9789275322659_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Piot, P. (2012). Innovation and technology for global public health. *Global Public Health*, 7(SUPPL. 1), S46–S53. <https://doi.org/10.1080/17441692.2012.698294>
- WHO. (2005). *World Health Organization Knowledge Management Strategy*. Geneva. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69119/WHO_EIP_KMS_2005.1.pdf
- WHO. (2013). Health in all policies (HiAP) framework for country action. *Health Promotion International*, 29(S1), i19–i28.



<https://doi.org/10.1093/heapro/dau035>

WHO. (2021). Atención Primaria de Salud. Geneva. Retrieved from
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>

Borrador



Gestión Territorial Integral de la Salud Pública del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031

La salud pública en tanto campo teórico-práctico intersectorial e interdisciplinar, se configura como un fenómeno complejo, temporal y diverso relacionado no solo con las estructuras jurídico-normativas y político-institucionales que la constituyen y orientan, sino además con la capacidad de agencia que tenemos como sujetos de construir y ser contruidos por la realidad social que nos circunda, en consecuencia la salud pública excede el ámbito institucional y desborda la acción estatal como única directriz frente a las posibilidades de actuación territorial. Así, la salud pública se gesta desde la acción local, en un intento por comprender la complejidad y diversidad del territorio dando valor a las propuestas que surgen desde los distintos actores que lo configuran y reconociendo el derecho y capacidad de los sujetos para comprender y actuar sobre sí mismos y sobre el mundo, es decir, para decidir con autonomía sobre los fines que orientarán las acciones encaminadas a construir individual y colectivamente su vida y su salud (Granda, 2009; Campos, 2009).

Sin duda la gestión de la salud pública demanda las funciones del Estado para coordinar y articular acciones encaminadas hacia la garantía y el goce efectivo del derecho a la salud y la protección social, pero además requiere de la participación de los distintos actores y sectores, gubernamentales y no gubernamentales, que confluyen en el territorio alrededor de los procesos de coproducción de formas saludables, diversas y posibles de vivir la vida en vínculo con las aspiraciones de equidad, bienestar, calidad de vida y desarrollo humano y sostenible para los habitantes del territorio colombiano.

1. Gestión territorial integral de la salud pública

La gestión de la salud pública implica la organización territorial y multinivel de la salud a través de la formulación de un conjunto de políticas públicas y acciones



sectoriales e intersectoriales donde interfieren actores gubernamentales y sociales con aspiraciones e intereses diversos, en ocasiones sinérgicos y la mayoría de veces contradictorios, que requieren del establecimiento de formas dialógicas de relacionamiento y de procesos de cogestión que permitan la construcción de acuerdos para la acción común orientada a elevar el nivel de salud de la población.

En ese sentido, el PDSP comprende la Gestión Integral Territorial de la Salud Pública GITSP como la forma de organizar la salud pública en el país acogiendo las directrices ministeriales para la materialización del derecho a la salud y demás derechos en interdependencia a través de acciones centradas en las personas y orientadas desde la atención primaria en salud, el cuidado integral, la gestión integral del riesgo y el enfoque diferencial. La GITSP se organiza e integra a través de tres niveles de gestión: la gestión del desarrollo, la gestión de los territorios y la gestión del cuidado. De esta manera busca trascender el abordaje desde los eventos, riesgos y/o enfermedades –sin excluirlo- aproximando un abordaje territorial integral en términos de posibilitar de manera incremental y diferencial el desarrollo de las oportunidades y capacidades necesarias para potenciar la vida y la salud de personas, familias, comunidades y colectivos en los distintos territorios del país.

Asimismo, la GITSP reconoce en el ejercicio de su quehacer la necesidad de integrar los ejes estratégicos del PDSP como herramientas de gestión al subrayar: i) la necesidad de acoger el gobierno multinivel y la gobernanza democrática y colaborativa como posibilidad de recuperar la gobernabilidad y legitimidad del accionar de la salud pública; ii) la interdependencia de la salud y el desarrollo, por tanto la necesidad de consolidar la acción intersectorial para el abordaje de los determinantes sociales de la salud; iii) la importancia de la Atención Primaria en Salud para el ordenamiento eficaz de los sistemas de salud y de la salud pública en su conjunto; iv) la conveniencia de la gestión integral del riesgo para el desarrollo de modelos predictivos que prevengan condiciones no deseadas, evitables o negativas para la salud individual y colectiva; v) la necesidad de generar, integrar y



apropiar conocimientos desde las distintas disciplinas así como desde los saberes provenientes de la diversidad cultural y la experiencia colectiva para el cuidado de la salud y la vida como posibilidad de optimizar las decisiones que orientan la acción en salud pública.

Por su parte, la GTISP recupera aquellos elementos centrales para la gestión de la salud pública del PIC, la PAIS, las RIAS y el MAITE y los amplía en una perspectiva integrativa de protección social y promocional de derechos que busca de un lado, la integración horizontal con los diferentes sectores administrativos de la rama ejecutiva del poder público, las instancias gubernamentales que hacen presencia en el territorio, los sectores productivos, los sistemas de gobierno propio, las formas organizativas autónomas para el cuidado de la vida y la salud y los demás actores organizados socialmente con incidencia en el desarrollo del territorio. De otro, procura la integración vertical entre los distintos niveles del ordenamiento político-institucional subnacional, nacional y supranacional viabilizando los arreglos y mecanismos institucionales necesarios para alcanzar el desarrollo humano y sostenible desde un enfoque territorial.

A su vez, los tres niveles de gestión recogen e integran las intervenciones individuales en los diferentes momentos del curso de vida personal y familiar; las intervenciones colectivas para grupos de la población que comparten condiciones de vida y salud similares materializadas en los distintos entornos educativos, laborales, comunitarios, institucionales y del hogar, así como en los entornos urbanos y rurales; y las intervenciones poblacionales tendientes al bienestar y al desarrollo humano y sostenible para todos los habitantes del territorio colombiano.

La GTISP implica la formulación e implementación institucional de políticas públicas intersectoriales y transectoriales orientadas a la protección social y ambiental y enfocadas en la transformación positiva de los determinantes sociales de la salud y al logro de la equidad con la participación de la sociedad civil organizada y demás actores sociales involucrados. Políticas que tengan en cuenta los diferenciales



poblacionales y territoriales para el cuidado integral de las condiciones que afectan la salud individual y colectiva, que se despliegan en el marco de la institucionalización de una cultura para la vida y la salud que permita, a través de la educación y comunicación en el campo de la salud pública, la promoción y el desarrollo de modos, condiciones y estilos que favorezcan las condiciones de vida y salud en los distintos entornos y territorios.

Particularmente, la GTISP acoge la gestión de la salud pública como un proceso colaborativo y participativo, por lo tanto de cogestión, donde los distintos actores gubernamentales, institucionales y sociales involucrados, y en especial el talento humano en salud, se constituyen en gestores de la salud pública, es decir en interpretes y mediadores de las distintas formas del cuidado de la vida y la salud, superando la mirada funcionalista sobre la población entendida como un objeto pasivo que debe ser intervenido y rescatando la potencia creadora de los sujetos individuales y colectivos para producir salud en los territorios y al interior de los entornos cotidianos donde transcurre la vida (Granda, 2009; Campos 2009).

Gestores de la salud pública capaces de analizar e integrar el conocimiento que aportan las distintas disciplinas y saberes en una comprensión multidimensional y compleja del contexto sociosanitario determinante de la salud individual y colectiva, y al mismo tiempo, de proponer prácticas que superen el abordaje centrado en la enfermedad para avanzar hacia prácticas que generen oportunidades y capacidades para potenciar la vida y la salud, articuladas a las necesidades e intereses de los distintos actores involucrados en la gestión del territorio.

Así, la GITSP se constituye en un proceso de democratización de la gestión de la salud pública que integra los sujetos particulares y diversos en la construcción colectiva de lo público con el objeto de avanzar hacia un nuevo acuerdo social, ético y político que logre consolidar un sociedad menos desigual, más humana y con mayores oportunidades de bienestar, calidad de vida y desarrollo para todos sus habitantes.



2. Niveles de gestión y recursos operativos

En la vía de avanzar en la operacionalización de la GTISP se recogen en primer lugar los aspectos identificados como elementos centrales para la comprensión y articulación de los tres niveles de gestión de la salud pública: la gestión del desarrollo, la gestión de los territorios y la gestión del cuidado. En segundo lugar se amplían las concepciones para posteriormente describir cada uno de los niveles de gestión. En tercer lugar se describen los aspectos generales relacionados con los recursos que permiten la operación de la salud pública a nivel territorial.

Como elementos centrales para la comprensión y articulación de los tres niveles de gestión se señalan:

1. El desarrollo comprendido como una categoría macrosocial de carácter multidimensional: humano, social, económico, ambiental y político-institucional que requiere del concurso de distintos actores y sectores para incidir significativamente en el abordaje de los determinantes sociales de la salud.
2. El territorio entendido no solo como un espacio político administrativo donde se distribuyen los riesgos ambientales, sino también como el lugar donde acontece y se construye social y subjetivamente la vida y la salud, y por tanto requiere articular dimensiones naturales, sociales y subjetivas para su comprensión.
3. El cuidado acogido como un compromiso práctico consigo, con otros(as) y con el entorno que constituye un requerimiento moral para sustentar la vida bajo el reconocimiento de la vulnerabilidad humana, social y ambiental en vínculo con nuestra naturaleza interdependiente.
4. La gestión en salud pública comprendida como un proceso relacional de carácter colaborativo y democrático que busca mejorar los procesos organizativos de la salud pública trascendiendo la gestión como una directriz vertical exclusivamente



institucional al apostar por formas dialógicas de relacionamiento que desarrollen capacidades para interpretar, proponer, acordar y actuar en los sujetos que gestan la salud pública del país.

El desarrollo:

Abordar el desarrollo significa, a pesar de la crítica frente a los posibles beneficios del desarrollo occidental, acoger la idea de un desarrollo humano y sostenible como posibilidad de perfeccionamiento social para avanzar de lo simple a lo complejo, del desconocimiento al conocimiento, de lo insuficiente a lo mejor y de lo injusto a lo justo en el campo de la salud pública (Campos, 2009).

Implica reconocer la coexistencia de una heterogeneidad de políticas públicas orientadas desde distintos sectores, perspectivas y lineamientos de manera dispersa, fragmentada e insuficiente lo que ha generado duplicidades y tensiones de carácter estratégico y operativo que precisan, de un lado, frente a las políticas ya existentes del análisis, adecuación regulatoria y armonización con el objeto de alcanzar interacciones efectivas en la gestión integral de la salud pública. De otro, para las próximas políticas se requiere la gestión intersectorial eficaz que permita la construcción de una visión integrada para el abordaje de los determinantes sociales en salud; la generación de acuerdos institucionales y sociales para la realización de un trabajo participativo y colaborativo en sus distintas fases de planeación; el desarrollo de capacidades técnicas y de financiación; y la adecuada distribución presupuestal y asignación de recursos entre los sectores y actores participantes.

La gobernabilidad para la gestión de la salud pública en el ámbito del desarrollo implica recuperar la autoridad, capacidad y responsabilidad institucional frente a la gestión de lo público asegurando el equilibrio social, económico y ambiental del desarrollo y reestableciendo la confianza por parte de la ciudadanía en el gobierno como garante de la estabilidad política del sistema. Por su parte, la gobernanza para el desarrollo requiere de la construcción de acuerdos vinculantes entre actores y sectores que trascienda –sin eliminar– la sumatoria de ofertas sectoriales,



institucionales, sociales, comunitarias, profesionales o disciplinares existentes y que, orquestada desde el gobierno territorial, articule de manera integrativa las distintas respuestas sociales para la resolución efectiva de las necesidades poblacionales y territoriales.

Entre las instancias que participan del desarrollo se encuentran los sectores del nivel supranacional, nacional y subnacional que desarrollan las acciones intersectoriales que incluyen, pero no se limitan a: los departamentos administrativos; las entidades territoriales adscritas a los ministerios de salud, trabajo, educación, minas y energía, agricultura, ambiente, vivienda, transporte, deportes y cultura; el sector privado y empresarial, la sociedad civil organizada, las instancias de cooperación internacional y la comunidad en general.

El territorio:

Acoger la gestión del territorio implica reconocerlo como un espacio en donde se materializan los distintos modos de vivir, enfermar y producir salud, el cual involucra dinámicas de ajuste y creación bajo condiciones materiales particulares, pero también simbólicas, en constante interacción y resignificación por parte de los sujetos que lo habitan y que, aunque determinados material y socialmente, tienen la capacidad de interactuar entre sí y con el territorio para coproducir vida y salud según sus necesidades, deseos e intereses (Molina, 2018).

En consecuencia, la gestión territorial brinda la posibilidad de abordar situacional y diferencialmente las necesidades en salud de los distintos grupos poblacionales del país. En consecuencia, el abordaje territorial define un modelo que permite la cogestión de las distintas formas de producción de vida y salud ancladas a las formas de subjetivar el territorio y a las particularidades contextuales que lo caracterizan, en el marco de relaciones de poder jerarquizadas y dinámicas de vulneración social y ambiental que requieren ser superadas.



Siguiendo lo anterior, si bien el ordenamiento territorial político institucional bajo el direccionamiento de la autoridad sanitaria en salud a nivel nacional y subnacional es la base estructural del gobierno de la salud pública, se necesita el concurso de los distintos actores a nivel territorial para alcanzar el desarrollo humano y sostenible al que se aspira, desarrollo que no se decreta, sino que se hace posible desde el gesto territorial particular que precisa de la cogestión dialógica tejida en medio de relaciones de poder entre múltiples actores, no solo gubernamentales, en la vía de propiciar la toma de decisiones y la acción colaborativa, participativa y comprometida que consolide la gobernanza local con el apoyo de las autoridades sanitarias y demás instancias de gobierno municipal, departamental, distrital y nacional.

Así, el territorio requiere procesos de gestión democrática y participativa que permitan: el desarrollo de capacidades institucionales, territoriales y sociales para la cogestión de la salud pública; el fortalecimiento de estructuras y escenarios organizativos plurales para la participación social y el ejercicio de rendición de cuentas y veedurías, adaptadas y apropiadas según los diferenciales poblacionales y territoriales; la generación, traducción y apropiación social del conocimiento que optimice las decisiones en salud pública en respuesta a las necesidades en salud y a las configuraciones propias del territorio; y el relacionamiento entre distintos actores sociales, políticos, económicos y ambientales de carácter estratégico que propicien el intercambio de conocimientos, recursos y capacidades para adelantar una acción colaborativa frente al interés común de mejorar la salud, el bienestar y la calidad de vida de sus habitantes.

El cuidado.

El cuidado se concibe como una facultad humana que supera los roles de género y que implica una disposición relacional y una práctica responsable consigo mismo, con otros(as) y con el entorno. Un proceso que recurre a escuchar, prestar atención, estar presente, actuar con tacto, generar confianza y brindar una respuesta integral y respetuosa ante las necesidades de los(as) otros(as) y de lo Otro. El cuidado no



es un asunto privado ni mucho menos individual, constituye en sí mismo una responsabilidad pública y colectiva, una ética (Gilligan, 2013).

Acoger el cuidado implica la realización de esfuerzos sostenidos individuales y colectivos para mantener, perpetuar y reparar la salud y la vida. De ahí que los cuidados se constituyen en un soporte vital. La gestión del cuidado integral se desarrolla bajo el entendimiento de nuestra interdependencia en vínculo con la vulnerabilidad humana, social y ambiental, por consiguiente el cuidado de los colectivos requiere solidaridad, responsabilidad y compromiso con otros(as) y con el entorno en aras de proteger la vida y la salud de todos (Schramm & Kottow, 2001; Aguilera-Guzmán, et al., 2008). Por su parte, el cuidado de los individuos ayuda a restablecer la dignidad y la autonomía, contribuye a la seguridad, permite el despliegue de las potencialidades humanas y aproxima el bienestar.

En contextos donde existen determinantes estructurales distantes de nuestra intervención directa, así como condiciones y factores no modificables, siempre habrá lugar para el cuidado individual y colectivo, en toda circunstancia modificable y ante todo mejorable. Así, una cultura para el cuidado de la vida y la salud no solo promueve la importancia del cuidado, sino que reconoce el derecho a cuidar como una capacidad fundamental en vínculo con la gestión de lo público, en consecuencia la organización social y colectiva de los cuidados cotidianos se constituye en un reto común para la gestión de la salud pública.

En ese sentido, la gestión del cuidado recurre a la comprensión de los entornos cuidadores como aquellos escenarios en los cuales transcurre la vida cotidiana y en los cuales se tejen relaciones sociales en vínculo con el territorio. Los entornos cuidadores se constituyen en escenarios colaborativos y dialógicos en donde los individuos y colectivos son acogidos con respeto y amor, y se propician condiciones necesarias para alcanzar una vida digna y saludable.



Recrear entornos cuidadores familiares, educativos, laborales, comunitarios e institucionales implica una gestión del cuidado centrada en las personas que permita caracterizar quiénes son aquellas que los habitan, determinar cuáles son sus condiciones de vida y conocer sus expectativas frente a la transformación de dichas condiciones. Por tanto la gestión de los entornos cuidadores se construye de forma colectiva y creativa entre los distintos actores y sectores atendiendo a los diferenciales poblacionales y territoriales.

En suma, la gestión del cuidado requiere de un trabajo interdisciplinario, interinstitucional e intersectorial como posibilidad de desarrollar capacidades que nos permitan resignificar las prácticas de cuidado sí y de otros, y de gestionar entornos cuidadores que propicien condiciones de vida y salud que puedan afectar positivamente los determinantes sociales de la salud.

2.1 La gestión en salud pública

La gestión es un proceso relacional producto de la interacción entre personas que tiene como finalidad mejorar los procesos organizativos institucionales para el cumplimiento de los objetivos propuestos. En ese sentido, el centro de la gestión está en los sujetos y no los objetos que participan de una cadena de valor, que si bien deben ser administrados para garantizar la producción objetiva y la calidad de los bienes y servicios, no aseguran ni el involucramiento eficaz de los sujetos para el cumplimiento de los fines misionales institucionales ni su realización a través del trabajo. De ahí la importancia de problematizar la racionalidad gerencial, las estructuras y el tipo de relacionamiento predominante en las formas clásicas de gestión en salud para posibilitar la implementación de métodos complementarios y eficaces que potencien la democratización y la gobernanza requerida para el logro de las finalidades de la salud pública.

Métodos de gestión, que incidan de manera particular en la forma de relacionamiento vertical e instrumental que prevalece en las prácticas de salud,



específicamente en las relaciones jerárquicas instituidas entre los directivos del nivel nacional y del nivel subnacional, entre los directivos de las instituciones y los trabajadores de la salud, entre los especialistas y los profesionales en medicina, entre estos últimos y otros profesionales del área de la salud, entre los profesionales de las distintas áreas y los técnicos/ auxiliares, y entre todos lo anteriores y las personas que utilizan los servicios de salud. De igual forma entre los directivos y los trabajadores de las entidades territoriales en salud y entre estos y los demás miembros de la comunidad.

Y además, métodos de gestión que permitan trastocar la lógica predominante y descendente de la planificación que obedece a lineamientos y procesos de formulación gubernamental que dejan a los territorios únicamente la posibilidad de acoger e implementar la directriz central, por lógicas ascendentes incrementales que permitan el protagonismo de los actores sociales en el territorio para coordinar, planificar y evaluar la acción en salud pública desde lo local (Duncan y Sepúlveda, 2008).

Así, la gestión de la salud pública en tanto orientada al objetivo común de avanzar en la garantía del derecho a la salud, la equidad, el bienestar y la calidad de vida de individuos y colectivos según diferenciales poblacionales y territoriales requiere integrar otro tipo de racionalidades y relacionamientos que permitan, en el marco de las relaciones de poder existentes que tensan los distintos intereses de los actores involucrados, avanzar hacia formas menos burocratizadas y cada vez más reflexivas, dialógicas y colaborativas que puedan aproximar las personas responsables de conducir estratégicamente la gestión a las personas encargadas de operar las actividades en salud, y a su vez acercar a las personas, familias y comunidades, sin desconocer roles y responsabilidades, pero interviniendo más el tipo de relaciones que establecen los sujetos al interior de las prácticas que al sujeto en sí mismo (Campos, 2005).



En ese sentido, se entiende la gestión de la salud pública como un modo particular de relacionarse que reconoce los distintos roles y grados de saber y poder de los sujetos involucrados, pero que busca establecer entre ellos relaciones constructivas, formas más democráticas para coordinar, planificar y evaluar el trabajo que integran la experiencia, el deseo y el interés de los sujetos en un ejercicio de cogestión que facilita la co-creación y reconoce las interacciones humanas como el centro de la gestión en salud. Una gestión de la salud pública que cumpla con los tres objetivos básicos de la gestión, a saber: producir objetivamente bienes y servicios para otros, reproducir la propia organización y asegurar la realización profesional y personal del talento humano en salud y la satisfacción de las personas que utilizan los servicios (Campos, 2005; 2009; 2021; Massuda y Campos, 2010)

Un proceso de cogestión que requiere de los gestores en salud pública el desarrollo de capacidades para: adelantar un actuar orientado a fines sin perder de vista los objetivos básicos de la gestión; reflexionar de forma dialógica como posibilidad de problematizar el propio punto de vista y atender intereses y sentires para quebrar resistencias e inseguridades que no se resuelven con la argumentación teórica; señalar el camino y al mismo tiempo permitir que el equipo sea también nuestro soporte, reconocer la autoridad legítima en otros sin que esto implique sometimiento, hacer prevalecer los intereses generales y públicos sin desistir de la singularidad de sus deseos e intereses; desarrollar autonomía para proponer y disentir a partir de la construcción de criterios específicos que permitan juzgar la realidad sociosanitaria; e implementar dispositivos metodológicos que permitan el análisis y reflexión colectiva así como la construcción colaborativa y participativa de las acciones en salud pública (Campos, 2005).

Esta forma particular de gestión involucra la capacidad dialógica para aproximar a los otros, propiciar el entendimiento y avanzar en la negociación de intereses para la construcción de acuerdos que resulten en un mayor beneficio para la sociedad en su conjunto y que logren equitativamente incluir arreglos institucionales que



beneficien los intereses de la población menos favorecida. Si bien, se reconoce que la gestión se realiza acorde con la correlación de fuerzas políticas que entrañan el ejercicio del poder, en la vía de implementar una política de Estado que procure la protección de la vida y la salud como el PDSP 2022-2031 se requiere acoger una racionalidad dialógica que permita la construcción de acuerdos, abierta al disenso y a las contradicciones intrínsecas de la construcción social, pero que posibilite los mecanismos necesarios para la expresión de los conflictos, la comprensión de los otros(as) y de lo Otro y el desarrollo de capacidades de mediación y concertación para evitar lógicas necrófilas y avanzar en objetivos comunes frente al accionar de la salud pública.

2.1.1 Niveles de Gestión

Los niveles de gestión territorial integral de la salud pública involucrados en la organización de formas de cogestión democrática para la producción de prácticas y procesos de coordinación y articulación multinivel y del fortalecimiento de la gobernanza de la salud pública se describen a continuación:

Primer nivel: la gestión del cuidado

Diferentes modelos de atención se han desarrollado con miras a mejorar la calidad del cuidado crónico. La OMS desarrolló una versión expandida del Modelo de Cuidado Crónico para integrarla a los países en desarrollo, así el ICCC Innovative Care for Chronic Conditions procura el fortalecimiento y re-diseño de la prestación de los servicios de salud para el abordaje multidimensional de las enfermedades crónicas. Los estudios de efectividad sugieren que el diseño de los servicios basados en este modelo mejoran la calidad del cuidado y los resultados en salud al tiempo que son costo-efectivos (Coleman et al. 2009).

Por su parte, la Atención Primaria en Salud (APS) constituye la opción más costo-efectiva y de mejor calidad para asegurar la continuidad del cuidado a través de los sistemas de salud en países de ingresos medios y bajos (Willison & Andrews; 2005). Asimismo las Redes Integradas de Servicios de Salud se constituyen en un



componente esencial para el desarrollo de sistemas de salud basados en APS mejorando la calidad, accesibilidad, aceptabilidad, eficiencia y equidad en los servicios (OPS. APS Renovada, 2007). Especialmente, existe evidencia frente a la efectividad de integrar, articular y coordinar a través de la APS modelos de atención con enfoques de: cuidado de las condiciones crónicas, salud familiar y comunitaria, riesgos y determinantes sociales de la salud para alcanzar mejores resultados en salud, mayor costo-efectividad y mejor satisfacción de los usuarios (Mendes, 2014). De igual modo frente a la efectividad de la gestión participativa, la relación con redes integrales e integradas de atención con ampliación de la clínica y gestión de casos (Massuda y Campos, 2010).

Con dichos antecedentes se propone para el nivel de la gestión del cuidado un modelo de cuidado integral e integrado desde diferentes enfoques que se fundamentan en la atención de las condiciones de salud entendidas como aquellas circunstancias de salud de una persona, más o menos persistentes, cuyo abordaje requiere de respuestas coordinadas por parte de los sistemas de atención en salud, de carácter reactivo y episódico para las eventualidades agudas o proactivo y continuo para las eventualidades crónicas (Mendes, 2014).

El nivel de la gestión del cuidado está centrado en las personas y sus familias bajo la responsabilidad directa de las aseguradoras y los prestadores. Se encarga de la cogestión del continuo del cuidado a través de la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y paliación a lo largo del curso de la vida y en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y calidad.

La gestión del cuidado implica el diseño, implementación y evaluación de un modelo de atención integral, integrada y continua para el manejo de las condiciones en salud agudas y crónicas, de manera costo-efectiva y de calidad, con adaptaciones culturales y diferenciales para la atención, la conformación de equipos



interdisciplinarios capacitados y coordinados y la participación de personas y familias informadas y proactivas.

Como elementos centrales contempla:

- La caracterización de la población a cargo en términos de necesidades y prioridades de atención.
- Organización de la red de prestadores de servicios de salud primarios y complementarios.
- La integración de modelos de atención de las condiciones en salud agudas y crónicas con base en los enfoques de riesgo, cuidado crónico, clínica ampliada, salud familiar y comunitaria
- La implementación de equipos interdisciplinarios con un grupo de personas y familias adscritas a su cargo.
- El desarrollo de capacidades para el cuidado a través de estrategias de educación y comunicación en el campo de la salud pública.
- La integración de modalidades de prestación de servicios que involucran: diseños específicos para el desarrollo de las RIAS, la atención domiciliaria, la conformación de grupos de carácter socioeducativo y socio-terapéutico de apoyo al cuidado y de estrategias de telesalud y telemedicina.
- La garantía de la seguridad de la atención a través de prácticas de prevención cuaternaria y acción sin daño.
- La prestación de servicios de salud seguros y humanizados
- El desarrollo de sistemas de información interoperables y sistemas de monitoreo, seguimiento y evaluación que optimicen la toma de decisiones y el logro de resultados en salud
- El desarrollo de estrategias de anticipación de los riesgos en salud y financieros relacionados con la operación del aseguramiento y la prestación de servicios que puedan afectar su funcionamiento y/o el cumplimiento de objetivos.



Segundo nivel: la gestión de los territorios

Este nivel se fundamenta en las concepciones señaladas anteriormente frente al territorio entendido más allá de la división político administrativa como el lugar donde acontece y se construye social y subjetivamente la vida y la salud, y por tanto requiere articular dimensiones naturales, sociales y subjetivas para su comprensión y desarrollo.

En ese sentido, acude a la Atención Primaria en Salud entendida como una estrategia integral y eficaz para la gestión en red y multinivel de la salud pública y la organización del sistema de salud a nivel territorial. La gestión de los territorios se desarrolla bajo la responsabilidad de las entidades territoriales del nivel subnacional encargadas de adelantar la gestión territorial, administrativa y financiera a través del desarrollo de procesos de cogestión y planeación territorial integral que a su vez requieren de la caracterización del territorio en términos de equipamiento, recursos, necesidades y del mapeo de actores clave para avanzar en procesos de cogestión que garanticen la sostenibilidad de la salud pública. Este nivel se organiza en configuraciones territoriales particulares que reconocen la diversidad y los alcances de los procesos de cogestión de la salud pública según la capacidad instalada en el territorio.

Contempla de manera especial el fortalecimiento de los Consejos territoriales de seguridad social en salud y la participación social en salud incidente en condiciones de respeto por la autonomía y pluralidad organizativa como garantes de los procesos de democratización y cogestión social e institucional en el territorio.

Como elementos centrales contempla:

- La caracterización de las necesidades, prioridades de atención y de la capacidad instalada en el territorio para la gestión de la salud pública.
- La armonización de planes, sistemas, sectores y actores. Particularmente del PDSP con los Planes de Desarrollo Territorial y los Planes Territoriales de Salud.



- El establecimiento conjunto de prioridades de acción territorial para la salud pública entre los distintos actores del sector salud (entidades territoriales, aseguradores, prestadores y personas) y demás sectores involucrados.
- La conformación de redes integradas de servicios de salud y servicios sociales que garanticen el acceso efectivo a las acciones de bienestar por medio de la articulación efectiva entre el sistema de salud y el sistema de protección social y demás sectores sociales.
- La integración de intervenciones poblacionales, colectivas e individuales en el territorio. Particularmente de los Planes Territoriales de Salud, el Plan de Intervenciones Colectivas, las Rutas Integrales de Atención en Salud y los Planes de Beneficio con cargo a la Unidad de Pago por Capitación.
- La coordinación e integración modelo de gestión del cuidado y los entornos cuidadores: hogar, educativo, laboral, comunitario, institucional.
- El desarrollo de sistemas de información interoperables, sistemas de monitoreo, seguimiento y evaluación y sistemas de vigilancia en salud pública que optimicen la toma de decisiones y el logro de resultados en salud.

Tercer nivel: la gestión del desarrollo

Este nivel reconoce el desarrollo en su carácter macrosocial y multidimensional que por tanto requiere para su realización de la rectoría del gobierno nacional y del concurso de distintos actores y sectores de carácter nacional para incidir significativamente en el abordaje de los determinantes sociales de la salud.

De igual manera que los dos niveles anteriores, la gestión del desarrollo está fundamentado en la APS como una estrategia fundamental para la gestión de los determinantes sociales de la salud, el logro de la equidad, el bienestar y el desarrollo humano y sostenible para los habitantes del territorio colombiano. Requiere de la caracterización de los niveles de calidad de vida y desarrollo a nivel nacional para trazar la ruta de acción acorde a las aspiraciones de bienestar, desarrollo y calidad de vida del país. Está bajo la dirección y responsabilidad del gobierno nacional en apoyo de CONPES-MinSalud y demás entidades nacionales y departamentos



administrativos involucrados en el abordaje intersectorial de los determinantes sociales de la salud.

Releva la Comisión Intersectorial de Salud Pública como la instancia principal a nivel nacional para la coordinación de la acción sectorial e intersectorial de cara al abordaje de los determinantes sociales de la salud en articulación con los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud del nivel subnacional.

Como elementos centrales contempla:

- La formulación, implementación y evaluación de políticas públicas a favor de la equidad, el logro del derecho a la salud, el bienestar y la calidad de vida de los habitantes del territorio colombiano.
- La coordinación de la acción social, sectorial e intersectorial para el abordaje de los determinantes sociales de la salud.
- La consecución de recursos públicos y privados, nacionales y de cooperación internacional para la gestión territorial integral de la salud pública.
- La promoción y protección de entornos y ecosistemas saludables.
- El fortalecimiento de la participación social en salud.
- El desarrollo y fortalecimiento de observatorios y centros de pensamiento en salud pública
- El desarrollo de sistemas de información interoperables, sistemas de monitoreo, seguimiento y evaluación y sistemas de vigilancia en salud pública que optimicen la toma de decisiones y el logro de resultados en salud.

En suma, los tres niveles de gestión: gestión del cuidado, gestión de los territorios y gestión del desarrollo constituyen el Sistema de Gestión Territorial Integral de la Salud Pública que optimiza sus decisiones para la acción en salud pública a través de la integración de los sistemas de información interoperables, los sistemas de monitoreo, seguimiento y evaluación y los sistemas de vigilancia en salud pública.



Dicho sistema en su globalidad apunta a la reducción de la carga de enfermedad y de las desigualdades en salud en la vía de alcanzar mayores niveles de equidad, el logro del derecho a la salud y la protección y sostenibilidad del ambiente y la disminución de la carga de enfermedad en cumplimiento de las finalidades del PDSP 2022-2031.

A continuación se presenta la representación gráfica del Sistema Territorial Integral de la Salud Pública. Gráfico 2.

Borrador



SISTEMA DE GESTIÓN TERRITORIAL INTEGRAL DE LA SALUD PÚBLICA



Fuente: elaboración propia



2.2 Recursos operativos

En tanto la GITSP fomenta la planeación, el desarrollo, la implementación y la evaluación organizada, sistémica y efectiva de las acciones sectoriales e intersectoriales que buscan incidir positivamente sobre los determinantes sociales de la salud depende del fortalecimiento de la autoridad sanitaria en una relación temporal que establecerá la política pública en su planeación estratégica y operacional en vínculo con el contexto territorial como elemento clave.

Así, el contexto ambiental, social, económico, político y cultural determina los planteamientos estratégicos, las dinámicas de gestión y, por lo tanto, los resultados esperados. La pandemia por COVID-19, las crisis económicas del último decenio, y demás circunstancias sociales, políticas y de violencia que han determinado las políticas públicas y la organización de los diferentes actores en el territorio, son eventos que inciden en la GITSP, el desempeño de los sistemas sociales de salud y el desempeño de las entidades territoriales. La resiliencia —entendida como la capacidad de los actores, las organizaciones, las comunidades y en general la población para prepararse y responder eficazmente a las crisis, mantener las funciones básicas cuando se presenta y las dinámicas necesarias para reorganizarse para atender las necesidades de salud de las personas y comunidades durante y posterior a la crisis— (Kieny, et al., 2014) debe ser un elemento a fortalecer en el próximo decenio y el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 debe ser el instrumento de política que fomente dicho fortalecimiento.

El PDSP 2022-2031 contempla los recursos operativos como elemento necesario en los diferentes territorios para desarrollar y fortalecer la GITSP. Estos recursos permitirán fomentar la resiliencia del sistema de salud y de los diferentes sectores ante futuras crisis y dará un soporte operativo a las diferentes acciones o intervenciones sectoriales e intersectoriales propuestas en la política. Asimismo, fortalecerá los ejes estratégicos y, por lo tanto, la autoridad sanitaria en pro de la



garantía del derecho fundamental a la salud a través de la incidencia positiva de los determinantes sociales de la salud y la reducción de brechas injustas y evitables.

En el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, los recursos operativos tienen tres referentes técnicos: i. Las funciones esenciales de la salud pública (OPS, 2020); ii. La política de atención integral en salud (MSPS, 2016), y iii. La gestión de los sistemas de salud durante la pandemia por COVID-19 (Gilmore, et al., 2020). Los recursos operativos se consideran como insumos y procesos vitales para la gestión de la salud pública del orden nacional y subnacional, y se plantean como elementos clave de gestión que las direcciones territoriales, los aseguradores, prestadores, comunidades, ciudadanos y los sectores del desarrollo, incorporen en la planeación territorial y estratégica para lograr los objetivos comunes planteados.

Cada uno de los recursos tendrá una definición, alcances y mecanismos de fortalecimiento que cada actor del sistema de Gestión Integral Territorial de la Salud Pública deberá incluir en su planeación estratégica para abordar las situaciones de salud, bienestar y calidad de vida de sus poblaciones, de acuerdo con sus contextos ambientales, sociales, económicos, políticos y culturales. Al igual que los ejes estratégicos del PDSP 2022-2031, los recursos operativos deberán ser accionados de manera sistémica e integral en el marco de un plan de acción para cada una de las acciones estratégicas propuestas en el Plan y adoptadas en los diferentes territorios.

El PDSP 2022-2031 propone siete recursos operativos, la saber: i. Desarrollo del Talento Humano, ii. Participación Social y Comunitaria en Salud, iii. Acceso efectivo a servicios sociales, de salud y acciones de bienestar, iv. Estandarización de la práctica y evaluación de tecnologías en el marco de la gestión de tecnologías de la salud pública, v. Vigilancia en Salud Pública, vi. Salud digital y sistemas de información interoperables, y vii. Planeación, monitoreo, seguimiento y evaluación eficiente de la salud pública. A continuación, se describe cada uno de los recursos operativos.



Recurso operativo 1. Desarrollo del talento humano

Definición

Es el recurso que permite el desarrollo integral del talento humano en salud pública en el territorio nacional (MSPS, 2018). Este desarrollo permitirá una adecuada gestión del sistema de gestión integral territorial de la salud pública y el fortalecimiento de la autoridad sanitaria que dará una respuesta efectiva a las necesidades de salud de las poblaciones (WHO, 2016).

Alcance

El recurso operativo incluye los procesos de formación, capacitación, distribución, disponibilidad, empleo, condiciones laborales y su reglamentación.

Mecanismos de fortalecimiento

- a. Gobernanza de los recursos humanos a través de la regulación de los procesos de formación, así como las acciones intersectoriales con los sectores de educación, trabajo y hacienda para el desarrollo del personal de salud con orientación a suplir las necesidades de salud de las personas, familias y comunidades en relación con los ejes estratégicos de la Atención Primaria Integral en Salud y la Gestión Integral del Riesgo en Salud Pública (WHO, 2016).
- b. La regulación de la profesión y la autonomía de las personas que permita un adecuado desarrollo ético y en valores de los profesionales frente al acto de trascender en la salud de las personas (MSPS, 2018). Esto permitirá que los actos de los profesionales de la salud sean orientados por su vocación y motivación trascendentes de servicio, cuidado y beneficencia de la salud y de la salud pública.
- c. Desarrollo de competencias del talento humano acorde con las necesidades de las poblaciones y en función del modelo de atención centrada en las personas, la intersectorialidad y el abordaje de los determinantes sociales de la salud.



- d. Regulación de los mercados del talento humano en salud que permitan una adecuada distribución del recurso en los diferentes territorios a nivel nacional y subnacional, reduciendo las desigualdades en el acceso a los servicios de salud y fomentando la equidad.
- e. Fortalecimiento del servicio social obligatorio orientado a la Gestión Integral de la Salud Pública en los territorios rurales y vulnerables.

Recurso operativo 2. Participación social y comunitaria en salud

Definición:

Fomentar, fortalecer y desarrollar mecanismos legítimos de toma de decisiones que garanticen una cultura democrática y capacidades ciudadanas en los diferentes campos de acción de la salud pública, la construcción, implementación y evaluación de política pública en el marco de la garantía del derecho humano fundamental a la salud (MSPS, 2017).

Alcance

Establece que la participación, como derecho y práctica social, es la posibilidad de materializar el derecho a la salud, el bienestar y la calidad de vida que requiere del concurso de todos los actores sociales en las deliberaciones y decisiones sobre los problemas que afectan a la salud, bajo el entendido de la salud como bien público. Este recurso operativo permitirá garantizar la legitimidad y gobernabilidad de la Gestión Integral de la Salud Pública.

Mecanismos de fortalecimiento

- a. Mecanismos de transparencia, manejo de conflictos de intereses y autoregulación/regulación de los agentes que permita el reconocimiento y, por lo tanto, la legitimidad de las acciones de los diferentes actores interesados en el campo de la salud pública, la incidencia positiva sobre los determinantes sociales de la salud y la reducción de las desigualdades injustas y evitables. La incorporación de comités de transparencia en los diferentes territorios que



- determinen el tipo de interés y potenciales conflictos de intereses de los diferentes actores del sistema de salud y otros sectores permite fortalecer los procesos de transparencia en los territorios (Andriole & Stephen, 1979).
- b. Vigilancia social y mecanismos de rendición de cuentas deben ser los elementos clave del seguimiento y evaluación de la implementación de las políticas públicas. Para ello, se hace prioritario la creación y fortalecimiento de los espacios y procesos de rendición de cuentas, y la sostenibilidad de estos, reconociéndolos como espacios de abogacía por el bien común y la mejora en los procesos de toma de decisión (MSPS, 2017; Andriole & Stephen, 1979).
 - c. Empoderamiento de la ciudadanía y de las organizaciones sociales en salud estableciendo incentivos y gestionando recursos para la financiación para las iniciativas comunitarias, permitiendo que las comunidades incidan y decidan en las políticas en salud (MSPS, 2017).
 - d. Impulsar la cultura de la salud capacitando a los actores interesados en procesos de planeación, formulación, implementación y evaluación de política pública con diferencial poblacional y territorial, desarrollando capacidades y competencias de la sociedad civil y comunidades organizadas en política pública que permita que sus acciones fortalezcan la acción sobre los determinantes sociales de la salud y de la salud pública (MSPS, 2017; Andriole & Stephen, 1979).
 - e. Creación y fortalecimiento de la institucionalidad para la participación social y comunitaria, fortaleciendo los canales de participación para la sociedad civil y comunidades organizadas (Berger, et al., 2012).

Recurso operativo 3. Acceso efectivo a servicios sociales, de salud y acciones de bienestar

Definición

El acceso efectivo se define como el acceso equitativo, oportuno y con altos niveles de calidad para la garantía del derecho fundamental a la salud y la generación del



valor de la salud pública como elemento transformador en relación con la incidencia positiva sobre los determinantes sociales de la salud (WHO, 2018).

Alcance

El acceso efectivo incluye los procesos de accesibilidad, utilización oportuna y calidad de los servicios sociales, de salud y acciones de bienestar acordes con las necesidades de salud de las poblaciones (Huber, et al., 2008).

Mecanismos de fortalecimiento

- a. Organización y gestión de servicios de salud centrados en la persona con enfoque en atención primaria en salud familiar y comunitaria, y gestión de los determinantes sociales de la salud (WHO, 2018).
- b. Fortalecer la calidad de los servicios de salud a partir de las necesidades en salud y salud pública de las personas, familias y comunidades con base en la ética profesional, las prácticas basadas en valor y la evidencia científica, reconociendo el contexto ambiental, social, económico, político y cultural del territorio (WHO, 2018; Huber, 2009).
- c. Fortalecimiento del prestador primario permitiendo que se convierta en ese primer momento resolutivo, orientado a la atención comunitaria, familiar e intersectorial reconociéndolo como determinante intermedio de la salud y de las desigualdades sanitarias. Asimismo, que desarrolle capacidades de relacionamiento efectivo con los diferentes actores sociales, ciudadanía y sociedad civil organizada para permitir la gestión del cuidado de la salud de los colectivos (MSPS, 2016).
- d. Articulación sectorial e intersectorial entre los diferentes niveles de atención y gestión de la salud y los determinantes sociales de la salud, que disminuya la fragmentación y mejore la percepción y satisfacción de la atención en los diferentes momentos de la gestión de la salud pública (MSPS, 2016; Huber, et al., 2008).
- e. Uso de las tecnologías y la transformación digital para mejorar la calidad de los servicios de salud y bienestar que permitan un diagnóstico oportuno del estado



de la gestión de los determinantes sociales de la salud, los factores de riesgo y los procesos de atención, así como garantizar un adecuado y oportuno acceso a las acciones sectoriales e intersectoriales necesarias para solventarlas (WHO, 2018; Huber, et al., 2008).

Recurso operativo 4. Estandarización de la práctica y evaluación de tecnologías en el marco de la gestión de la salud pública

Definición

Este recurso plantea las diferentes políticas, procesos, mecanismos y acciones que permita reconocer el ciclo vital de las tecnologías y servicios de salud pública, así como la respuesta organizada del sistema de salud y los diferentes sectores frente a la adecuada adopción de dichas tecnologías en los diferentes contextos territoriales, garantizando la equidad en el acceso y en el valor en salud esperado (Gerhardus, et al., 2008).

Alcance

Permite la gestión de tecnologías y servicios de salud pública tipo medicamentos, dispositivos médicos, acciones sectoriales e intersectoriales, programas y estrategias de salud pública (Rosén & Werkö, 2014).

Mecanismos de fortalecimiento

- a. Políticas y regulación en evaluación de tecnologías que permita el adecuado desempeño de los agentes entorno a la evaluación de tecnologías y el reconocimiento de su real valor terapéutico y social a razón de su efectividad, costo-utilidad e impacto en los sistemas y sectores relacionados con la gestión de la salud pública. Asimismo, en el proceso de incorporación reconoce las acciones necesarias para garantizar una estandarización de la práctica en salud pública (Gerhardus, et al., 2008; Dietrich, 2009).



- b. Gestión de tecnologías que permita un uso eficiente de los recursos para la incorporación de tecnologías y servicios de salud pública de alto valor social. La integrarán todos los actores interesados en la evaluación y valoración de tecnologías y servicios de salud pública (ciudadanos, IETS, Ministerio de Salud y Protección Social, EPS, IPS, industria farmacéutica y de dispositivos médicos, entre otros). Planteará los procesos de evaluación y valoración de tecnologías y servicios, mecanismos de regulación y de toma de decisiones para la inversión de tecnologías y servicios de salud pública y los procesos de estandarización de la práctica en salud pública que permita el logro de los objetivos planteados en la política en términos de la salud y bienestar de las personas (Dietrich, 2009).
- c. Planificación estratégica para la gestión de la innovación de tecnologías y servicios de salud pública que permitirá que el sistema de salud y los otros sectores se anticipen a la innovación disruptiva de las tecnologías y servicios de salud a través de procesos como el escaneo de horizonte de nuevas tecnologías, de procesos de regulación regional de la innovación, y mesas de negociación anticipada con los desarrolladores de las tecnologías y servicios de salud (Rosén & Werkö, 2014; Dietrich, 2009).
- d. Modelos y mecanismos de gestión de activos y riesgos relacionados con tecnologías y servicios de salud que permitan el uso eficiente de los recursos asignados a la gestión de tecnologías y servicios de salud pública en Colombia. Este elemento permitirá desarrollar mecanismos de contratación basados en valor y riesgo compartido, que busquen primariamente el acceso a dichas tecnologías y servicios, pero también la equidad en el financiamiento y asignación de recursos en el marco del sistema de salud y otros sectores (Dietrich, 2009).
- e. Fortalecimiento de los procesos de toma de decisión basados en valor social de las tecnologías y servicios de salud que permita la construcción del capital social institucional para el desarrollo de la institucionalidad necesaria para la decisión de inversión o desinversión de una nueva tecnología o servicio de salud pública (Rosén & Werkö, 2014; Dietrich, 2009).



Recurso operativo 5. Vigilancia en salud pública

Definición

Se reconoce como el proceso que permite identificar, prevenir y reaccionar de manera temprana y organizada frente a riesgos en salud individuales y colectivos en el territorio nacional. Este objetivo se logra a partir de los procesos sistemáticos y estandarizados de recolección, análisis, interpretación y difusión de información que permita planear, implementar y evaluar las acciones en salud pública incorporadas para gestionar el riesgo de posibles amenazas para la salud (Thacker & Berkelman, 1992).

Alcance

Identificar y gestionar los riesgos en salud y salud pública, así como agregar valor a la gestión del conocimiento en salud pública a partir de la información analizada y la propuesta de acciones de salud pública a corto, mediano y largo plazo para fortalecer la respuesta frente a riesgos como epidemias, pandemias, comportamientos de riesgo de las poblaciones y aumento de las desigualdades sociales en salud que ponen en riesgo la salud de las personas y los colectivos. La vigilancia en salud pública debe incluir, no solo la identificación de factores de riesgo relacionada con los diferentes eventos mórbidos, sino que también debe incorporar los elementos determinantes de las desigualdades sociales en salud y de los resultados sanitarios, salud ambiental y la respuesta a emergencias y desastres (MSPS, 2010).

Mecanismos de fortalecimiento (Thacker & Berkelman, 1992; MSPS, 2010)

- a. Fortalecimiento del liderazgo de un sistema de vigilancia en salud pública que condicione ambientes de confianza para realizar alianzas estratégicas y obtención de recursos.



- b. Relacionamiento entre la vigilancia en salud pública y la investigación en salud pública que permita el desarrollo de investigación en salud pública para generar evidencia en diferentes contextos, evaluación del estado de salud de las poblaciones y de los determinantes sociales de la salud, que permitan una acción efectiva y de alto valor en salud pública.
- c. Inteligencia epidemiológica para epidemias y pandemias. La evolución de modelos de vigilancia en salud pública que, en conjunto con las tecnologías de información, permita identificar, de manera predictiva, riesgos asociadas a eventos en salud pública, para planear y reaccionar de manera temprana frente a posibles amenazas en los sistemas sociales y sectoriales en torno a la salud de individuos y colectivos, considerando las diferencias poblacionales y territoriales.
- d. Tecnologías para la optimización de procesos de vigilancia que permitan el análisis confiable y oportuno de datos recolectados con métodos y supuestos diferentes para la toma de decisión. Asimismo, permitir el uso de información no estructurada.
- e. Interoperabilidad y estandarización del flujo de la información, mecanismo que se desarrollará en el recurso de salud digital y sistemas de información interoperables.

Recurso operativo 6. Salud digital y sistemas de información interoperables

Definición

Es el proceso que permite el desarrollo y la utilización de las tecnologías digitales para mejorar la respuesta frente a los problemas de la salud pública y de salud de las poblaciones (WHO, 2019). El concepto de salud digital comprende no solo el uso de tecnologías sino también de los datos que crean, comparten y utilizan y se contemplan como determinante para la visión moderna de la salud pública a nivel mundial en los próximos años.

Alcance



Fusionar, integrar y analizar los datos de numerosas y amplias variedades de fuentes (biológica, sanitaria, ambiental, social, económica) para difundir, adoptar e implementar posibles estrategias que optimicen la formulación, seguimiento, monitoreo y evaluación de las políticas, así como la mejora de la respuesta de los actores interesados y por tanto de las condiciones de vida, bienestar y calidad de vida de las personas y colectivos (WHO, 2020).

Mecanismos de fortalecimiento (WHO, 2019; WHO, 2020)

- a. Estructura de gobierno y gobernanza para la salud digital que incluya los elementos éticos, estratégicos y operativos que permitan el buen uso de la salud digital en los diferentes contextos de la salud pública.
- b. Acceso abierto a la información para el análisis y gestión del conocimiento en salud pública.
- c. Inteligencia artificial y *big data* para la optimización de los procesos de análisis y generación de valor en el efecto de red de las plataformas digitales en salud y salud pública.
- d. Transformación digital para la gestión de la salud pública a través de la creación de plataformas digitales, aplicaciones, entre otros, que faciliten a la ciudadanía ser agente de gestión de la salud pública a través del uso de dispositivos electrónicos, redes sociales y plataformas virtuales que busquen fomentar hábitos de vida saludable, promoción de la salud, de la enfermedad, acceso efectivo a servicios de salud, y educación y comunicación en campo de la salud pública.

Recurso operativo 7. Planeación, monitoreo, seguimiento y evaluación eficiente de la salud pública

Definición

Se define como el recurso que orienta los procesos de la planeación estratégica, el seguimiento y evaluación a los diferentes actores de la política pública encargados



del ejercicio de la garantía del derecho fundamental a la salud a través de la gestión de la salud pública en los diferentes niveles territoriales (OECD, 2017).

Alcance

Fortalecimiento del ciclo planear, hacer, verificar y actuar (PHVA) establecido en el marco estratégico del PDSP 2022-2031.

Mecanismos de fortalecimiento

- a. La implementación y optimización del sistema de seguimiento, monitoreo y evaluación del PDSP 2022-2031 es el mecanismo que contempla la política que debe ser fortalecido para este recurso operativo. El sistema de seguimiento, monitoreo y evaluación busca identificar de manera temprana los riesgos relacionados con el desarrollo, la gestión de las acciones sectoriales e intersectoriales, así como con el cumplimiento de los objetivos de los ejes estratégicos y los fines de la política.
- b. Desarrollo de planes de acción para la mejora de la gestión de la salud pública. Las direcciones territoriales, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia de Salud deberán desarrollar, de manera coordinada, planes de acción como respuesta a los hallazgos del sistema de seguimiento, monitoreo y evaluación. Asimismo, las aseguradoras y los prestadores deberán acoger los planes de mejoramiento, en el marco de sus funciones, para el logro de los objetivos de la salud pública en el marco de la política.
- c. Los modelos de seguimiento y evaluación basados en desempeño, como lo son los marcos de referencia de “Indicadores basados en desempeño” y “Resultados y Objetivos Clave” permitirán a los diferentes actores identificar claramente sus objetivos en la cadena de valor y, asimismo, gestionar de manera efectiva y eficiente las diferentes acciones que aporten al logro de los resultados esperados de la política.



Referencias

- Aguilera-Guzmán, M. R., Mondragón, L., & Medina-Mora, M. (2008). Consideraciones éticas en intervenciones comunitarias: la pertinencia del consentimiento informado*. *Artículo original Salud Mental*, 31(2), 129–138.
- Andriole, S. J. (1979). Decision Process Models and the Needs of Policy-Makers: Thoughts on the Foreign Policy Interface. *Policy Sciences*, 11(1), 19–37.
- Berger, L., Berger, N., Bosetti, V., Gilboa, I., & Peter, L. (2021). Rational policymaking during a pandemic. *Perspective*, 118(4), 1–7.
<https://doi.org/10.1073/pnas.2012704118>
- Campos, G. W. (2005). Paideia y gestión: un ensayo sobre el soporte Paideia en el trabajo en salud. *Salud Colectiva*, 1 (1), 59-67.
- Campos, G. W. (2009). Concepción Paideia y co-producción de salud: la salud colectiva y la clínica ampliadas y compartidas. En G. W. Campos (Ed.), *Método Paideia: análisis y cogestión de colectivos* (pp. 167–203). Lugar Editores.
- Campos, G. W. (2021). *Gestión en salud. En defensa de la vida*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanus.
- Dietrich, E. S. (2009). Effects of the National Institute for Health and Clinical Excellence ' s technology appraisals on prescribing and net ingredient costs of drugs in the National Health Service in England. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 25(3), 262–271.
<https://doi.org/10.1017/S0266462309990110>
- Gerhardus, A., Dorendorf, E., Røttingen, J.-A., & Santamera, A. S. (2008). What are the effects of HTA reports on the health system? Evidence from the research literature. In *Health Technology Assessment and Health Policy-Making in Europe. Current Status, Challenges and Potential. Observatory Studies Series No. 14* (p. 197). Copenhagen.
- Gilligan, C. (2013). *La ética del cuidado*. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas.
- Gilmore, B., Ndejjo, R., Tchetchia, A., Claro, V. De, Mago, E., Diallo, A. A., ...
Bhattacharyya, S. (2020). Community engagement for COVID-19 prevention and control : a rapid evidence synthesis. *BMJ Global Health*, 5(:e003188), 1–11. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003188>



- Huber, M., Stanciole, A., Bremner, J., & Wahlbeck, K. (2008). *Quality in and Equality of Access to Health Care Services*.
- INS. (2013). *Lineamientos de Vigilancia y Control en Salud Pública 2013*. Bogotá, D.C, Colombia. Retrieved from http://idsn.gov.co/site/images/epidemiologia/documentos/lineamientos_2013.pdf
- Karamitri, I., Talias, M. A., & Bellali, T. (2017). Knowledge management practices in healthcare settings : a systematic review. *The International Journal of Health Planning and Management*, 32, 4–18. <https://doi.org/10.1002/hpm.2303>
- Kieny, M., Evans, D. B., & Kadandale, S. (2014). Health-system resilience : reflections on the Ebola crisis in western Africa. *Bull World Health Organ* 2014;92:850, 92, 850. <https://doi.org/doi:10.2471/BLT.14.149278>
- Laihonen, H. (2012). Knowledge structures of a health ecosystem. *Journal of Health Organization and Management*, 26(4), 542–558. <https://doi.org/10.1108/14777261211251571>
- Massuda, A., Campos, G. W. (2010). El método de soporte Paideia en el hospital: la experiencia del Hospital de Clínicas de la Universidade Estadual de Campinas (HC-Unicamp). *Salud Colectiva*, 6(2), 163-180.
- MSPS. (2016). Política de atención integral en salud. Un sistema de salud al servicio de la gente. Bogotá, D.C, Colombia. <https://doi.org/10.2307/j.ctv1rcf0q5.5>
- MSPS. (2018). Política Nacional de Talento Humano en Salud. *Ministerio de Salud y Protección Social*. Bogotá, D.C, Colombia. Retrieved from <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/politica-nacional-talento-humano-salud.pdf>
- MSPS. (2019). *Política de Participación en Salud PSSS. Resolución 2063 de 2017*. Bogotá, D.C, Colombia. Retrieved from <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/GT/politica-ppss-resolucion-2063-de-2017-cartilla.pdf>



- Molina, N. (2018). Territorios, lugares y salud: redimensionar lo espacial en salud pública. *Cad. Saúde Pública* 2018, 34(1), 1-13.
- OECD. (2019). *Open Government in Biscay, OECD Public Governance Reviews*. <https://doi.org/doi.org/10.1787/e4e1a40c-en>.
- OPS. (2020). *Las funciones esenciales de la salud pública en las américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco Conceptual y descripción. Organización Panamericana de la Salud*. Washington, DC. Retrieved from https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53125/9789275322659_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Rosén, M., & Werkö, S. (2014). Does Health Technology Assessment Affect Policy-Making and Clinical Practice in Sweeden? *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 30(3), 265–272. <https://doi.org/10.1017/S0266462314000270>
- Schramm, F. R., & Kottow, M. (2001). Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 17(4), 949–956.
- Sepúlveda, S., Duncan, M. (2008). *Gestión del desarrollo sostenible en territorios rurales en Brasil*. San José de Costa Rica: Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura.
- Thacker, S., & Berkelman, R. (1992). History of public health surveillance. In Baker EL (Ed.), *Public Health Surveillance*. New York: Van Norstrand Reinhold.
- Mendes, E. (2014). *Las condiciones crónicas en la atención primaria de la salud: la necesidad imperiosa de consolidar la estrategia de salud de la familia*. Brasilia: OPS.
- WHO. (2016). *Global strategy on human resources for health : Workforce 2030*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf>
- WHO. (2018). *Primary health care : closing the gap between public health and primary care through integration*. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/primary-health-care-closing-the-gap->



between-public-health-and-primary-care-through-integration

WHO. (2019). *WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening*. Geneva.

WHO. (2020). *Digital Health Platform: Building a Digital Information Infrastructure (Infostructure) for Health. Handbook*.

Borrador