

	<p style="text-align: center;">Introducción</p> <p>El Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 reconoce la dignidad humana como principio y como valor. En 1978, delegaciones de todos los países del mundo emitieron la declaración de Alma Ata, estableciendo un deber supremo para reducir las desigualdades y comprometer a todos los países en el reconocimiento de la salud como un derecho fundamental y a la necesidad de avanzar hacia el bienestar de las personas y las sociedades. Han pasado un poco más de 40 años y en general las sociedades han progresado en su desarrollo económico, social y de salud. Sin embargo, este progreso ha sido desigual, si bien la pobreza extrema ha disminuido de manera sostenible en la última década, la pandemia de COVID-19 ha evidenciado que se puede retroceder en este avance a cifras de alrededor del 8% (Roser & OrtizOspina, 2021). Además, más del 50% de la población mundial no accede a servicios de salud y cerca de 2.200 millones de personas, en todo el mundo, no tienen acceso a agua potable (Organization., 2018). De otra parte, según el último informe de la Unión Internacional de Telecomunicaciones (UIT, siglas en inglés) se estima que 2.900 millones de personas en el mundo carecen de conexión, de los cuales el 96% pertenecen a países en desarrollo (Telecomunicaciones, 2021).</p> <p>Así mismo, la humanidad y las sociedades fueron puestas a prueba como nunca en la historia reciente durante la crisis humanitaria producida por la pandemia de COVID-19, que evidenció y profundizó las desigualdades, pero al mismo tiempo permitió reconocer la necesidad urgente de reducir dichas desigualdades, abordar los determinantes sociales de la salud, avanzar hacia la mejoría de las condiciones de vida de las personas y al fortalecimiento de las redes de apoyo social. La pandemia de COVID-19 evidenció también capacidades diferenciales de los Estados y de los sistemas de salud para dar respuesta integral y oportuna a las necesidades de salud de las personas. En particular, en América Latina los países han optado por diferentes opciones de políticas y programas de salud pública dependientes principalmente de los recursos disponibles para llevarlas a cabo, lo que ha resultado en acciones con diferentes niveles de desarrollo para la vigilancia epidemiológica, la atención primaria y de alta complejidad en salud, así como de los programas nacionales de vacunación (Catherine Arsenault, 2022).</p> <p>Colombia ha sido un país líder en la gestión de la salud pública y el desarrollo del sistema de salud en la región, reconocido por sus avances en la garantía del derecho fundamental a la salud, la cobertura universal de la salud, y el reconocimiento de la salud en todas las políticas. A pesar de esto, el país se ha enfrentado a situaciones sociales, económicas y políticas que han generado desigualdades crecientes en términos de educación, salud y trabajo (WHO, 2017). En este contexto, desde hace diez años el país con el liderazgo del sector salud, ha emprendido una labor importante en torno al abordaje de los determinantes sociales de la salud, creando marcos normativos, una serie de elementos estratégicos orientados al reconocimiento de las prioridades en salud, así como la implementación de estrategias más efectivas para gestionarlas e incidir positivamente en la salud de las personas. Esta apuesta ha sido materializada en el Plan Decenal de Salud Pública reglamentada en la Ley 1438 de 2011 y fortalecida por las diferentes políticas de gobierno de los últimos años (Social, Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, 2013).</p> <p>El Plan Decenal de Salud Pública es una política de Estado, concebida con el propósito de trascender en la salud y bienestar de los habitantes del territorio nacional. Al ser una política de Estado incluye las voluntades y planes de varias administraciones de gobierno buscando orientar de una manera sostenida las acciones para la solvencia de las desigualdades en salud y el avance hacia la garantía del derecho fundamental.</p> <p>El Plan busca converger los intereses particulares en el gran propósito de trascender en la salud pública con el compromiso responsable de las entidades territoriales, las secretarías de salud, las aseguradoras de planes de beneficios, los prestadores de servicios de salud, la ciudadanía y todos los actores relacionados con la salud pública que inciden en el trabajo conjunto y articulado por el logro de los objetivos en torno a una mejor salud, equitativa y justa para todos. Por lo tanto, el PDSP es una política de todos, con todos y para todos.</p> <p>El Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 es la segunda versión de esta política, desarrollándose con los más altos estándares técnico-científicos, humanísticos y de participación social y ciudadana. Reconoce la evolución del Estado en el ejercicio de los derechos fundamentales, el contexto social, económico, político y cultural y el impacto de la pandemia COVID 19 en el plan de acción y la visión de la salud pública en el país. Por ello el Plan desarrolló todo un proceso de formulación basado en 4 etapas: i) etapa de diagnóstico, ii) etapa de definición técnica, iii) etapa de consulta y iv) etapa de</p>
<p>Contenido</p> <p>Introducción 6</p> <p>Capítulo 1. Antecedentes y Contexto del Plan Decenal de Salud Pública 8</p> <p>Capítulo 2. Metodología de la Formulación del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 14</p> <p>Capítulo 3. Diagnóstico Situacional de Condiciones de Salud con Énfasis en Análisis de Desigualdades 25</p> <p>Capítulo 4. Abordajes Conceptuales y Pilares del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 82</p> <p>Capítulo 5. Marco Estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 113</p> <p>Capítulo 6. Gestión Territorial Integral de la Salud Pública del PDSP 2022-2031 159</p> <p>Capítulo 7. Responsabilidades de los Actores del Sector Salud en el PDSP 2022-2031 174</p> <p>Capítulo 8. Salud Propia e Intercultural con los pueblos y comunidades en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 183</p> <p>Capítulo 9. Poblaciones Víctimas del Conflicto Armado en Colombia en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 230</p> <p>Capítulo 10. Acciones diferenciales para la población en situación de calle, población con discapacidad, población campesina, población LGBTI y población migrante. 235</p> <p>Capítulo 11. Sistema de Seguimiento y Evaluación del PDSP 2022-2031 247</p> <p>Capítulo 12. Sostenibilidad Financiera del PDSP 2022-2031 255</p> <p>Referencias 260</p>	<p style="text-align: center;">Capítulo 1. Antecedentes y Contexto del Plan Decenal de Salud Pública</p> <p>El Plan Decenal de Salud Pública establecido como política de Estado es la hoja de ruta que define la estrategia y la manera como la institucionalidad y la ciudadanía en general enfrentarán los retos de la salud pública en los territorios del país durante diez años, reconociendo la diversidad de contextos sociales, políticos, culturales y de salud, así como las dinámicas geopolíticas regionales y mundiales, en busca de la reducción de las inequidades y el avance hacia la garantía del derecho fundamental a la salud, constituido como un pacto social y un mandato ciudadano de carácter participativo, pluralista y multicultural que exige la participación y acción coordinada entre actores y sectores gubernamentales y no gubernamentales, para crear procesos, situaciones y circunstancias que favorezcan el ejercicio de la salud pública, la incidencia positiva sobre los determinantes sociales de la salud y el bienestar de las personas.</p> <p>El primer Plan 2012-2021 considerado el derrotero de la salud pública, con transformaciones a largo plazo, al pasar de una planeación de cuatro a una de diez años, permitió ampliar la comprensión de la salud, logrando sensibilizar a los territorios en la necesidad de incidir sobre los determinantes sociales de la salud para mejorar las condiciones de vida, salud y bienestar de la población. Sumado a lo anterior, en el marco de la implementación del plan, los territorios contaron con la Estrategia PASE a la Equidad en Salud¹, como un hito en la planeación del sector que orientó el análisis e identificación y comprensión de las situaciones presentes en los territorios para la proyección de respuestas articuladas en el marco de la autonomía de las entidades y de lo dispuesto en la Ley 152 de 1994.</p> <p>En línea con lo expuesto, el plan contemplaba estrategias para la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud, así como para el fortalecimiento de la autoridad sanitaria, con el fin de instaurar acciones de articulación y trabajo coordinado entre diferentes sectores, que permitiera compartir saberes, experiencias y posibilitar la búsqueda de soluciones integrales en las políticas territoriales, buscando el bienestar, desarrollo y calidad de vida de la población. En esta misma línea, y según lo establecido en la Ley 1438 de 2011, el país avanzó durante la implementación del plan, en la creación y reglamentación de la Comisión Intersectorial de Salud Pública – CISP como instancia de coordinación para la gestión intersectorial de los Determinantes Sociales de la Salud.</p> <p>El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, como parte instrumental del Estado, fijó entre sus metas el desarrollo del capítulo étnico con el fin de establecer la ruta que asegurara acciones diferenciales en vía de la garantía de los derechos de los pueblos y comunidades indígenas, NARP y Rrom y el restablecimiento de los derechos de las víctimas y otros grupos vulnerables y diferenciales. El Plan adoptó el enfoque diferencial como un componente transversal y estratégico que permitiera la aplicación de medidas especiales en favor de aquellos grupos sociales en los que dichas diferencias significan desventajas.</p> <p>El Plan destaca las realidades y particularidades de las poblaciones étnicas, tales como su cosmovisión, sus usos y costumbres, origen e identidad cultural. Por ello, pone de manifiesto que existen diferencias en las necesidades de atención y protección de la salud y que dichas comunidades deben ser partícipes en su entendimiento para transformar las situaciones de inequidad, discriminación y vulneración de derechos, por medio de acciones afirmativas y de acuerdo con las prioridades definidas por los pueblos y comunidades étnicas en los espacios de diálogo y concertación, con el fin de fortalecer el abordaje intercultural en la planeación territorial de salud.</p> <p>Dificultades y resultados del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021</p> <p>Como lo señala Pérez (2017) las políticas públicas son instrumentos de los Estados para la transformación de las realidades, implementadas para modelar estas realidades imperfectas. Sin embargo, la implementación de las políticas públicas conlleva una serie de complejidades que, en conjunto, se estructuran bajo interacciones con mayor o menor independencia, involucrando actores, decisiones y oportunidades, que determinan el éxito o avance de su implantación. Por ello, para determinar las dificultades de la implementación del Plan Decenal de Salud Pública el Minsalud (2018) desarrolló una "Evaluación de Procesos e Institucional del Plan Decenal de Salud Pública</p>
<p>validación, caracterizado por dinámicas de participación social amplias, representativas y de alto valor para el desarrollo de los contenidos y apuestas de la misma.</p> <p>El Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 propone una visión que orienta una hoja de ruta hacia el avance de la garantía del derecho fundamental de la salud, el logro de la equidad a través de la incidencia positiva sobre los determinantes sociales de la salud para mejorar el bienestar, la calidad de vida y el desarrollo humano y sostenible en los habitantes del territorio colombiano. La hoja de ruta se enmarca en seis ejes estratégicos, que buscan fortalecer la autoridad sanitaria de la salud pública y con ello mejorar la gestión en de la misma en los diferentes niveles del Estado, la gestión territorial integral de la salud pública a través una orientación estratégica para fortalecer la rectoría sanitaria y el desarrollo de un modelo de gestión territorial multinivel que coordine, oriente, articule y permita reconocer y armonizar los intereses de los diferentes actores que participan del desarrollo sectorial e intersectorial para el logro de objetivos trazados para la salud pública del país. Estos 6 ejes estratégicos son: i) Gobierno y Gobernanza de la Salud Pública, ii) Gestión Intersectorial de los Determinantes Sociales de la Salud, iii) Gestión Integral de la Atención Primaria en Salud, iv) Gestión Integral del Riesgo en Salud Pública, v) Gestión del Conocimiento para la Salud Pública y vi) Gestión y Desarrollo del Talento Humano en Salud Pública.</p> <p>Este documento está conformado por cuatro secciones. La primera sección describirá el contexto y antecedentes de formulación, la situación de salud y de gestión de los determinantes sociales de la salud y declara esas circunstancias injustas y los eventos de salud que se quieren evitar y gestionar para la próxima década. Una segunda sección donde se describen y explican las diferentes perspectivas, modelos y enfoques conceptuales con el cual la política busca consolidar sus bases para la incidencia positiva de los determinantes sociales de la salud, colocando sobre la mesa las evoluciones y alcances conceptuales que establece el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 en términos de Desarrollo Humano y Desarrollo Social Sostenible, la salud y la salud pública, el modelo de determinantes sociales y desigualdades sociales en salud, así mismo se describe el abordaje de los sujetos de derecho en la salud pública, reconociendo los diferentes enfoques y perspectivas como son el enfoque de derechos humanos y equidad, el enfoque diferencial de derechos, el curso de vida, el enfoque de género, y otros diferenciales; el PDSP plantea el enfoque interseccional para abordar de manera integral a los sujetos de derechos en la salud pública. Esta sección termina con la propuesta de cuatro pilares de la gestión de la salud pública en el marco del Plan Decenal que buscan estructurar su alcance y establecer campos de acción en las que confluyen múltiples actores, acciones con el objetivo de incidir positivamente los determinantes sociales de la salud, estos pilares son: i) Protección Social, ii) Salud Ambiental, iii) Cultura para la Vida y la Salud e iv) Integralidad en Salud que darán orientación a los ejes estratégicos para lograr su actuar en el fortalecimiento de la autoridad sanitaria y el logro de los fines de esta política. La tercera sección presenta la apuesta estratégica planteada por esta política en la vigencia 2022-2031 y la propuesta de gestión territorial de la política, elemento que busca fortalecer a las Entidades Territoriales en lo que será la implementación de esta política, para cerrar esta sección el documento describe los elementos estratégicos de la salud pública para nuestras comunidades indígenas, víctimas del conflicto armado, comunidades Rrom, comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras y otros diferenciales. La cuarta y última sección plantea los elementos de seguimiento y evaluación y sostenibilidad financiera que permiten la adecuada implementación de la política pública.</p> <p>Por último, el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 incorpora su slogan "Avanzando juntos hacia la equidad en Salud" que busca consolidar y recordar la acción decidida hacia un país más justo y éticamente comprometido con la garantía del derecho fundamental a la salud, el fortalecimiento del bienestar y la calidad de vida de las personas y la acción decidida por la reducción de las inequidades en el territorio nacional de manera sostenible y responsable.</p>	<p>¹ La Estrategia PASE a la Equidad en Salud se inscribe en el ciclo de la gestión pública y desarrolla una secuencia metodológica para la formulación de Planes Territoriales de Salud a través de dos procesos, tres momentos y diez pasos.</p>

(2012-2021)", con el fin de identificar los elementos que influyeron en la implementación y la obtención de resultados del Plan. Algunas de las dificultades identificadas fueron:

1. Articulación e intersectorialidad: Dentro de este ítem se señaló como débil el acompañamiento y articulación entre el Ministerio y las entidades territoriales, así como la articulación con los otros sectores del Gobierno para emprender acciones conjuntas para la gestión intersectorial de los determinantes sociales de la salud. A nivel territorial se consideró débil o nula la articulación con los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud – CTSSS y a su vez con las instancias intersectoriales que permitiera potenciar esfuerzos a favor de la salud pública. La CISP es percibida como una iniciativa de personas y no de sectores, además, se le considera alejada a las realidades y saberes locales.
2. Fortalecimiento de capacidades: En el marco de la evaluación, se identificaron y reportaron debilidades en las capacidades operativas y financieras en entidades territoriales, en particular del orden municipal, relacionadas con dificultades de conectividad, de disponibilidad de talento humano y de falta de desarrollo de capacidades para la gestión de la salud pública.
3. Proceso de Planeación: Dificultades en el entendimiento de la metodología PASE a la Equidad en Salud; insuficiencia de recursos, principalmente en municipios de categoría 4, 5 y 6. En lo estratégico, falta de claridad de las metas y ausencia de indicadores que permitieran su seguimiento y evaluación.
4. Sistema de información para la toma de decisiones: El sistema para el seguimiento del Plan Decenal de Salud Pública – Portal Web del PDSP- no alcanzó a desarrollar todos los módulos previstos, lo que limitó la obtención de información para la evaluación del Plan y de los planes territoriales de salud. De igual manera se señaló que faltó retroalimentación hacia las entidades.

Producto de este proceso de evaluación, se documentaron las siguientes recomendaciones: i) fortalecer las capacidades de las entidades territoriales, talento humano, tecnología, conectividad, asistencias técnicas, IVC, ii) fortalecer la articulación intersectorial, iii) fortalecer el desarrollo de capacidades para el proceso de planeación (formulación, diseño y contratación), iv) Propender por la integración de sistemas de información para la toma de decisiones en salud pública.

Por otro lado, en términos de la evaluación cuantitativa del Plan, se alcanzó un cumplimiento del 27% de las metas de gestión y del 25% del cumplimiento de las metas de resultado. En cuanto al cumplimiento de las metas de resultado por dimensiones del Plan Decenal, la dimensión de salud y ámbito laboral reportó un 66% de cumplimiento, seguida de las dimensiones de salud ambiental y sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, cada una con el 40% de cumplimiento. La dimensión con menor reporte de avance fue la de Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles con un 10%.

En cuanto a las metas de gestión, la dimensión de Seguridad Alimentaria y Nutricional alcanzó un 86% del cumplimiento y la de Convivencia Social y Salud Mental un 71%. Para la dimensión de Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles se reportó un 7% del cumplimiento de las metas.

De manera global, el mismo informe señala que el Plan presentó un cumplimiento bajo o medio en la mayoría de las dimensiones, pero al revisar el porcentaje de cumplimiento de las metas de manera individual, se aprecian avances importantes en el cumplimiento de las metas.

Acontecimientos nacionales e internacionales

En las últimas décadas, el mundo se enfrentó situaciones como la aparición de enfermedades emergentes, el aumento de las reemergentes y múltiples epidemias (COVID -19, Zika, Chikunguña). También se evidenciaron modificaciones en los patrones de los flujos migratorios, aumentando la migración Sur-Sur, relacionados con crisis sociales, económicas, bélicas y ambientales en distintos países. También se evidenciaron impactos negativos en los ecosistemas debido a los altos niveles de explotación que superan la capacidad de recuperación. Estas situaciones han generado grandes retos en materia de salud pública y para los sistemas de salud nacionales.

La pandemia por COVID-19 rápidamente se convirtió en una amenaza para la humanidad, amenazando la economía y los sistemas de salud. Esta pandemia generó la mayor crisis social y

sanitaria global de la historia reciente. Como lo indica OXFAM (2022) la pandemia afectó un mundo marcado por la desigualdad, poniendo al descubierto las debilidades y la baja inversión para el desarrollo de los sistemas de salud, y las desigualdades en la garantía al derecho a la salud que enfrentan distintos grupos poblacionales.

En Colombia, la firma del acuerdo de paz adelantado entre el Estado colombiano y la guerrilla de las FARC es quizá el hecho más notorio en la vida política del país en este siglo, no solamente porque puso fin al conflicto armado interno más viejo del continente, sino también porque la desmovilización de los combatientes en un número importante de municipios de Colombia donde hacían presencia, significa un reto a las instituciones y las administraciones para reconocer y replantear intervenciones diferenciales que impacten positivamente la vida de las comunidades (García, 2018), incluidas, por supuesto, acciones en salud en territorios apartados.

En conexión con lo anterior, las Naciones Unidas han propuesto mejorar las condiciones de salud, reconociendo su estrecha relación con la vida (Gómez y Builes, 2015). En Colombia se ha recorrido un largo camino, tanto legal como jurisprudencial, para su consagración como derecho fundamental. Inicialmente se entendió como servicio público esencial, hasta evolucionar y convertirse en un derecho fundamental autónomo. La Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015 regula el derecho fundamental a la salud, y la concibe como un derecho fundamental de carácter autónomo y no solo como un servicio de obligatoria prestación por parte del Estado. Además, establece como factores esenciales la sostenibilidad financiera del sistema, el fin del POS, la autonomía médica, atención en salud diferencial, la prestación y atención en salud de manera integral, y otros. Como lo indican Ramírez et al., (2016) el propósito de la norma es superar las barreras actuales del sistema que han afectado la prestación de servicios, con lo que se espera modificaciones en la forma en que los actores del sistema interactúan, incluso en la forma en que el talento humano en salud se relaciona con las mismas instituciones del sistema.

Desde los recursos se puede señalar que, de las intervenciones en salud (individuales, colectivas y poblacionales) se derivan de los recursos del aseguramiento en salud² y de los fondos y recursos de la salud pública³. De manera particular, el país no cuenta con un solo sistema que integre los recursos o realice su seguimiento, por ello se creó el sistema de aseguramiento administrado por la ADRES⁴ y los recursos de la salud pública bajo la administración de las entidades territoriales de salud. Por el aseguramiento en salud, según el DANE (2021) para el año 2020, el régimen contributivo en salud contó con 32,98 billones de pesos, de estos el 72,2% fueron contribuciones a la seguridad social, y el 27,8% de transferencias del gobierno nacional para su financiación.

En el estudio de suficiencia del MSPS (2022) en cuanto al estado financiero de las aseguradoras – EPS, indicó un reporte positivo para las EPS del Régimen contributivo, con un ingreso constante y, por el contrario, sin ejecución total del costo, igual a lo presentado en años anteriores. El favorecimiento en la disminución del gasto se relaciona con los periodos de confinamiento decretados por la Pandemia por COVID – 19. Respecto al comportamiento financiero de las EPS de régimen subsidiado en el territorio, el estudio (2021) señaló que existe deficiencia e insuficiencia de información financiera, especialmente en zonas alejadas y de algunos departamentos. A pesar de lo anterior, el informe señala que las EPS del Régimen subsidiado presentaron incremento de un 14.26%, y los gastos aumentaron 42.38%; resaltando que el porcentaje sobre los ingresos UPC es de 8.03%, ubicándose este comportamiento en lo establecido por la normatividad y llevando a la conclusión que los costos se han aumentado.

En cuanto a la salud pública, el Informe sobre la asignación y ejecución de los recursos de la Subcuenta de Salud Pública Colectiva de los departamentos y distritos en el año 2020 (MSPS, 2021), señaló que la principal fuente de financiación siguen siendo los recursos del Sistema General de

² Las bases del Aseguramiento en salud provienen de la Ley 100/1993 que crea el SGSSS, convirtiéndose en el mecanismo para garantizar el derecho a la salud consignado en la Constitución de 1991. El sistema estructura bajo dos regímenes de afiliación – Contributivo y subsidiado - con el fin de brindar cobertura a la totalidad de la población. MSPS 2021.

³ Los recursos transferidos para financiar los servicios de educación y salud a las Entidades Territoriales, Departamentos, Distritos y Municipios los señala la Constitución Política de Colombia (art. 356 y 357), estos recursos constituyen el Sistema General de Participaciones – SGP, cuya destinación y distribución se han establecido en la Ley 715 de 2001, en dicha distribución están los recursos para financiar las acciones de Salud Pública. (MSPS, 2021).

⁴ El paso del FOSYGA a la ADRES modificó la estructura a través de la cual se analizan los recursos del SGSSS. Lo primero a resaltar es que el FOSYGA era un fondo-cuenta, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, manejado por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia, que tenía como función administrar los recursos del SGSSS. Por su parte la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud –ADRES-, creada por el artículo 66 de la Ley 1753 de 2015, a pesar de también estar adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, cuenta con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera, así como patrimonio independiente MSPS 2021.

Participaciones componente Salud Pública con el 38%, seguido de otros aportes o transferencias municipales⁵ con 26%; luego la fuente de otros recursos de capital, con una participación del 20%⁶, en cuarto lugar los recursos de otros aportes o transferencias nacionales (ETV, Lepra, Tuberculosis) con un peso del 5%, y la quinta principal fuente de financiación de las acciones de Salud Pública en la vigencia 2020 fueron los recursos no ejecutados del SGP SP de vigencias anteriores con un 3%, por un valor de 43 mil millones de pesos. Estas fuentes suman, porcentualmente un 92%, lo que significa que las acciones de salud pública son financiadas principalmente por los recursos transferidos por la nación, ya que de las cinco principales fuentes de financiación, tres son del orden nacional (SGP-SP de la vigencia, SGP-SP vigencias anteriores y transferencias nacionales ETV, Lepra, TBC-), y las otras dos fuentes - Otras transferencias municipales y recursos de capital - en su gran mayoría la aporta el distrito de Bogotá con una suma cercana a los 588 mil millones de pesos.

Históricamente se ha hecho evidente la dependencia de las entidades territoriales a las transferencias de la nación para la financiación de la salud pública. En la vigencia 2020, para financiar las acciones de Salud Pública, los departamentos y distritos dispusieron de 1.501.942 mil millones. El mismo informe señala que algunos departamentos presentan rezago en materia de desarrollo institucional entre otros, imposibilitando la generación de rentas u otros ingresos. De otro lado, aspectos como la dispersión geográfica hace más difícil el desplazamiento a ciertas zonas de los departamentos para la implementación de actividades, ocasionando esta situación aumento en los costos de financiación.

Respecto a la destinación de los recursos para cada una de las dimensiones, el informe señalado anteriormente, muestra como la Subcuenta de Salud Pública Colectiva en la vigencia 2020 tuvo la siguiente distribución: Gestión en salud pública (60%), el 40% restante se concentró en las siguientes dimensiones: vida saludable y enfermedades transmisibles (20%), salud ambiental (7%), convivencia social y salud mental (3%) sexualidad, derechos sexuales y reproductivos (3%), gestión diferencial en poblaciones vulnerables (2%), vida saludable y condiciones no transmisibles (2%) y seguridad alimentaria y nutricional (2%), enfermedades transmisibles y salud ambiental suman el 27%, y las demás dimensiones suman el 12% sobre el total de los recursos. Es claro que cada entidad territorial define sus prioridades en materia de salud pública.

Existen otras fuentes que participan en la financiación de las acciones de salud pública en un menor porcentaje, las cuales incluyen los ingresos corrientes de libre destinación, las rentas cedidas, los recursos de Coljugos, las regalías y los recursos propios, sin embargo, estas fuentes son aportadas por entidades categoría 1, 2, 3 principalmente.

De otro lado, es importante reconocer el contexto colombiano y sus múltiples complejidades para comprender los resultados observados. Como lo señala el World Bank Group (2021) "el alto nivel de desigualdad en Colombia es una limitación fundamental para el crecimiento económico y el progreso social. El país tiene uno de los niveles más altos de desigualdad de ingresos en el mundo; el segundo más alto entre 18 países de América Latina y el Caribe (ALC), y el más alto entre todos los países de la OCDE". Si bien estas son dificultades que afectan a la población desde hace décadas, eventos inesperados como la pandemia por COVID-19 evidenciaron aún más la vulnerabilidad de quienes experimentan la pobreza en todas sus dimensiones en un país que ha sufrido un conflicto armado interno desde hace más de medio siglo y que, con el tratado de paz firmado entre el Estado y la guerrilla de las FARC, pretende construir las condiciones para que mediante políticas públicas y la suma de todos los actores de la sociedad civil, se adopten medidas que ayuden a superar la inequidad profunda y se disminuyan las cifras de pobreza que conllevan a afectaciones tan serias como la desnutrición, la mortalidad infantil y la violencia.

Estas situaciones afectan territorios y poblaciones en el país, razón por la cual fueron tenidas en cuenta en la formulación del nuevo Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031 con miras a dar respuesta a los problemas identificados y mejorar la capacidad de respuesta ante situaciones de alto impacto como las epidemias y pandemias.

Transición plan anterior al actual

"Construir Sobre lo Construido"

⁵ El informe precisa que este aporte solo es realizado por Bogotá con un aporte para la vigencia 2020 de 389 mil millones para la atención de la emergencia sanitaria por el coronavirus COVID – 19.

⁶ En donde Bogotá presenta una participación considerable con la suma de 199 mil millones.

Con base en la evaluación de los elementos de gestión y los resultados del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, así como en las recomendaciones secundarias a dicha evaluación se contemplaron en la formulación del Plan Decenal de Salud Pública 2022- 2031 los siguientes elementos:

- a. Fortalecimiento del gobierno y la gobernanza de la salud pública. El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 reconoció y promovió el fortalecimiento de las instancias necesarias para la toma de decisión en torno a la gestión sectorial e intersectorial de los Determinantes Sociales de la Salud, entre ellas, la Comisión Intersectorial de Salud Pública y los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud. Asimismo, con la implementación del plan se promovió la articulación de instancias intersectoriales orientadas por temáticas de salud y se fortalecieron los equipos de trabajo de las dependencias del Ministerio de Salud y Protección Social para la implementación de la política. Sin embargo, la falta de una agenda única para la gestión de los determinantes sociales de la salud, la pérdida de la confianza en la institucionalidad por parte de actores sociales y de la ciudadanía, la falta de articulación entre los diferentes niveles de gestión del sistema, y entre sectores y actores para la incorporación de la política en los territorios, y la debilidad en los procesos de participación social y comunitaria, limitaron el logro de los resultados propuestos. Por lo anterior, el Plan Decenal 2022-2031 retoma los esfuerzos por fortalecer el gobierno y la gobernanza en salud pública y plantea estrategias en diferentes niveles para contribuir con este propósito.
- b. Fortalecimiento de la planeación estratégica. Con el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 se implementó un modelo de planeación territorial en salud que reconocía la necesidad de generar competencias y capacidades para alcanzar los fines de la política. Sin embargo, las evaluaciones muestran que es necesario focalizar acciones para realizar i) diagnóstico integral de capacidades de los territorios para implementar metodologías robustas de planeación, ii) acompañamiento en la implementación basado en generación de competencias y habilidades más que de saberes y iii) abogacía para incidir en la alta rotación de los profesionales de la salud pública.
- c. Planteamiento de una estrategia que garantice la integralidad y sostenibilidad de la gestión de la salud pública. El Plan Decenal establece una estrategia de gestión positiva de los Determinantes Sociales de Salud para la garantía del derecho fundamental a la salud. Sin embargo, incidir sobre las circunstancias injustas y evitables a las cuales las personas están expuestas requiere de una visión a largo plazo, del desarrollo de capacidades en los tomadores de decisión para gestionar las situaciones y prioridades emergentes y de implementar estrategias sostenibles en el mediano y largo plazo; elementos que son retomados en el marco estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031.
- d. Fortalecimiento de gestión territorial integral de la salud pública como marco operativo del Plan Decenal de Salud Pública. La capacidad de las estructuras y sistemas de salud y protección social para dar respuesta efectiva a las necesidades de salud de las personas en tiempos de crisis se vio comprometida con la pandemia COVID 19 que dejó en evidencia la falta de resiliencia de los sistemas de salud alrededor del mundo, frente a una situación de crisis de tal magnitud. En Colombia, la pandemia permitió reconocer que, aunque la apuesta por la garantía del derecho a la salud y el logro de la cobertura universal es el camino, persisten importantes barreras y deudas históricas frente al acceso equitativo a los servicios de salud, la oportunidad en la atención, y la integralidad en salud y que este Plan Decenal debe aportar de forma decisiva en su superación. En ese sentido se requiere fortalecer el marco operativo visibilizando los distintos componentes y niveles de gestión, sus responsables y los recursos operativos requeridos, de tal forma que se trace la ruta para la gestión territorial integral de la salud pública durante el próximo decenio y se contribuya con el fortalecimiento de la autoridad sanitaria.
- e. Seguimiento y evaluación de acciones y políticas de manera efectiva y eficiente. Colombia es un país que ha madurado en la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas. Esta maduración no ha sido armónica en las diferentes fases debido a situaciones propias del contexto, contenido y actores que inciden en la formulación de las políticas. En consecuencia, el seguimiento y evaluación fueron procesos que se desarrollaron en menor medida en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, comportamiento esperable debido a que, en tanto política naciente, los esfuerzos se dedicaron a garantizar una adecuada formulación e implementación. En consecuencia, existe la necesidad de

estandarizar procesos de seguimiento y evaluación, reconocer indicadores validados, confiables y trazables que den cuenta del desarrollo de acciones, el cumplimiento de metas, los resultados del proceso y los resultados en salud, para lograr un sistema más efectivo para la toma de decisiones en salud pública.

Antecedentes normativos

Como se ha venido señalando, el Plan Decenal de Salud Pública plantea múltiples retos, como la consolidación de las capacidades técnicas en los ámbitos nacional y territorial para la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de la política, en correspondencia con los compromisos nacionales e internacionales en materia de salud pública. Así, el Plan propone armonizar las políticas públicas en salud, las políticas internacionales y los compromisos y convenios suscritos por el país, lo cual requiere un análisis de los marcos normativos que se relacionan con las orientaciones estructurales y estratégicas del mismo, y que integran elementos de articulación relevantes como: el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer llevada a cabo en Beijing, el Convenio Marco de Control del Tabaco, El Acuerdo de París bajo la Convención Marco de Naciones Unidas sobre Cambio Climático (CMNUCC) y el Reglamento Sanitario Internacional y el Pacto Global para la Migración Segura, entre otros. Este inventario normativo, que incluye además los referentes normativos para los pueblos y comunidades étnicas del país, se encuentra disponible en la página del Ministerio de Salud y Protección Social.

Capítulo 2. Metodología de la Formulación del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031

1. Ciclo de Gestión de la Política Pública

El proceso de formulación del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 se enmarca en el ciclo de políticas públicas entendido como un modelo analítico que contempla el desarrollo de una serie de fases interdependientes que incluyen la fase preparatoria y de definición de la agenda, la formulación, la implementación y la evaluación; las cuales generan conocimiento relevante acerca de los aspectos estructurantes de la política pública (Torres-Melo & Santander, 2013).

Dados los referentes normativos, la experiencia y evidencia proporcionada a partir de la formulación e implementación del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, así como el direccionamiento estratégico del Ministerio, se establecieron cuatro fases para la construcción del nuevo plan: i) aprestamiento, ii) formulación, iii) implementación y iv) seguimiento y evaluación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019), atendiendo a los principios de la planificación participativa que buscan 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.

Reconocer la participación como derecho promueve la construcción de escenarios para que la ciudadanía incida de manera significativa en el ámbito de lo público a través de ejercicios de deliberación, concertación y coexistencia con las instituciones del Estado. La Ley 1438 de 2011, la Ley estatutaria 1751 de 2015, la Política de Participación Social en Salud (Resolución 2063 de 2017) y las diferentes regulaciones que soportan la participación, responden al compromiso de garantizar, respetar, promover y proteger la participación social en salud entendida como un derecho vinculado a la garantía del derecho humano fundamental a la salud.

En ese orden de ideas, el proceso de formulación del plan se cimentó en la generación de espacios de participación que garantizaran la incidencia de la ciudadanía, reconociendo el acervo cultural de pueblos y comunidades indígenas, negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, y del pueblo Rom, a fin de fortalecer procesos de apropiación, sostenibilidad, legitimidad y colaboración en la formulación, implementación, seguimiento y evaluación del plan (MSPS, 2020a).

2. Fases del Proceso de Formulación del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031

El proceso de formulación del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 plantea el desarrollo de cuatro fases, así:

Gráfico 1. Fases de la construcción del PDSP 2022-2031



2.1. Fase de Aprestamiento

Esta fase se desarrolló entre octubre de 2019 y febrero de 2021. Comprendió un conjunto de actividades para garantizar las condiciones institucionales necesarias en el proceso de construcción del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031. Para esto, se establecieron los lineamientos generales que dieron cuenta de los alcances del proceso, el análisis de los insumos disponibles y requeridos, el esquema operativo y la estrategia de participación social.

Los insumos recabados en esta etapa se obtuvieron a través de la revisión documental relacionada con el proceso de formulación e implementación del Plan Decenal 2012-2021 y de diversas fuentes bibliográficas y normativas vigentes (MSPS, 2019), los cuales correspondieron a los documentos de análisis del contexto técnico, normativo y político del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, su balance y proyección 2022-2031; y a la elaboración y aprobación de lineamientos generales que incluyeron la hoja de ruta y el plan de trabajo para la formulación.

La definición del esquema operativo del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, se concibió como la estructura organizacional e institucional encaminada a integrar y articular el conjunto de actores y procesos para la concepción, construcción, implementación y seguimiento de esta política. Estuvo conformado por tres instancias incluidas la alta gerencia, el gestor del plan y el comité técnico, éste último compuesto por representantes de las diferentes dependencias del Ministerio y por asesores del sector académico, sectorial y territorial.

Para el diseño del plan decenal se adoptaron los principios de la planificación multiescalar⁷ y se consideraron cuatro niveles de participación ajustados al ordenamiento territorial y político del país. El primer nivel, correspondió al municipal, el cual contempló la participación de organizaciones de la sociedad civil, actores del sistema de salud y representantes de otras instituciones de gobierno de los 1.122 municipios del país, agrupados en 169 zonales. El segundo nivel, correspondió a los 32 departamentos y al distrito capital (Bogotá). El tercer nivel a la agrupación de los departamentos en ocho regiones así: i) Central 1: Bogotá, Boyacá, Cundinamarca; ii) Central 2: Huila, Tolima, Risaralda, Quindío y Caldas; iii) Noroccidental: Antioquia, Sucre, Córdoba; iv) Frontera y norte: Santander, Norte de Santander, Guajira, Cesar; v) Caribe: Bolívar, Magdalena, Atlántico, San Andrés y Providencia; vi) Amazonía: Putumayo, Amazonas, Vaupés, Caquetá, Guaviare, Guainía; vii) Llanos y Orinoquía: Vichada, Casanare, Meta, Arauca; viii) Pacífico: Chocó, Valle del Cauca, Cauca y Nariño.

Por último, el nivel nacional contempló la participación de actores de la academia, del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de las direcciones y oficinas del Ministerio, además de otros sectores de gobierno que tienen incidencia sobre los determinantes sociales de la salud. Las orientaciones metodológicas del proceso participativo incluyeron: generación de consensos y reconocimiento de disensos; coordinación y comunicación entre los diferentes niveles; representatividad; comunicación mediante estrategias informativas a lo largo del proceso; y acceso abierto a la información mediante un repositorio público de información⁸.

2.2. Fase de Formulación

Esta fase se llevó a cabo entre marzo de 2021 y mayo de 2022 y contempló el desarrollo de las etapas de: a) diagnóstico, b) definición técnica, c) consulta y d) validación. Cada una de las etapas contó con diversas estrategias metodológicas y alcances particulares que confluyeron en la propuesta final y que se describen a continuación.

2.2.1. Etapa de Diagnóstico.

En esta etapa se desarrollaron procesos relacionados con: i) el diagnóstico de necesidades y mecanismos para la garantía de la participación social en el proceso de formulación del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031; ii) el análisis de situación de salud con enfoque de equidad; iii) la revisión sistemática de estrategias efectivas en salud pública. Los métodos utilizados para el logro de estos procesos se describen a continuación:

Diagnóstico de Necesidades y Mecanismos para la Garantía de la Participación Social en el Proceso de Formulación del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031. Inició con el desarrollo de un mapeo de actores territoriales en cuatro instancias: la primera, al interior del Ministerio de Salud y Protección Social, identificando el grado de poder e interés en el proceso y el tipo de relación entre dependencias. Dichos resultados permitieron obtener un balance de los actores y la capacidad instalada de las diferentes dependencias internas para aportar al proceso de construcción del PDSP (MSPS, 2021a).

La segunda, a nivel departamental y distrital para la identificación de actores a convocar en los espacios de diálogo territoriales. Este ejercicio fue liderado y consolidado por las entidades territoriales e incluyó la información de representantes de la sociedad civil, sectores de los gobiernos municipales y departamentales con incidencia sobre los determinantes sociales de la salud, la academia y actores del Sistema de Seguridad Social en Salud.

La tercera, en coordinación con el Ministerio Nacional de Educación para efectos de la participación a nivel regional de Niñas, Niños, Adolescentes y Jóvenes (NNAyJ). La cuarta y última instancia, consistió en el mapeo de actores nacionales de la academia, de las entidades territoriales y actores del sector salud, así como de las entidades adscritas al ministerio, que hicieron parte del comité gestor. En conjunto, el mapeo de actores fue la base para la convocatoria a los encuentros de diálogos participativos para la definición técnica del plan.

De otra parte, se realizó el balance global del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 a partir de varios métodos y fuentes. Uno de ellos correspondió a una evaluación institucional y de procesos del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, cuyo propósito fue identificar factores críticos de éxito y cuellos de botella respecto a la planeación integral en salud y su implementación territorial. Esta evaluación utilizó métodos mixtos de investigación, a partir de la recolección de información primaria (entrevistas- grupos focales) e información secundaria (fichas de caracterización y contenido). De igual forma desarrolló dos estrategias: aplicación de minería de texto a través de la cual se analizaron el capítulo de salud del Plan Nacional de Desarrollo (PND), el Plan Decenal de Salud Pública y los Planes Territoriales de Salud (PTS) de las principales ciudades del país, en aras de encontrar coherencia entre los diferentes instrumentos de planeación del nivel nacional y territorial; y una revisión detallada del aplicativo web de Gestión del PDSP (MSPS, 2018).

Por otro lado, se realizó el análisis y semaforización del grado de cumplimiento de los indicadores de gestión y resultado para cada una de las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (MSPS, 2020b), con base en los informes de avance de metas de los años 2018, 2019 y 2020. Este insumo sirvió de fundamento para la realización de una metodología cualitativa (círculo de palabra) con los representantes de las diferentes dependencias del Ministerio, para la identificación de los elementos estratégicos del plan que debían permanecer y los que debían ser reconsiderados para el próximo decenio.

Otra fuente que robusteció este análisis fue la información derivada de los foros temáticos realizados con representantes de la academia y de funcionarios de instituciones del sector y entidades territoriales⁹, a partir de la cual se identificaron las principales lecciones aprendidas de la implementación del PDSP 2012-2021 y del abordaje de la pandemia Covid 19 para la gestión territorial de la salud pública.

Con relación a los insumos para identificar el capital social se realizaron círculos de palabra al interior del Ministerio, así como el diligenciamiento de un cuestionario con preguntas abiertas dirigido a entidades del sector y secretarías departamentales de salud, donde se indagó por los principios y valores que deberían guiar el Plan Decenal de Salud Pública. Una vez obtenida esta información, se ordenó y sometió a un análisis de contenido que permitió agrupar y categorizar estos elementos, como insumo para el marco estratégico del Plan (MSPS, 2021a).

Metodología Diagnóstico de Situación de Salud con Enfoque de Equidad. El diagnóstico de situación de salud tuvo como objetivo proporcionar información acerca de la situación de salud de la población colombiana, su relación con los determinantes sociales y las desigualdades en salud territoriales, con el fin de aportar insumos en la definición del marco estratégico del Plan Decenal. Se desarrolló bajo la perspectiva del modelo conceptual de los determinantes sociales de

⁷ La planificación multiescalar es un proceso para definir de manera participativa, colaborativa, coherente e integral, objetivos y estrategias para el desarrollo, con múltiples esfuerzos por niveles del Estado, que se deben articular y coordinar para la resolución de las necesidades de la sociedad y el aprovechamiento de las oportunidades de desarrollo (Sandoval, Sanhueza y Willner, 2015). Para ampliar información sobre la metodología de participación social consultar: Documento de aportes a la metodología de participación social para la formulación del PDSP 2022-2031 (MSPS, 2021b).

⁸ Documento completo disponible en <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/PDSP-2022-2031.aspx>

⁹ Foros temáticos: I Foro académico PDSP 2022-2031, lecciones aprendidas del PDSP 2012-2021, 30 de septiembre 2021. Disponible en: <https://es-la.facebook.com/OPSOMSColombia/videos/284400736862533/>; II Foro académico: Lecciones aprendidas de la gestión de la pandemia Covid 19, 8 de noviembre de 2021. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=z4_aPzRFAQ

la salud de la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España (2015), lo cual permitió la identificación de los principales ejes de desigualdad y el reconocimiento de las brechas generadas por las inequidades sanitarias. Para este análisis se aplicó un estudio multi-método que incluyó un estudio ecológico con análisis multinivel, geoespacial y un estudio de corte transversal analítico. Asimismo, se exponen los resultados de las exploraciones analíticas para determinar la relación y la magnitud de los determinantes sociales priorizados en la gestión de las condiciones de salud (MSPS, 2021).

Con base en estadística descriptiva se hizo una aproximación a la distribución de los datos, tendencia central y dispersión. Las tasas de mortalidad se ajustaron por edad mediante el método directo utilizando como población de referencia la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (World Health Organization, 2015). Como agrupador de causas se usó la lista corta de tabulación de la mortalidad 6/67 propuesta por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que recoge en seis grandes grupos y un residual, 67 subgrupos de diagnósticos agrupados según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE10: signos, síntomas y estados morbosos mal definidos; enfermedades transmisibles; tumores (neoplasias); enfermedades del aparato circulatorio; ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal; causas externas de traumatismos y envenenamientos; y las demás enfermedades (Organización Mundial de la Salud, 2002.). Así mismo, se calculó la carga de la mortalidad mediante Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) y tasas ajustadas de AVPP para las grandes causas de mortalidad.

Se analizó la tendencia de los indicadores mediante el método de regresión Joinpoint y se describieron los eventos trazadores de la mortalidad materno-infantil y en la niñez: razón de mortalidad materna, tasa de mortalidad neonatal, tasa de mortalidad infantil, tasa de mortalidad en menores de cinco años, tasa de mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en menores de cinco años, tasa de mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de cinco años, tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años.

El análisis de las causas de mortalidad infantil se efectuó de acuerdo con la lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño, que agrupa 67 subgrupos de causas de muerte en 16 grandes grupos: ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias; tumores (neoplasias); enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad; enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas; enfermedades del sistema nervioso; enfermedades del oído y de la apófisis mastoideas; enfermedades del sistema circulatorio; enfermedades del sistema respiratorio; enfermedades del sistema digestivo; enfermedades del sistema genitourinario; ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal; malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas; signos síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte; causas externas de morbilidad y mortalidad; síndrome respiratorio agudo grave (SRAG); y todas las demás enfermedades. Se construyeron tasas específicas para los menores de un año usando como denominador los nacidos vivos; para los niños de 1 a 4 años y los menores de 5 años, con denominador las proyecciones de población para cada grupo de edad específico.

Se realizó un análisis descriptivo en persona, lugar y tiempo de la situación de salud e indicadores de salud con medidas de frecuencia (mortalidad y proporción), tasa de mortalidad ajustada por edad, razón de razones, razón de tasas e intervalos de confianza al 95% por el método de Rothman, K.J.; Greenland, S (Rothman KJ, 1988).

Se aplicaron métodos de análisis de desigualdad básicos e intermedios como diferencias absolutas y relativas, índices de desproporcionalidad e índices de disimilitud. La tendencia de la brecha de desigualdad fue medida a través del índice de Kuznets absoluto, el índice de disparidad estándar entre grupos y la presentación de la desigualdad por medio de Equiplot.

Revisión Sistemática de la Literatura. Esta revisión tuvo como objetivo examinar la evidencia científica sintetizada en revisiones sistemáticas a nivel mundial alrededor de las intervenciones sectoriales e intersectoriales sobre los determinantes sociales de la salud que mostraron impactos positivos en los resultados en salud y en la reducción de las desigualdades en salud. Metodológicamente se desarrolló una revisión de revisiones sistemáticas, cuya unidad de búsqueda y análisis primario fue la revisión sistemática individual.

Para la selección de las revisiones sistemáticas y meta-análisis fueron considerados los criterios de inclusión de las guías JBI para revisiones sistemáticas (Aromataris et al., 2017) y las guías de la Base de Datos de Resúmenes de Revisión de Efectos (DARE, por su siglas en inglés) del National

Adicionalmente, a nivel regional se realizaron encuentros participativos con niños, niñas, adolescentes y jóvenes a través de herramientas tales como: imágenes, historias, construcción de historietas, construcción de nubes de palabras y juegos (MSPS, 2022), de los cuales se obtuvo información sobre las necesidades en salud y las alternativas de solución desde la perspectiva de esta población.

Utilizando la técnica de análisis de contenido, se categorizó la información sobre necesidades e intervenciones identificadas en los espacios de participación social, a la luz de los determinantes sociales de la salud. Posteriormente se realizó la triangulación de fuentes así: i) necesidades identificadas en el proceso de participación social con la información derivada del diagnóstico de situación de salud con enfoque de equidad e ii) intervenciones identificadas en los procesos de participación con los resultados de la revisión sistemática de la literatura, las intervenciones socializadas en el coloquio de experiencias exitosas y los compromisos nacionales e internacionales en temas de salud pública. La información derivada de este proceso, fue insumo para la construcción del marco estratégico del Plan.

Construcción del Marco Estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031. Con base en los insumos recabados en la etapa de diagnóstico, así como de los resultados de los procesos participativos y de revisiones documentales sobre armonización de políticas y planes de salud pública de diversos países, se proyectó una propuesta inicial que incluyó visión, fines, ejes estratégicos y recursos operativos. Esta versión se puso a consideración del comité técnico del esquema operativo del plan y de los demás actores interesados por medio de reuniones de entendimiento y mesas de trabajo que permitieron consolidar acuerdos e identificar disensos alrededor de lo propuesto.

La información obtenida de estos espacios participativos, fue sometida a análisis de contenido en una matriz analítica de consensos y disensos que posteriormente fue validada en espacios de reunión en donde se expusieron los resultados llegando a acuerdos que permitieron ratificar, modificar o eliminar algunos de los elementos del esquema estratégico.

Los elementos consensuados con respecto a la visión, fines y ejes estratégicos, así como los insumos de la identificación de estrategias de intervención sectoriales e intersectoriales, fueron sometidos a discusión en el espacio de cierre del proceso participativo multiescalar del nivel nacional a partir de la metodología de grupos nominales (MSPS, 2021).

Los acuerdos y desacuerdos de estos espacios de análisis y discusión, fueron a su vez insumo para perfilar la primera versión del marco estratégico del plan que fue sometida a consulta ciudadana y técnica.

Posteriormente, con el fin de llegar a acuerdos sobre las acciones requeridas para la gestión de los determinantes sociales de la salud (DSS) que permitirían perfilar las estrategias asociadas a los ejes estratégicos del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, se realizaron grupos nominales durante la primer semana de mayo, con la participación de representantes de las diferentes dependencias del MSPS y sus entidades adscritas; y con actores de otros sectores y de comisiones intersectoriales que tienen incidencia sobre dichos determinantes.

En estos espacios se realizó un diálogo deliberativo alrededor de la propuesta de acciones sectoriales e intersectoriales, la cual fue consolidada con los insumos disponibles (información de procesos de participación social, revisión sistemática de literatura, revisión de las rutas integrales de atención en salud – RIAS, entre otras fuentes propias de los grupos técnicos del Ministerio). La sistematización y análisis de la información derivada de los grupos nominales, permitió consolidar la propuesta de acciones a validar durante la tercera semana de mayo a través de grupos nominales con delegados de instituciones de otros sectores, academia, sociedades científicas, actores del sector y representantes de la sociedad civil organizada. Durante esta misma semana, las direcciones territoriales de salud realizaron la revisión y análisis de la propuesta y remitieron sus aportes vía correo electrónico. El insumo de estas acciones se consolidó como elemento clave para la fase de implementación.

Metodología para el establecimiento de líneas de base y metas del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031¹⁰: El establecimiento de las líneas de base de los indicadores de resultados en salud del plan contempló tres dimensiones: i) La historia natural de la enfermedad o

¹⁰ Documento disponible en la página del Ministerio de Salud y Protección Social

Health Service – NHS Centre for Reviews and Dissemination (2002) entre los que se encuentran: 1) pregunta de investigación claramente definida que incluya la efectividad de una intervención en uno o varios determinantes sociales de la salud, estipulando al menos dos de los siguientes factores PICO: población, intervención, comparación, resultado en salud y diseño de estudio; 2) estrategia de búsqueda con al menos una base de datos reconocida y una de las siguientes: comprobación de referencias, búsqueda manual, búsqueda de referencias citadas o contacto con autores en el campo de estudio. Así mismo, estas revisiones podían incluir estudios observacionales (e.g., cohortes, casos y controles y transversales con grupo de comparación), estudios cuasi-experimentales y experimentales (e.g., ensayos controlados aleatorizados, ensayos controlados aleatorizados clúster, ensayos controlados no-aleatorizados), estudios controlados antes y después, series de tiempo interrumpidas, y evaluaciones de efectividad, costo-efectividad, y costo-beneficio. Finalmente, las revisiones sistemáticas a incluir debían haber sido publicadas en revistas con revisión por pares en idiomas español, portugués e inglés y sin restricciones en el año y lugar de publicación.

Si bien, la población participante no se constituyó directamente en un criterio de inclusión, en tanto hizo parte de los factores PICO se consideró la inclusión de revisiones sistemáticas con poblaciones en cualquier etapa del curso de vida o grupo etario, de ambos sexos y sin restricciones por raza, etnia o posición socioeconómica. De igual manera se acogieron de manera preferencial aquellas revisiones que incluyeron población migrante, población en condición de discapacidad, población privada de la libertad y víctimas de conflicto armado.

Para comprender la relación entre la intervención y los determinantes sociales de la salud, se partió del Modelo de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esta revisión de revisiones consideró de manera especial las revisiones sistemáticas que abordaron resultados o desenlaces en salud relacionados con la morbilidad, mortalidad, incidencia, prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles, enfermedades transmisibles, medidas antropométricas, sobrepeso, obesidad, salud mental, salud sexual y reproductiva, salud materno-perinatal e infantil, salud nutricional, salud oral, visual y auditiva, en coherencia con las dimensiones abordadas anteriormente por el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. De igual manera, contempló particularmente desenlaces en salud como expectativa de vida, bienestar, calidad de vida, DALY's, QALY's, así como resultados relacionados con el uso y acceso a servicios de salud y el mejoramiento en la calidad de la atención entre otros eventos prioritarios en salud.

2.2.2. Etapa de Definición Técnica. Esta etapa fue desarrollada en el periodo comprendido entre marzo de 2021 y marzo de 2022, y tuvo como objetivo construir colectivamente desde el nivel local hasta el nivel nacional acuerdos sobre la visión, los elementos estratégicos y las necesidades e intervenciones a las cuales debería responder el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031. Las metodologías utilizadas para dar cuenta de este propósito se describen a continuación.

Identificación de Necesidades en Salud y de Estrategias de Intervención Sectoriales e Intersectoriales. La identificación de necesidades en salud y de estrategias de intervención sectoriales e intersectoriales, se realizó con base en la información derivada de los procesos participativos a nivel territorial, del diagnóstico de situación de salud con enfoque de equidad y de la revisión sistemática de la literatura referidos anteriormente. A continuación, se describen los principales elementos metodológicos de los procesos participativos.

Los procesos participativos territoriales en los niveles zonal, departamental y regional se desarrollaron a través de la metodología de la teoría del cambio, donde se promovieron espacios de diálogo para identificar las necesidades sentidas en salud, las cuales fueron calificadas por los participantes según la reflexión sobre la temporalidad para su resolución, el impacto y la capacidad de agencia para dar respuesta desde el nivel territorial. Posteriormente, se identificaron las intervenciones requeridas para abordar dichas necesidades, buscando establecer de manera clara y directa estrategias y acciones a considerar en el Plan Decenal para acercarse colectivamente al cambio deseado.

En el nivel departamental, se realizó la priorización de las intervenciones provenientes del nivel zonal, a través de una encuesta Delphi, bajo los criterios de capacidad operativa y de resolución (MSPS, 2021). Posteriormente, estas intervenciones fueron complementadas en el nivel regional y analizadas en el nivel nacional a través de grupos nominales a la luz de los elementos del marco estratégico propuesto para el plan (MSPS, 2022a).

de la situación de salud a abordar; ii) La disponibilidad de la información por el indicador de interés y iii) La identificación de la fuente que recolecta la información del indicador de interés. Teniendo en cuenta estas características se utilizaron las siguientes estrategias metodológicas para el establecimiento de línea de base:

- **Estimación de la línea base cuando existe información completa y oficial:** De acuerdo a la tendencia del indicador, la línea de base se estableció así: i) Cuando el indicador presenta una tendencia clara sin modificaciones por externalidades no observadas, se toma el dato del último periodo de observación antes de la intervención; ii) Si los datos mostraban estacionalidad, se estimó la línea de base al inicio de la estacionalidad o en la mitad del ciclo (depende de la dinámica de la enfermedad o de la dinámica esperada de la intervención); iii) Si los datos presentaban una variación de la tendencia no esperada por un choque no observado, se tomó el dato observado en el periodo inmediatamente posterior al choque como el dato de línea de base; iv) Cuando no era posible identificar una tendencia, se tomó el dato del último periodo observado antes de la intervención.

- **Estimación de la línea de base cuando no es posible la actualización de los datos:** Se tomó el valor de la última observación disponible o en caso de información limitada se realizó un consenso informal de expertos para tomar la decisión más pertinente frente al dato para estimar la línea de base.

- **Estimación de la línea de base cuando no existe información disponible:** Se tuvieron en cuenta las siguientes estrategias: i) Generación de información a partir de un análisis sobre la factibilidad, costo-beneficio y la capacidad de recursos materiales, humanos y financieros a corto plazo para el levantamiento de la información; ii) Consulta de expertos; iii) Establecimiento de la línea de base de acuerdo a información derivada de encuestas y estudios epidemiológicos poblacionales o de prueba diagnóstica; iv) Indicador proxy, como medida temporal y se desarrolla en el escenario en el cual no sea posible levantar información del indicador específico para la medición del fenómeno de interés.

Por su parte, para la estimación de las metas en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, se consideraron los siguientes escenarios:

- **Estimación de metas planeadas cuando hay información completa:** Se utilizaron alternativas estadísticas para el cálculo como: Metodología de suavizamiento exponencial, metodología de series de tiempo, método de tendencias, método incremental.

- **Estimación de metas con información incompleta:** Para este caso, se utilizó la extrapolación lineal o se tuvo en cuenta el referente o compromiso internacional.

- **Estimación de metas cuando no existe información disponible.** Para el caso de los indicadores que no tienen información disponible en ningún periodo de tiempo de observación, se acudió al método Delphi.

Desarrollo e Inclusión Poblaciones Indígenas; Negritudes, Afrodescendientes Raizales y Palenqueras (NARP), Pueblo Rrom y ruta de armonización. A continuación, se describe el proceso metodológico que se desarrolló con estas comunidades entre 2018 y 2022 y se presenta la ruta propuesta para la armonización de estos insumos en el marco de la formulación del Plan Decenal de Salud Pública 2022- 2031.

- **Poblaciones Indígenas.** La ruta metodológica se desarrolló entre 2018 y 2021 en el marco del diálogo y concertación con las organizaciones nacionales indígenas y se dinamizó mediante la metodología propia de la minga de pensamientos, en la cual se compartieron experiencias, saberes, testimonios y consejos sobre las formas de vida de las comunidades en los territorios. Aunado a esto se realizó la revisión, sistematización y análisis de información relacionada con la caracterización sociocultural y situacional de los pueblos indígenas y se realizaron encuentros territoriales a partir del diálogo de saberes expresado en tres momentos durante el encuentro: el primero enfocado a la exploración de situaciones, conocimientos y experiencias (identificar); el segundo orientado a la determinación de factores que inciden en sus realidades (comprender); y el tercero a la resignificación o definición de elementos para la transformación de dichas realidades (responder).

Los equipos conformados por las organizaciones indígenas integrantes de la Subcomisión de Salud lideraron los encuentros y consolidaron los insumos obtenidos para la construcción conjunta del texto preliminar del capítulo indígena, que implicó un proceso de conceptualización y triangulación de datos en donde se relacionó información de fuentes primarias y secundarias, necesidades

normativas y percibidas, datos cuantitativos y cualitativos, y perspectivas desde lo occidental y lo tradicional o propio de las realidades socioculturales indígenas.

La validación contó con participación de diferentes direcciones del MSPS, entidades territoriales, EPS e IPS y aportes efectuados por los subcomisionados en espacios autónomos y mixtos en el marco de las mesas técnicas con el MSPS. Este proceso finalizó con la expedición de la Resolución 050 del 25 de enero de 2021.

- Pueblo Rrom o Gitano. La ruta metodológica se desarrolló con la Comisión Nacional de Diálogo, en coordinación con el Ministerio del Interior entre 2018 y 2022. Incluyó la revisión, sistematización y análisis de la información relacionada con la caracterización sociocultural y situacional del pueblo Rrom, el diseño de la metodología de los encuentros con las Kumpa¹¹ y la capacitación de los equipos técnicos para la realización de los diálogos participativos.

Con estos diálogos se logró la identificación de problemas, desafíos y retos en salud pública, factores asociados, posibles soluciones, así como actores y sectores involucrados. A partir del análisis de la información primaria y secundaria, se construyó el documento preliminar del capítulo étnico del pueblo Rrom, cuyos elementos centrales fueron socializados ante el espacio de la Comisión Nacional de Diálogo y validados con equipos técnicos de las diferentes áreas del MSPS y con otras instituciones con competencias relacionadas. Este proceso se consolidó con la expedición de la resolución 464 del 28 de marzo de 2022.

- Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras. El escenario participativo de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras, se realizó mediante Consulta Previa entre 2018 y 2021. El Espacio Nacional de Consulta Previa, delegó a la Comisión III de Protección Social, Salud, Género, Generaciones, Mujer e ICBF para la concertación de la ruta metodológica del capítulo étnico de las comunidades NARP del Plan Decenal de Salud Pública.

La preconsulta inició con la concertación de la ruta metodológica entre el MSPS y la Comisión III, lo que implicó la construcción conjunta de la metodología e instrumentos para la recolección de insumos en asambleas departamentales. La consulta incluyó la formación en política pública y en el protocolo de consulta previa, así como el entrenamiento en la metodología de asambleas y la recolección, consolidación y análisis de la información. Con este panorama, se establecieron con la Comisión III los acuerdos, que fueron socializados con las entidades territoriales y delegados de las organizaciones de base para revisar y refrendar los acuerdos y aportes relacionados, dando como resultado los acuerdos finales a incluir en el capítulo étnico del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031.

- Rutas de armonización. Para dar continuidad a los acuerdos concertados en el marco de la construcción de los capítulos étnicos de los pueblos y comunidades indígenas (Resolución 050 de 2021), del Pueblo Rrom (Resolución 464 de 2022) y de las comunidades NARP (Acta de protocolización de 2021- acto administrativo en curso), y bajo el reconocimiento de los documentos base del conocimiento propio como el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural- SISPI para los pueblos y comunidades indígenas, el Plan de Vida del Pueblo Rrom y los compromisos protocolizados en la Consulta Previa NARP; se acordó desarrollar la ruta de armonización con el fin de completar y articular los elementos estratégicos del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 en el marco del enfoque diferencial étnico, como aporte a la planeación integral en salud.

Esta ruta de armonización se construyó en distintos espacios participativos. Para el caso de las comunidades indígenas a través de las organizaciones y sus representantes, en especial de la Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación con los pueblos y organizaciones indígenas; para el caso del pueblo Rrom por medio de la Mesa Nacional de Diálogo del Pueblo Rrom; y para las comunidades NARP a través del Espacio Nacional de Consulta Previa y la Comisión Consultiva de Alto Nivel. Durante el 2022 se dará continuidad al desarrollo de la ruta, así:

- Conformación de equipos técnicos interculturales para la definición del proceso metodológico de la ruta de armonización que acople las directrices de las resoluciones étnicas y los ejes estratégicos formulados en el Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031,

¹¹ Conjunto de patrilinajes familiares pertenecientes a un mismo linaje Rrom, o linajes diferentes que han establecido alianzas entre sí, que comparten espacios para vivir cerca o para itinerar de manera conjunta. <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/promocion-social/Paginas/Pueblo-Rrom.aspx#:~:text=E2%80%8BCuentan%20con%20la%20Kumpania,para%20itinerar%20de%20manera%20conjunta.>

con el fin de acordar las orientaciones técnicas para la incorporación del enfoque diferencial étnico en la planeación integral en salud.

- Realización de encuentros de diálogo comunitario en el nivel territorial para el desarrollo metodológico de la ruta de armonización con el fin de revisar, completar y articular los elementos estratégicos del Plan Decenal de Salud Pública en el marco del enfoque diferencial étnico.
- Consolidación y análisis de los resultados del proceso de armonización mediante el desarrollo de mesas de trabajo con los equipos técnicos interculturales para la definición de las orientaciones para la incorporación del enfoque diferencial étnico en la planeación integral en salud.
- Socialización ante las instancias representativas nacionales de cada grupo étnico e incorporación de los resultados de las rutas de armonización en las orientaciones para la planeación integral en salud.
- Definición de las orientaciones para la incorporación del enfoque diferencial étnico en la planeación integral en salud, con base en los resultados de las rutas de armonización.

Desarrollo e Inclusión del Enfoque para Víctimas del Conflicto Armado. Se llevó a cabo un proceso participativo entre 2016 al 2021, que tuvo como insumo fundamental los diálogos con la población víctima del conflicto armado, con la participación de 1054 líderes y lideresas víctimas del conflicto armado y demás representantes en 30 encuentros departamentales, incluida la Mesa Nacional de Participación Efectiva de las Víctimas del Conflicto Armado como instancia formal y legal de representación de esta población.

Los resultados se consolidaron a partir de un ejercicio de triangulación de datos de fuente primaria y secundaria, lo que permitió fortalecer las categorías de análisis y los resultados, a partir de los cuales se plantearon los marcos estratégicos que desde el campo de acción de la salud pública permitan avanzar hacia el goce efectivo del derecho a la salud.

La validación se realizó con los equipos técnicos de las diferentes áreas del MSPS y demás instituciones con competencias relacionadas con esta población, lo que implicó la revisión y emisión de aportes a los contenidos del documento preliminar. En el Plenario Nacional con la Mesa de Participación Efectiva de Víctimas realizado el 26 de julio del 2017 se socializaron, analizaron y realimentaron los resultados de la propuesta del capítulo diferencial de víctimas. La propuesta final del capítulo se presentó ante Plenario Nacional realizado con la Mesa de Participación Efectiva de Víctimas el 12 de diciembre de 2018.

La consulta ciudadana se realizó con la publicación de la propuesta del capítulo en la página web del Ministerio entre el 02 y el 17 de octubre del año 2019. Los aportes fueron incorporados según su pertinencia y validez y posteriormente el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 2405 de 31 de diciembre de 2021. En virtud del parágrafo 1 de la citada resolución, se acuerda el desarrollo de la ruta de armonización para el acople entre la resolución 2405 de 2021 con el marco estratégico del PDPS 2022 – 2031, la cual ha sido concertada con la Mesa de Salud de la Mesa Nacional de Participación Efectiva de Víctimas, efectuada el 2 y 3 de marzo de 2022, donde se acordó avanzar con el proceso de armonización a través de una hoja de ruta para su desarrollo en el segundo semestre de 2022.

Metodología para Inclusión del Enfoque Diferencial para la Población en Situación de Calle, Población con Discapacidad, Población Campesina, Población Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgénero E Intersexuales (LGBTI) y Población Migrante en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031. Una vez reconocidas los desarrollos vinculantes tanto normativos como de política pública para el caso de las personas con discapacidad, personas en situación de calle y de identificar otros existentes o emergentes que se encuentran en proceso de consolidación, como es el caso de las comunidades rurales, así como de identificar los desafíos que supone comprender las brechas de inequidad y vulneración de derechos del campesinado colombiano; se realizó la revisión de los desarrollos técnicos, normativos y experienciales que a la fecha han guiado la respuesta diferencial a sus necesidades desde el MSPS, en articulación con otros sectores para construir los elementos estratégicos que, en armonía con el marco estratégico del Plan, guiarán su abordaje en la planeación territorial.

Para la inclusión del enfoque de migrantes en el Plan Decenal, se realizó la identificación de actores clave y de la oferta institucional disponible para la población migrante como insumo para el desarrollo de los encuentros comunitarios que permitieron identificar las necesidades sentidas en salud. Estos

encuentros se realizaron con una metodología cualitativa (círculo de palabra) y la información derivada de los mismos fue sometida a análisis de contenido, teniendo como referencia las categorías de los determinantes sociales de la salud. Asimismo, se realizó una revisión sistemática de literatura con el fin de identificar las estrategias para la inclusión de la población migrante en las acciones de gestión territorial de la salud pública, además de las consideraciones normativas que aplican para la atención de esta población.

2.2.3. Etapa de Consulta. Esta etapa se desarrolló en abril de 2022, su objetivo fue diseñar e implementar una encuesta virtual que permitiera recoger opiniones y aportes sobre la primera versión del Plan. Para este efecto se diseñó y aplicó un sondeo de opinión dirigido a los habitantes del territorio nacional (de 15 años en adelante) con dos grupos objetivo, el primero relacionado con los públicos debidamente informados en temas de salud pública, y el segundo, a la ciudadanía general.

Previo al lanzamiento de la consulta, se diseñó e implementó una estrategia de alfabetización digital para favorecer la comprensión del proceso y promover la participación de la ciudadanía en esta etapa. La convocatoria para la participación, se realizó a través de medios de comunicación masiva como la radio y en medios digitales como los boletines de la página web del MSPS y en redes sociales (Twitter, Facebook, LinkedIn, Instagram y WhatsApp).

Se realizó una prueba piloto del instrumento y de las estrategias de alfabetización y a partir de sus ajustes se adelantó el sondeo aplicando las preguntas de la consulta pública y abierta en la plataforma digital SurveyMonkey (MSPS, 2022b). La información derivada de este proceso fue sistematizada, analizada y sirvió de insumo para perfilar la segunda versión del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, la cual fue publicada en la página del Ministerio para la revisión y retroalimentación de los actores interesados.

La última versión del documento fue sometida a consulta pública como anexo técnico del acto administrativo que adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031.

2.2.4. Etapa de Validación. Se realizó un proceso de validación del documento con dos estrategias: i) Revisión técnica por parte de las secretarías de salud: consistió en la revisión de la segunda versión del documento del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, con el fin de reconocer la pertinencia de las estrategias en relación con el marco estratégico del plan y ii) Revisión técnica del documento y emisión de recomendaciones para el proceso de implementación del PDSP 2022-2031 por parte de expertos de la Organización Panamericana de la Salud en cooperación con el Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS) de Argentina.

2.3. Fase de Implementación

La implementación del Plan Decenal de Salud Pública comprende el conjunto de procesos y acciones encaminados a ejecutar las decisiones que lo constituyen, buscando reducir y controlar los factores que puedan incidir negativamente en el logro de los fines y prioridades propuestos. Las estrategias de implementación pueden ser diversas, algunas incluyen la definición de instancias de coordinación con sus funciones y responsabilidades, elaboración de anexos y lineamientos complementarios, formulación de planes de acción ajustados y actualizados periódicamente y las acciones para garantizar el compromiso de los gobernantes con la asignación de prioridad y presupuesto para la implementación, dado que suelen ser de un plazo mayor a los del periodo de gobierno (Secretaría Distrital de Planeación, 2017).

El PDSP 2022-2031 plantea cuatro componentes para la implementación: adopción, definición de lineamientos técnicos, divulgación y desarrollo del plan de implementación, como se muestra a continuación:

2.3.1. Adopción: Se refiere al procedimiento que se realiza para expedir el acto administrativo tipo resolución que adopta el PDSP 2022-2031 y el acto administrativo tipo Decreto que reglamenta la Comisión Intersectorial de Salud Pública. La consulta pública del proyecto de Resolución se surtió entre el 24 de mayo y el 3 de junio de 2022 y la del proyecto de Decreto entre el 26 de mayo al 6 de junio de 2022.

2.3.2. Definición de lineamientos técnicos: En este componente se desarrollarán las disposiciones necesarias que precisan los elementos de la operación del Plan Decenal entre ellos: i) Armonización de políticas vigentes relacionadas con la gestión de la salud pública y el Plan Decenal

de Salud Pública ii) Herramientas y metodologías para la planeación y gestión territorial integral de la salud pública; iii) Herramientas para la puesta en marcha del Sistema de Seguimiento y Evaluación.

2.3.3. Divulgación: Comprende la definición y desarrollo de instrumentos de información y comunicación con el propósito de permitir a los actores del sector salud, de los otros sectores y a la comunidad en general, conocer y apropiarse el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031.

2.3.4. Desarrollo del Plan de Implementación: La implementación del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 implica la acción coordinada y progresiva de los actores del SGSSS, de actores de otros sectores que tengan incidencia sobre los determinantes sociales de la salud y de la comunidad en general, para alcanzar los fines propuestos en el plan decenal. El plan de implementación contempla el desarrollo de cinco etapas: i) Aprestamiento o preparación, ii) Inicio de la implementación operativa, iii) Implementación propiamente dicha, iv) Evaluación del proceso de implementación y v) Ajustes al proceso de implementación, las cuales se describen en el capítulo sexto de Gestión Territorial Integral de la Salud Pública del PDSP 2022-2031.

2.4. Fase de Evaluación

El diseño de esta fase se circunscribió en tres momentos: i) análisis documental para la identificación de las lecciones aprendidas, las brechas y oportunidades según la evaluación del Plan Decenal de Salud Pública 2012- 2021; ii) identificación de la cadena de valor de los elementos objeto de seguimiento y evaluación; y iii) conceptualización y desarrollo de la propuesta de seguimiento y evaluación para el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, cuyas particularidades se describen en el capítulo 11.

Capítulo 3. Diagnóstico Situacional de Condiciones de Salud con Énfasis en Análisis de Desigualdades

Para la formulación del presente Plan Decenal se cuenta con el ASIS 2021 que incluye una caracterización del contexto político, territorial y demográfico, un análisis de determinantes sociales de salud y del sistema general de seguridad social en salud como determinante, la descripción de la situación epidemiológica y establece unas prioridades y recomendaciones para intervención de los determinantes sociales¹².

Complementario a esta información para la formulación del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, se realizó un diagnóstico situacional de condiciones de salud territoriales basadas en exploraciones analíticas de la desigualdad en salud, a partir de unidades departamentales, socialmente jerarquizado.

A partir de esta información, se presenta este capítulo, que reúne elementos de contexto demográfico y expone los resultados de las exploraciones analíticas de la desigualdad en salud, aportando evidencia efectiva y oportuna para la definición del marco estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, convirtiéndose en una herramienta fundamental de carácter técnico y político para los procesos de planeación, gerencia y toma de decisiones en salud, adaptadas a las necesidades de la población.

El capítulo corresponde a la síntesis de los aspectos más relevantes del Análisis de situación de salud con Énfasis en Análisis de Desigualdades de Colombia 2021¹³ y se organiza en doce apartados que se pueden agrupar en tres grandes secciones, la primera contiene la demografía que incluye enfoques diferenciales, el análisis de los determinantes sociales de la salud y el desempeño del sistema de salud. La segunda, aborda la situación epidemiológica mediante el análisis de los efectos de salud y sus determinantes. En este caso, se analizó la morbilidad por: eventos de alto costo, población migrante, habitante de calle, LGTBI, víctimas, salud mental. Con respecto a, la morbimortalidad se abarca: salud materno infantil, enfermedades transmisibles y no transmisibles, COVID-19.

Finalmente, la tercera corresponde a las conclusiones, el método de validación mixto (triangulación) que permite identificar las necesidades de salud territoriales a través del análisis de las condiciones de salud con énfasis en el análisis de desigualdades y los resultados de participación social. Adicionalmente, se reconocen aspectos relevantes de la visión de la salud - enfermedad, la gestión y generación de valor en salud y la declaración de circunstancias injustas, eventos en salud, Determinantes y necesidades identificadas mediante el análisis realizado a través de tres criterios especialmente que son: 1) Carga de enfermedad evaluada a través del indicador DALYS, 2) Incidencia o prevalencia de la enfermedad y 3) Mortalidad. Se estimaron las diferencias relativas entre los años 2012 y 2019, es importante aclarar que el periodo de tiempo seleccionado, responde a la estabilidad de las fuentes y su calidad, teniendo en cuenta el impacto que tuvo la pandemia por COVID-19 en el reporte de información a todo nivel.

Para este análisis, se exploraron las variables de diferentes fuentes de información disponibles en el Sistema Integrado de Información de la Protección Social -SISPRO-, entre las cuales se encuentran los sistemas de vigilancia, las fuentes de base poblacional y las fuentes de base institucional. En general, se incluyeron indicadores de las principales fuentes oficiales del país como proyecciones poblacionales del DANE, estadísticas vitales, SIVIGILA, entre otras.

En este capítulo se presentan las desigualdades en salud causadas por los determinantes sociales que afectan las condiciones de vida de los habitantes del territorio nacional y muestra el avance en disponibilidad de información útil para la toma de decisiones en el país. Además, expone los resultados del análisis de los indicadores seleccionados como trazadores para aportar evidencia efectiva y oportuna que permita hacer uso de la inteligencia sanitaria, buscando el fortalecimiento de

¹² Para conocer sobre la metodología y acceder a las figuras se puede consultar el producto 1.2 Documento final de diagnóstico situacional de condiciones de salud con énfasis en análisis de desigualdades. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/PDSP-2022-2031.aspx>

¹³ Para conocer el documento con el contenido completo del Análisis de situación de salud con Énfasis en Análisis de Desigualdades de Colombia 2021 puede consultar el documento disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/analisis-situacion-salud-colombia-2021.pdf>

desde el Sumapaz, en el sur, hasta Cúcuta, en el norte. El altiplano cundiboyacense se destaca por su densidad demográfica incluyendo el dominio del Distrito Capital de Bogotá, la ciudad más poblada del país. La región oriental es la menos habitada; se destaca el eje de poblamiento del piedemonte, colonizado, poblado y urbanizado a partir de los Andes (Instituto Geográfico Agustín Codazzi, 2005). En relación, a los municipios que se destacan por su densidad poblacional, superando el dominio de la Capital Distrital de 4.425 habitantes por kilómetro cuadrado, se encuentran Itagüí (13.401), Soledad (9.029), Barranquilla (7.263), Medellín (6.329) y Sabaneta (5.165). Otros territorios que tienen densidad poblacional por encima de las 1.800 personas por kilómetro cuadrado corresponden a Bucaramanga (3.458), Soacha (3.442), Bello (3.261), Cali (3.237), Dosquebradas (2.779), Floridablanca (2.742), Armenia (2.266), Envigado (2.723) y La Estrella (1.853) (Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), s.f.).

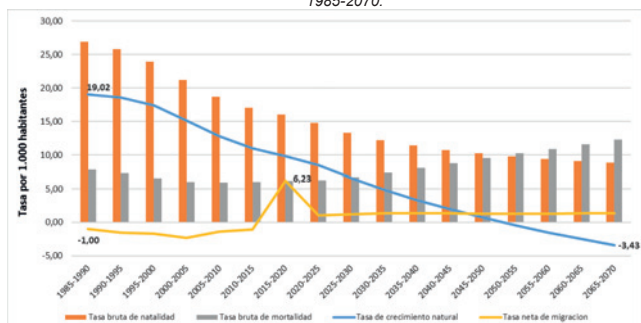
El reconocimiento de la distribución de la población por tamaño de municipios permite prever los territorios que se encuentran expuestos a concentrar más la carga de la enfermedad, lesiones u otros impactos en salud. En 1985 Colombia tenía tres ciudades con más de 1 millón de habitantes, en donde Bogotá albergaba el 59% de las tres ciudades más pobladas de Colombia y el 14% de toda Colombia.

Para el 2021, es decir 36 años después, el número de municipios con más de 1 millón de habitantes ascendió a cinco, en donde Bogotá cuenta con 52% de la población de las cinco ciudades más pobladas y 15% de toda Colombia. Las siguientes cinco ciudades más pobladas corresponden a Medellín, Cali, Barranquilla, Cartagena y Cúcuta. En contraste los territorios con menos de 1.100 personas son La Guadalupe (298), Cacahual (908), Morichal (968) y Mapiripaña (1.077) en Guainía; La Victoria (667), Puerto Alegría (777) y Puerto Arica (1.050) en Amazonas; y Papunaua (816) en Vaupés.

Según las estimaciones del DANE sobre el cambio demográfico de la retroproyección de población 1985-2017 y proyección de población 2018-2070 (Censo Nacional de Población y Vivienda - CNPV-2018), las tasas de crecimiento natural muestran un marcado descenso a través del tiempo, pasando de 19 personas por cada mil habitantes en el quinquenio 1985-1990 a una tasa de 8,28 para el quinquenio 2020 - 2025, esto en términos relativos representa una reducción del 56,39% en la tasa de crecimiento natural. Así mismo, se proyecta que las tasas de crecimiento exponencial pasen de 17,87% por cada 1.000 habitantes en el quinquenio 1985-1990 a 9,34% en el quinquenio 2015-2020 (Fondo de Población de las Naciones Unidas, Universidad Externado de Colombia, 2009)

En Colombia la natalidad se proyecta con una tendencia al descenso entre los quinquenios 1985-1990 y 2015-2020, siguiendo con la misma tendencia al descenso para la proyección del quinquenio 2020-2025, pasando de 26,8 a 16,2 y luego a 14,7 nacidos vivos por cada 1.000 personas, lo cual representa una reducción en términos relativos del 45,1% en la tasa bruta de natalidad y en términos absolutos de 12,1 nacidos vivos por cada 1.000 personas (Gráfico 2).

Gráfico 3. Tasas de natalidad, mortalidad, crecimiento natural y migración por cada mil habitantes, 1985-2070.



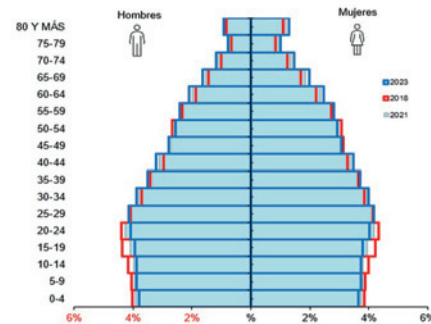
Fuente: Elaboración propia a partir del CNPV 2018 - DANE. Estimaciones sobre el cambio demográfico de la retroproyección de población 1985-2017 y proyección de población 2018-2070. Información a octubre 22 de 2021.

la rectoría en salud necesaria para la gobernanza, la planificación y la conducción de políticas públicas en salud.

1. Demografía

De acuerdo con el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, Colombia tiene para el 2021 una población de 51.049.498 habitantes, de los cuales 38.898.851 (76,20%) vive en cabeceras municipales y 12.150.647 reside en centros poblados y rurales dispersos. Del total de la población para este año, 24.912.231 son hombres (48,80%) y 26.137.267 son mujeres (51,20%) Gráfico 1. (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), 2018)

Gráfico 2. Pirámide poblacional Colombia 2018, 2021, 2023.



Fuente: CNPV 2018 - DANE. Proyecciones de población nacional 2018-2023. Información a octubre 22 de 2021.

En Colombia a 2021, el 39,61% (20.222.004) son personas adultas entre los 29 y 59 años de edad, seguido de las personas jóvenes (18 a 28 años) que concentran el 18,47 % (9.429.716), en el grupo de persona mayor (60 y más años) se concentra el 13,92% (7.107.914), la adolescencia (12 a 17 años) concentra el 9,46% (4.826.953), en la infancia se concentra el 9,30% (4.747.431), y, por último, la menor proporción corresponde a la primera infancia con 9,24% (4.715.480). Entre 2012 y 2019, la pirámide poblacional de Colombia fue relativamente similar, excepto por estar un poco más ensanchada en los grupos de 0 a 9 años y en los de 25 a 34 años.

La pirámide poblacional del país es regresiva e ilustra el descenso de la fecundidad y la natalidad con un estrechamiento en su base para 2021, comparado con 2018, los grupos de edad donde hay mayor cantidad de población son los intermedios, 20 a 34 años de edad, y a medida que avanza la edad, se evidencia el estrechamiento que representa a la población adulta mayor, además del descenso en la mortalidad. Se proyecta que para 2023 la pirámide poblacional se siga estrechando en su base y aumente la población de edades más avanzadas.

Por sus características físicas, Colombia presenta diferentes patrones de poblamiento. Los territorios con baja densidad poblacional se distribuyen en la periferia. La región amazónica, por su vegetación selvática y su elevada temperatura y humedad, es la zona menos poblada y poco desarrollada socioeconómicamente; un comportamiento similar se observa en la llanura selvática del Pacífico y en las regiones cenagosas del bajo Magdalena; la llanura de la Orinoquía ofrece tierras fértiles atractivas para los pobladores constituyéndose esta zona de la región, en la que mayor asentamiento produce (Instituto Geográfico Agustín Codazzi, 2005).

Las tres cordilleras de la región andina presentan la mayor concentración poblacional: en alturas menores a los 3.000 msnm; en los altiplanos de Ipiales, Túquerres, Pasto y cundiboyacense y en los valles interandinos, principalmente de los ríos Cauca y Magdalena, las ciudades de Cartagena, Barranquilla, Santa Marta, Riohacha, Sincelejo y Montería constituyen núcleos centrales de población de la región costera del Caribe. La Cordillera Oriental es la más poblada; se extiende

Por su parte la mortalidad se prevé con una disminución inicial, pasando de 7,86 muertes por cada mil habitantes en el quinquenio 1985-1990, a 6,18 muertes por cada mil habitantes en el quinquenio 2020-2025, y aumentando paulatinamente de allí hasta 2070, quinquenio a quinquenio hasta llegar al quinquenio 2065 - 2070 donde asciende a 12,27. En cuanto a la tasa neta de migración se observa claramente como desde el quinquenio 2015-2020 la inmigración predomina sobre la emigración, y se espera que este comportamiento del indicador permanezca así hasta 2070; para el quinquenio 2015-2020 la tasa neta de migración fue de 6,23 aumentando 7,88 con respecto a la estimación de 1995-2000 donde se tenía un indicador de -1,65 migrantes por cada mil habitantes. En el quinquenio 2020-2025 se ha estimado en 1,06 migrantes por cada mil habitantes (Fondo de Población de las Naciones Unidas, Universidad Externado de Colombia, 2009)

En lo relacionado con la fecundidad, las tasas muestran una caída importante entre 1985 y 2015 y se considera por la tendencia que para 2021 seguirán disminuyendo (Organización mundial de la Salud, 2014). Se estima que para el quinquenio 2020-2025 en promedio cada mujer en edad reproductiva tenga 1,84 hijos, lo cual representa una disminución del 39,27% en la tasa global de fecundidad o la reducción en un hijo por mujer con respecto al quinquenio 1985-1990 donde la tasa fue de 3,03 (Organización mundial de la Salud, 2014), similar a la estimación de 1,9 hijos por mujer para los países de ingresos medianos altos (Organización mundial de la Salud, 2014).

La reducción en la fecundidad puede estar relacionada con el aumento del acceso al trabajo por parte de las mujeres durante los últimos años y que podría contribuir con mejores condiciones sociales de las familias; pero también a diversos factores geográficos, sociales, demográficos, económicos, culturales y políticos, y a los determinantes próximos de la fecundidad, como la anticoncepción, la nupcialidad, el aborto y la lactancia materna. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), entre 1990 y 2015, la brecha en las tasas de fecundidad entre quintiles de riqueza disminuyó considerablemente, al igual que la brecha entre área de residencia - urbano/rural- sin embargo, esto no sucedió con las tasas en la gradiente definida por nivel educativo: las tasas de fecundidad en las mujeres sin educación son casi dos veces más altas que las de las mujeres con secundaria o más.

Entre 2005 y 2019 las tasas específicas de fecundidad en adolescentes entre 10 y 19 años descendieron levemente pasando de 38 a 30 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres en este grupo de edad. Para este periodo el promedio anual fue de 144.670 nacimientos que ocurrieron en mujeres de 15 a 19 años, grupo donde también se observa que la tasa disminuye en casi 18 nacimientos entre 2005 y 2019, pasando de 75,6 a 57,9 respectivamente. Mientras, los nacimientos en adolescentes entre los 10 y 14 años corresponden a tres anuales por cada 1.000 mujeres en este grupo de edad durante el periodo 2005 y 2019.

A pesar de la reducción promedio de la tasa de fecundidad en adolescentes, son principalmente las mujeres que viven en condiciones de pobreza y condiciones de deterioro social, aquellas que presentan mayores tasas. Según la ENDS las tasas de fecundidad en adolescentes son más altas en el quintil de riqueza más pobre, en las mujeres menos educadas y las del área rural. Las brechas de desigualdad en las gradientes generadas por estos estratificadores sociales, han tenido poca modificación en el tiempo.

1.1. Pueblos indígenas

Entre los censos de 2005 y 2018 la población indígena aumentó 36,8 % y pasó de una participación del 3,4 % en el total nacional en 2005, al 4,4 % en el 2018. De acuerdo al análisis de cohortes 2005 - 2018 este incremento no es explicable solamente por sus niveles de fecundidad, sino que se observa la inclusión de nuevos individuos por dos factores: la mejor cobertura del censo en territorios con predominancia indígena y el aumento del autorreconocimiento étnico indígena (DANE, 2019)

La estructura por sexo y edad de la población indígena en 2018 conserva la base ancha que disminuye a medida que avanza la edad, en coherencia con su natalidad alta y mortalidad progresiva con la edad. No obstante, el grupo de edad menor de 14 años disminuyó entre 2005 y 2018, pasó de representar el 39,5 % de su población, al 33,8 % a nivel global. Pero al desagregar la estructura de población indígena en cabeceras municipales y la residente en centros poblados y rural disperso se marca una diferencia entre una estructura con un estado más avanzado de transición demográfica en las cabeceras frente a la segunda, que es todavía una estructura de muy alta natalidad y mortalidad progresiva con la edad (DANE, 2019)

Lo anterior se correlaciona con la población indígena más joven en departamentos con alta presencia de resguardos indígenas en zonas de difícil acceso: Arauca, Chocó, Magdalena, Vaupés, Vichada, Guainía y más envejecida en departamentos de la región andina: Bogotá D.C., Cundinamarca, Caldas, Santander, Tolima, Nariño. Mientras el censo 2005 había identificado 93 pueblos indígenas nativos, el 2018 identificó 115 pueblos indígenas nativos. Los cuatro pueblos indígenas más numerosos del país (Wayuu, Zenú, Nasa y Pastos) concentran el 58,1 % de la población indígena del país (DANE., 2019).

El índice de masculinidad de 2018 es más bajo que el del 2005, con 99,7 hombres por cada 100 mujeres, pero está por encima del índice de la población no indígena de 95,3. La razón niños-mujer de 42,1 en 2018, aunque es un 32 % más bajo que el que tenían en 2005, sigue siendo el doble que el de la población no indígena, en coherencia con su alta natalidad. El índice de envejecimiento es de 17,1 con relación a la alta mortalidad en los grupos de edad de mayores de 60, en contraste con 42,0 de la población no indígena. Los índices de dependencia demográfica y juvenil son más bajos que los que tenían en 2005, pero siguen siendo más altos que en la población no indígena. El índice de dependencia senil no se modificó entre los dos censos (DANE., 2019).

1.2. Comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras

Entre el censo de 2005 y el CNPV 2018, el autorreconocimiento NARP de la población efectivamente censada se redujo 30,8 % en el grupo étnico; en detalle, el autorreconocimiento raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina se redujo 16,5 %, el palenquero de San Basilio 11,2 % y el de afrocolombianos el 31 %. El DANE observa la reducción de personas en la mayoría cohortes censadas en 2005 y 2018 por encima de los niveles de mortalidad o emigración vigentes, y concluye que la reducción del autorreconocimiento en este grupo étnico ocurrió por elementos multicausales de orden sociológico, cultural, operativo de capacitación, sensibilización o cobertura. El DANE presenta la estimación de 2018 de 4.671.160 habitantes autorreconocidos NARP, que representan el 9,34 % de la población total nacional a partir de la Encuesta de Calidad de Vida (DANE, 2019)

De los afrocolombianos, 1.175.320 (27,6%) habitan en áreas rurales y 3.086.676 (72,4%) en cabeceras municipales. La estructura por sexo y edad de la población afrocolombiana es similar a la de la población general, pero con una diferencia cercana a los 3 puntos porcentuales en la base de la pirámide (población menor de 15 años) a favor de la población afrocolombiana y una disminución porcentual de 1% para la población mayor de 65 años. Las estructuras por sexo y edad de la población general y afrocolombiana se encuentran en proceso de transición, dados sus porcentajes de población de 0 a 14 años superiores al 30 % (30,7 y 33,4% respectivamente) y de 15 a 64 años superiores al 60% (63 y 61% respectivamente) (DANE, 2006).

En la población NARP en forma similar a la población general la proporción de mujeres es mayor, con un índice de masculinidad de 98,81 en la población afrocolombiana. En cuanto a la razón niños-mujeres, en el 2005, por cada 100 mujeres en edad fértil había 42 menores de 5 años en la población afrocolombiana. A su vez, la población menor de 15 años es de 30,7% en la población general, 2,67 puntos porcentuales menor que en la población afrocolombiana respectivamente. La población mayor de 65 años representa el 8,98% en la población general y el 7,49% en la población afrocolombiana. El índice demográfico de dependencia para el 2005 muestra que el grupo étnico afrocolombiano es más desfavorecido que en la población general (58%), dado que por cada 63 personas dependientes hay 100 económicamente productivas (DANE, 2006).

Los departamentos que concentran mayor población NARP son: Valle del Cauca con el 25,63%; Antioquia con el 13,87%, Bolívar con el 11,66%, Chocó con el 6,72%, Nariño con el 6,35% y Cauca con el 6,01%. Los departamentos con mayor población afrocolombiana respecto del total departamental, son: Chocó con el 73,70%, San Andrés con el 56,84%, Bolívar con el 27,05%, Valle del Cauca con el 26,95%, Cauca con el 21,65% y Nariño con el 18,07% (10)

1.3. Pueblo Rrom

Entre el Censo General 2005 y el CNPV 2018, la población Rrom censada disminuyó 45,5%. Esta reducción es explicada por el DANE primero por las personas no reconocidas por las organizaciones Rrom que se autorreconocieron como tales en el Censo General 2005, debido a algún tipo de identificación con la palabra "gitano" y segundo con que hubo mayor precisión en la identificación de

la población Rrom en el CNPV 2018, gracias a la participación de censistas Rrom en el operativo censal (DANE, 2019)

La estructura por sexo y edad de la población Rrom presenta una distribución con estrechamiento de la base con menor porcentaje de los menores de 15 años en comparación con la población general, probablemente por el descenso de las tasas de natalidad. La población Rrom disminuye más progresiva y lentamente hacia la cúspide, quizás por la disminución en la tasa de mortalidad. La población Rrom tiene predominio del sexo masculino, con un índice de masculinidad de 105. La razón niños-mujer tuvo un descenso similar al de la población general con relación al censo 2005, siendo de 26,7 un poco por encima del valor nacional de 25,6 (DANE, 2019)

Aunque el índice de envejecimiento aumentó un 50 % desde el 2005, representa 34,4 en el 2018, se mantiene por debajo del nacional de 40,4. El índice de dependencia demográfico es de 44, bastante similar al nacional de 46,5, solo un poco por debajo. Mientras el índice de dependencia juvenil decreció con relación al de 2005, el índice de dependencia senil aumentó (DANE, 2019)

En concordancia con la estructura de sexo y edad, el grupo de menor de 14 años decreció, mientras el grupo mayor de 65 años aumentó, y el grupo de 15 a 64 años se mantuvo estable en el periodo intercensal. Se identificó población Rrom de 11 Kumpany y el 79,5 % de las personas que se autorreconocieron como gitanos o Rrom declararon la Kumpany a la que pertenecen; mientras que se identificó población Rrom de 8 Vitsas (Subgrupos o linajes que descienden por línea patrilínea y que denotan al subgrupo del cual proviene. Aunque el pueblo Rrom es uno sólo, internamente presenta gran heterogeneidad, y cuenta con diversos grupos patrilíneales con su respectiva vitsa) y el 50,7 % de las personas que se autorreconocieron como gitanos o Rrom declararon la Vitsa a la que pertenecen (DANE, 2019)

En cuanto al área de residencia, se encontró una variación por disminución de esta población en cabecera municipal, que pasó de agrupar el 94,2 % al 90,2 % en 2018 y el aumento de la población en centro poblado y rural disperso en igual proporción.

El pueblo Rrom otorga a la edad y al sexo valores intrínsecos que se expresan en roles asumidos según curso de vida y sexo, así el ser mujer trae consigo modos de ser y actuar, la igual que ser niño o un viejo. Desde la estructura cultural Rrom la diferenciación etaria se compone de 4 grupos: "i) niño: desde el nacimiento hasta la pubertad ii) joven: desde la pubertad hasta el matrimonio iii) adulto: los casados y los que no alcanzan esta condición pero ya no son púberes, y iv) los ancianos: a quienes se les denomina con frecuencia tíos o en romanés, kak" (Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud, 2015).

1.4. Población Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgénero e Intersexuales (LGBTI)

De acuerdo con la ENDS 2015, el 1,2% de los hombres encuestados se identificaron como homosexuales, el 0,4% de las mujeres se reconocieron como lesbianas y, en un porcentaje similar, el 0,6% de las personas se declararon bisexuales, por lo cual se estimó que alrededor de 450.000 personas se identificaron con una orientación sexual diversa. Según la edad, se evidenció que, en el caso de las mujeres, en el grupo de edad entre los 15 a 19 años hubo un mayor reconocimiento de bisexualidad (1,2%), mientras que en el grupo de edad entre 15 a 24 años hubo un mayor reconocimiento de mujeres lesbianas (0,6%). En el caso de los hombres el mayor porcentaje de bisexualidad y homosexualidad se identificó en el grupo de edad entre los 15 a 19 años (1,1% y 2,3% respectivamente) (MinSalud y Profamilia 2015). Sin embargo, estos datos no son estadísticamente representativos respecto al total de la población.

Según los datos de la ENCSPA, en Colombia alrededor del 1,2% de las personas entre 18 y 65 años, ubicadas en centros urbanos, se reconocen e identifican como lesbianas, gay o bisexuales, mientras que el 0,05% se reconoce como transgénero. De acuerdo con esta encuesta, el porcentaje de personas reconocidas en orientaciones sexuales diversas equivaldrían a 105.000 hombres y 56.000 mujeres homosexuales, y 85.000 personas bisexuales (36.000 hombres y 49.000 mujeres).

En cuanto a la identidad de género, el porcentaje de personas identificadas como transgénero podría representar a unas 10.000 personas. A partir de estos datos se estima que en los centros urbanos en Colombia 205.000 personas son LGBTI (Ortiz 2020). Sin embargo, los datos presentados en estas encuestas deben ser tomados como aproximaciones, debido al subregistro de aquellas personas que prefieren no referirse a su identidad de género u orientación sexual por temor a ser discriminados o enfrentarse a violencias de género.

1.5. Víctimas

De acuerdo, a los datos del Registro Único de Víctimas, (RUV) a septiembre de 2021, se han registrado 9.601.196 personas consideradas como víctimas, de las cuales el 11% tiene más de 60 años. La composición de la población por edad de acuerdo con la información del SISPRO 2021, muestra que el 73% de la población víctima del conflicto armado tiene entre 15 a 64 años, el 18% tiene 14 años o menos y el 8% 65 años o más, porcentajes similares a los encontrados en la población general cuya concentración de población se encuentra en el grupo de 15 a 64 años con un 67,2%. Sin embargo, la pirámide poblacional de la población víctima del conflicto armado muestra mayor proporción de población entre los 10 a 29 años, superando a la población general en 10,7 puntos porcentuales (MSPS, 2021b).

Del total de la población en Colombia proyectada para el año 2021 con base en el Censo Nacional de Población y Vivienda – CNPV del 2018 (DANE, 2019), el 18% está inscrito en el Registro Único de Víctimas (9.153.078) (UARIV, 2022).

Según el Sistema Integrado de Información para la Protección Social (SISPRO) con fecha de corte a julio de 2021 un total de 8.117.556 personas están plenamente identificadas como víctimas de las que 229.365 (2,8%) aparecen como fallecidas en la base de datos de Nacimientos y Defunciones del DANE; por tanto, la información que se presenta a continuación las excluye y representa a las 7.888.443 personas restantes. De ellas, el 15,6% (1.234.482) de esta población se auto reconoce como perteneciente a algún grupo étnico en el RUV. La mayor parte son personas víctimas afrodescendientes (1.002.450; 81,2%), seguido por la población indígena (207.180; 16,8%) y por la etnia raizal y palenquera (1,4%) (MSPS, 2020a).

1.6. Migración

En cuanto a las cifras en relación a los fenómenos migratorios, estas son imprecisas, existe subregistro, pero se estima, que en el año 2020 el número de migrantes internacionales fue de 281 millones, es decir, el 3,6% de la población mundial, lo cual es superior en 128 millones a la cifra de 1990 y triplica la de 1970 (IOM, 2021).

En el caso específico de Colombia, un país eminentemente expulsor, desde el año 2015 experimentó un incremento en el número de población migrante proveniente de Venezuela, fenómeno relacionado con la inestabilidad política, social y económica experimentada en el vecino país. Así, se pasó de 97 mil migrantes venezolanos en Colombia durante el año 2015, a cerca de 2 millones en 2022 (Migración Colombia, 2022), lo cual ha significado retos importantes de contención de la crisis humanitaria (inicialmente), y de inclusión socioeconómica de los migrantes con intención de permanencia en el país.

Con relación a los nacimientos entre el 2015 y el 2021, en Colombia se han registrado 30.906 nacimientos de población que reside en el extranjero, con un incremento importante para los años 2019 y 2020; de otro lado y como era de esperar, el 97,6% correspondían a madres nacionales venezolanas (Gráfico 1), comportamiento que coincide con el incremento de la migración de la población venezolana desde el año 2015.

Teniendo en cuenta los datos de Migración Colombia, un millón setecientos veintinueve mil quinientos treinta y siete ciudadanos venezolanos se encontrarían en Colombia para el 31 de diciembre de 2020. De este 1.729.537, el 44%, (762.823) se encuentran en condición regular, mientras que el 56% restante (966.714) se encontrarían en condición irregular.

1.7. Habitante de calle

Durante los años 2017, 2019, 2020 y 2021 el Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE llevó a cabo en el territorio nacional la implementación del censo de habitantes de la calle. En este proceso fueron aplicadas un total de 34.081 encuestas de la siguiente forma: 9.538 en 2017, 13.252 en 2019, 5.043 en 2020, y 6.248 en 2021.

Aunque no es posible realizar la suma de las personas porque los censos corresponden a diferentes momentos de tiempo, algunas características generales predominan en los cuatro censos.

- ✓ La mayoría de personas habitantes de la calle son hombres (87,7%), frente a un porcentaje de 12,3% de mujeres. La mayor parte de hombres y mujeres se ubican en el grupo etario de los 35 a 39 años, le siguen los que se encuentran entre los 30 a 34 años, los de los 25 a 29 años y los que se encuentran entre los 40 y 44 años, es decir que la mayoría se encuentra en edad plenamente productiva.
- ✓ Los niños, niñas y adolescentes, incluyendo el rango de edad de 19 años, representan cerca del 2,7 % de la población censada. El mayor número de personas dentro de este grupo etario se encuentra entre los 15 y 19 años.
- ✓ El mayor número de personas cuenta con educación básica secundaria incompleta, seguido por básica primaria incompleta, y básica primaria completa en la mayoría de municipios censados. En Bogotá el mayor porcentaje de personas cuenta con educación básica secundaria completa, seguido por básica primaria completa y media académica o técnica incompleta, lo cual difiere del resto del país.
- ✓ El 8,9% de la población habitante de la calle pertenece a un grupo étnico, de este porcentaje, el 87% se identificaron como negros, mulatos y afro, le sigue la población indígena con un 10%, y la población palenquera, raizal y gitana con el 1%.
- ✓ La mayoría de las personas lleva entre uno y cuatro años de estar en situación de calle.

1.8. Discapacidad

El Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020), muestra un total de 1.555.708 personas con discapacidad en Colombia entre el periodo comprendido entre 2013 y Julio de 2020, de las cuales el 51% son hombres (790.962) y 49% mujeres (763.288). El 19,6% (304.707) de las alteraciones permanentes se concentran en las personas de 80 años y más, seguidas del grupo de edad de 60 y 64 con el 7,0% (107.186). Las alteraciones con mayor representatividad corresponden al movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas con 49,5%, seguidas de las alteraciones en sistema nervioso con el 44,6%.

Es importante precisar que el RLCPD hasta junio de 2020, incluía personas que se autorreconocían en condición de discapacidad y hacían un autor reporte. A partir de la expedición de la Resolución 113 de 2020, para ser incluido en él, la persona debe ser valorada por un equipo multidisciplinario para certificar la condición de discapacidad basada en la aplicación de instrumentos fundamentados en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud - CIF.

2. Determinantes Sociales de la Salud

2.1. Pobreza e ingresos

En el tercer trimestre de 2021pr (preliminar), el Producto Interno Bruto, en su serie original, creció 13,2% respecto al mismo periodo de 2020pr. De acuerdo con la estimación del DANE con base en los datos del censo de población y vivienda de 2018 el 14,28% de las personas vivían con sus necesidades básicas insatisfechas: el 3,80% en la miseria, el 5,31% en viviendas inadecuadas, el 3,59% con servicios inadecuados, el 4,17% en hacinamiento.

Entre 2019 y 2020, el DANE realizó un proceso de actualización metodológica de las líneas de pobreza monetaria extrema y pobreza monetaria, afrontando los desafíos que implicó la construcción de las estadísticas oficiales debido los cambios asociados a la pandemia de la COVID-19 que se dieron en el mundo entero y ajustes requeridos en los procesos de recolección de información. Según las cifras oficiales la incidencia de la pobreza monetaria entre 2019 y 2020 disminuyó casi cinco puntos en los centros poblados y rural disperso; aumento casi diez en las cabeceras y a nivel nacional se incrementó casi en siete puntos. Para 2020, no se observan diferencias significativas en los indicadores del resto (rural), las cabeceras municipales y el nivel nacional, en comparación con el comportamiento observado de cada nivel entre los años 2012 y 2019.

De 2019 a 2020, hubo un incremento de 0,6 puntos porcentuales en la tasa de incidencia de la pobreza multidimensional a nivel nacional pasando de 17,5 a 18,1. Mientras, la incidencia de pobreza monetaria extrema a nivel nacional paso de 9,6 a 15,1; aumento que significa el ingreso de 2,78 millones de personas a condición de pobreza extrema en 2020. En relación con el Coeficiente de Gini, se observa que durante el periodo entre 2012 y 2020 registra valores inferiores en la zona rural,

mostrando allí menor desigualdad económica, ya que mientras más cercano está el indicador de cero, menor es la desigualdad de los ingresos. Entre los años 2019 - 2020 el indicador se mantuvo estable en la zona rural, y su comportamiento en la zona urbana registró un incremento significativo, mostrando el mayor valor durante todo el periodo de observación.

Según la información disponible del Censo Nacional Agropecuario – CNA la población indígena residente en el área rural dispersa tiene un Índice de Pobreza Multidimensional 1,5 veces mayor a las personas residentes del área rural dispersa. En ambas poblaciones, los mayores condicionantes de la pobreza de los hogares fue la inadecuada eliminación de excretas, seguida del bajo logro educativo y en tercer lugar se ubicó los hogares sin acceso a fuentes de agua potable. Pero sistemáticamente la población indígena presenta un mayor rezago (Ministerio de Salud y Protección Social. , 2016)

La incidencia de la pobreza muestra las brechas de la población NARP con la población general. Con los datos de la encuesta de hogares, se estimó que las comunidades NARP en Colombia tienen una tasa de pobreza del 40.8 % en comparación con la del 27.8 % de la población general. Adicionalmente, es la tasa más alta en población afrodescendiente en comparación con la misma población de Brasil, Ecuador, Panamá, Perú y Uruguay (CEPAL, 2021)

El pueblo Rrom no cuenta con muchas fuentes de información disponibles, sin embargo, se puede resaltar que actualmente para la comunidad de Girón con Venezuela y en Nariño con el Ecuador el 80% de la comunidad está bajo la línea de pobreza y un 10% bajo la línea de miseria, el 10% restante está en condiciones económicas aceptables con acceso a todos los servicios públicos. En Pasto es el único lugar en Colombia donde se conserva la tradición de vivir en carpas; esto representa que por la movilidad de los campamentos muchas veces no se pueda encontrar un sitio con mínimas condiciones para asentarse, o cuando se consiguen, están muy retirados del casco urbano (DNP, s.f.)

2.2. Educación

Según los datos del CENSO 2018, Amazonas, Atlántico, Bogotá D.C., Cundinamarca y Valle del Cauca son los departamentos con mayor porcentaje de alfabetismo, es decir conocimiento básico en lectura y escritura en el país. En contraste con Chocó, Cesar, Córdoba, Guainía, La Guajira, Magdalena, Sucre, Vaupés y Vichada son los territorios con menor porcentaje de personas con conocimiento básico de lectura y escritura.

El Ministerio de Educación Nacional de Colombia reportó que entre 2005 y 2019 la tasa de cobertura bruta por niveles, entendida como la relación entre el número de estudiantes matriculados en un nivel educativo respecto a la población en edad teórica para cursarlo; ha tendido ligeramente a la fluctuación con un descenso entre el 2013 y 2018, y un repunte importante en el 2019. Se puede observar que de la misma manera desde el año 2013 al 2018 hubo un descenso de nueve puntos porcentuales en la primaria (población entre 6 y 10 años) y una recuperación para 2019 alcanzando nuevamente un 109,37% de cobertura. Un comportamiento inverso se observa para los niveles secundaria (población entre 11 y 14 años) y media (población entre 15 y 16 años) que presentan un incremento de nueve y cinco puntos porcentuales respectivamente. La cobertura total describe un ascenso de casi ocho puntos porcentuales.

Entre 2005 y 2019 la mayoría de las Regiones (Caribe, Centro Sur Amazonia, Centro Oriente y Eje Cafetero y Antioquia) describen coberturas brutas por encima del promedio nacional para el último año. Comportamiento diferente en las regiones de Los Llanos y Pacífica que describe una tasa por debajo del país en la mayor parte del periodo, encontrándose para el último año. Los Llanos con cuatro puntos porcentuales por debajo y la región Pacífica con 8 puntos porcentuales por debajo del dato obtenido para el país.

En población indígena mayor de 15 años residente en zona rural dispersa el 22.2 % reportó no saber leer, ni escribir en comparación con el 12.6 % del mismo indicador en población general. La brecha es más amplia si la persona mayor de 15 años además tiene la jefatura de un hogar indígena, en ellos el 27.5 % reportó no saber leer, ni escribir en comparación con el 12.5 % de los mayores de 15 jefes de hogar de población general (Ministerio de Salud y Protección Social. , 2016)

El 33.2 % de jóvenes NARP de 18 a 24 años asiste a un establecimiento educativo en comparación con el 35.2 % del mismo indicador en la población general. La brecha es más amplia entre el 30.2 % de mujeres NARP de 18 a 24 años de este indicador en comparación con el 37.6 % de las mujeres

En cuanto a la cobertura de alcantarillado en viviendas con hogares de jefatura indígena es del 23 % comparada con el 76.6 % dato general, en contraste Al desagregar por área, en centro poblado y rural disperso la cobertura nacional es tres veces mayor que en viviendas con hogares de jefatura indígena (DANE., 2019)

La población NARP sin acceso a agua potable en la vivienda en área rural alcanza el 49 %, este acceso mejora en las áreas urbanas, pero persiste la brecha, con 33 % sin acceso para población NARP en comparación con el 11 % sin acceso de la población general. En cuanto al acceso a alcantarillado en la vivienda, el 37 % de la población NARP no tiene acceso, indicador que mejora en las áreas urbanas, pero con una brecha más amplia que desfavorece a las comunidades NARP que no tienen acceso en el 21 % (CEPAL, 2021)

En el pueblo Rrom la cobertura de agua potable en la vivienda es de 90.4 %, mejor que la de población nacional. Los municipios que presentan brechas que desfavorecen a esta población son Pasto (Nariño) y Tadó (Chocó). En cuanto a la cobertura de alcantarillado es de 83.5 %. En este indicador los municipios rezagados son otra vez los dos anteriores y Consaca (Nariño) (DANE, 2019)

2.5. Calidad del agua

De acuerdo con los datos del Sistema de Información para Vigilancia de Calidad de Agua para Consumo Humano (SIVICAP), el Índice de Riesgo para el Consumo de Agua potable (IRCA) en el país se ha mantenido entre 20,83 y 20,5 entre 2007 y 2017, lo cual indica que el nivel de riesgo es medio. En el año 2018 el IRCA bajo a 7,93 y para el 2019 volvió a ubicarse en riesgo medio con un porcentaje de 17,23.

Entre 2017 y 2018, bajo el número de departamentos con riesgo alto, de 5 en 2017 a 4 en 2018, en el último año Putumayo paso de riesgo alto a medio; mientras que Sucre y Caquetá pasaron de riesgo medio a bajo. Córdoba y Guaviare pasaron de sin riesgo a riesgo bajo y Risaralda y Vichada pasaron de riesgo bajo a medio. Persistieron en el 2018 con riesgo alto los departamentos de Caldas, Vaupés, Huila y Nariño. Mientras para 2019 es de resaltar que ninguno de los departamentos reporta su indicador en alto riesgo, lo que refleja la gestión de las entidades territoriales realizada al respecto.

2.6. Seguridad alimentaria y nutricional

Se entiende por seguridad alimentaria y nutricional la disponibilidad suficiente y estable de alimentos, el acceso y el consumo oportuno y permanente de los mismos en cantidad, calidad e inocuidad por parte de todas las personas, bajo condiciones que permitan su adecuada utilización biológica, para llevar una vida saludable y activa. (DNP, 2008)

Disponibilidad de alimentos: Es la cantidad de alimentos con que se cuenta a nivel nacional, regional y local, relacionada con el suministro suficiente de estos frente a los requerimientos de la población y depende fundamentalmente de la producción y la importación.

Acceso: Es la posibilidad de todas las personas de alcanzar una alimentación adecuada y sostenible. Se refiere a los alimentos que puede obtener o comprar una familia, una comunidad o un país.

Consumo: Se refiere a los alimentos que comen las personas y está relacionado con la selección de los mismos, las creencias, las actitudes y las prácticas.

2.6.1. Aprovechamiento biológico de los alimentos

Duración de lactancia materna

“La adecuada alimentación es de gran importancia para la supervivencia, crecimiento, desarrollo, salud y nutrición de lactantes y niños en todos los países del mundo”. La lactancia materna es una de las formas más eficaces para prevenir la malnutrición y a largo plazo disminuye el riesgo de padecer sobrepeso, obesidad y diabetes tipo II; los niños que la reciben obtienen mejores resultados en las pruebas de inteligencia.

La duración óptima de la lactancia materna exclusiva como primer alimento y la adecuada introducción de los alimentos complementarios a partir de los seis meses de vida son unos de los temas cruciales que la OMS mantiene bajo continua revisión”. Durante el periodo comprendido entre

de población general, mientras el indicador mejora a favor de los hombres NARP con 36 % que asisten a un establecimiento educativo en comparación con los hombres de población general que tienen 33.2 % (Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). , 2020)

También se observan brechas en los años de escolaridad que desfavorecen a la población NARP en comparación con la población general. En el grupo de 15 a 29 años la población NARP tiene 9.8 años promedio de escolaridad en comparación con 10.5 de la población general; en el grupo de 30 a 64 años 8.7 años de escolaridad NARP y 9.2 en población general y en el grupo de 65 años y más, 4.7 años de escolaridad en población NARP en comparación con 5.4 años de escolaridad en población general (Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). , 2020)

El pueblo Rrom tiene un alto índice de alfabetismo por su fácil acceso a la educación formal, esto favorecido por su residencia principalmente es en zonas urbanas o cabeceras municipales, aunque también puede estar explicado por procesos de educación tradicional, pues la pregunta para determinar el alfabetismo no hace diferencia entre saber leer y escribir en español o en lenguas propias (Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud, 2015)

2.3. Desempleo

Para noviembre de 2021, el DANE estimó que la tasa de desempleo (TD) nacional fue de 10,8 con respecto al mismo mes en 2020 (13,3) mostrando una reducción de más de dos puntos porcentuales. Mientras tanto, la TD para las 13 ciudades y áreas metropolitanas en 2021 fue de 12,2 y la tasa de ocupación fue de 55,0.

Entre enero y noviembre de 2021, las ciudades que registraron las mayores TD fueron: Quibdó (20,5), Riohacha (19,6), Cúcuta A.M. (19,5%), Ibagué (19,3%) y Valledupar (18,6). Las ciudades que presentaron menores tasas de desempleo en el mismo periodo fueron: Cartagena (10,4), Barranquilla A.M. (10,6%), y (12,6) Bucaramanga A.M.

Para hombres y mujeres se observa una reducción de la tasa de desempleo de 1,5 y 3,7 puntos porcentuales respectivamente. Asimismo, la brecha entre mujeres y hombres, al mes de noviembre de 2021 este alrededor de los 6 puntos porcentuales para este indicador. Este comportamiento se es cercano al observado en las 13 ciudades y áreas metropolitanas.

2.4. Hogares y servicios públicos

Según el CNPV 2018 para ese año, el 86,4% de la población colombiana tenía acceso al servicio de acueducto y el 76,6% a alcantarillado. Además, el 96,3% de los hogares recibían el servicio de energía eléctrica; 66,8% gas natural; 81,6% contaron con recolección de basuras y 43,4% con internet fijo o móvil.

De otra parte y de acuerdo con los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de 2019, en Colombia el 87,0% de la población contaba con el servicio de acueducto y el 74,4% con alcantarillado. El acceso a servicios fue mayor en el área urbana o cabecera, que en el área rural o resto. El 98,1% de los hogares recibieron el servicio de energía eléctrica, el 64,5% gas natural, el 81,8% accedieron a la recolección de basuras y el 25,2% de telefonía fija. De acuerdo con la misma fuente, Colombia incremento ese mismo año 0,4 puntos porcentuales (p.p.) la cobertura de energía eléctrica; 0,1 p.p. de la de gas natural, acueducto y recolección de basuras; y descendió en 0,3 p.p. en alcantarillado, mientras en telefonía fija fue de 4,0 p.p. Este ligero aumento en la cobertura del servicio de acueducto tiene una implicación en la calidad de vida y salud de la población, principalmente en menores de 5 años, quienes son propensos a contraer enfermedades de origen hídrico; pero también es un factor que aporta a la disminución de la pobreza y reducir las brechas entre las regiones.

En concordancia con el Censo Nacional Agropecuario del 2013 y 2014, que muestra un 50.2 % de las viviendas de población indígena sin ningún servicio público frente al 16,4 % en población general (Ministerio de Salud y Protección Social. , 2016), el Censo de 2018 evidencia que la cobertura de acueducto en viviendas con hogares de jefatura indígena es del 41,4 % frente al 86,4 % nacional y por área, en centro poblado y rural disperso es del 27,9 % contrastado con el dato general que es 51,7% (DANE., 2019)

1995 al 2005, el país experimentó un aumento significativo de este indicador, al pasar del a 46,91 % de niños y niñas menores de seis meses 11,4 % que recibieron lactancia materna de manera exclusiva, sin embargo, en el último decenio (2005 - 2015) el comportamiento favorable cambió de forma radical y actualmente el país se enfrenta a una reducción de cerca de 10,8 p.p. frente al mejor resultado logrado en el 2005.

Según la ENSIN 2015 el 97.2% de los niños y niñas menores de 3 años recibieron lactancia materna, sin diferencias estadísticamente significativas entre la región, etnia, sexo. En cuanto al inicio de la lactancia materna en el primer día de nacido, el 17,6 % de las madres presentaron esta práctica, siendo ésta 1,4 veces más frecuente en la cabecera comparada con el resto. El 9,8 % de las madres reportaron empezar a lactar después del primer día.

En cuanto a la información sobre lactancia materna el 78,7% de las mujeres recibieron información relacionada con esta práctica durante la gestación, los mejores resultados se presentaron en el cuartil de riqueza alto (85,4%) frente al cuartil más bajo (70,5 %). Los resultados fueron similares frente al porcentaje de mujeres que recibieron información relacionada con lactancia materna durante la estancia hospitalaria, con un reporte nacional del 74,4 %.

El inicio temprano de la lactancia materna en la primera hora de nacido, que está relacionada con la reducción del riesgo de morbilidad y mortalidad neonatal en países de bajos y medianos ingresos, evidencia un aumento en esta práctica para Colombia. El 72,6% de las madres iniciaron la lactancia materna en la primera hora de nacido (2015), con un incremento de 16 puntos porcentuales con respecto al dato del 2010 (56.6%).

Dieta mínima aceptable

La evidencia demuestra que las prácticas óptimas de alimentación del lactante y del niño pequeño, se sitúan entre las intervenciones con mayor efectividad para mejorar la salud de la niñez (Organización Mundial de la Salud. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño: conclusiones de la reunión de consenso llevada a cabo del 6 al 8 de noviembre de 2007 en Washington, DC, EE.UU. 2009.)

La dieta mínima aceptable, indicador que combina la diversidad dietaria mínima y la frecuencia alimentaria mínima, permite evaluar la calidad de las dietas que están recibiendo los niños y niñas de 6 a 23 meses de edad. Esta medición evidenció que, a nivel nacional, solo el 36,5 % de niños y niñas de 6 a 23 meses tenía una alimentación complementaria que cumpliera con un consumo mínimo de un grupo alimentos (4 de 7 grupos) así como con un número mínimo de veces. En el análisis por variables de equidad no se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre niños y niñas, ni entre afrodescendientes y la categoría sin pertenencia étnica.

Sin embargo, si hubo diferencias significativas entre niños y niñas sin pertenencia étnica presentaron (37,4 %) y los indígenas (24,7%). En el cuartil de riqueza alto se presentó mayor proporción (46,9 %) en comparación con el cuartil más bajo (29,4 %), por lo tanto, los individuos en el cuartil alto tenían una dieta mínima aceptable que es 1,6 veces la de los individuos ubicados en el cuartil más bajo. En Bogotá el 49,5 % de los niños y niñas de 6 a 23 meses de edad contaban con una dieta mínima aceptable, cifra significativamente diferente a la región Atlántica que presentó la cifra más baja (30,2%) (ENSIN 2015).

Ingesta de alimentos mínimamente procesados:

El cambio alimentario es un proceso de transformación social que se da en un contexto ambiental, político y económico en el que las personas configuran su alimentación a partir de la interacción entre prácticas alimentarias tradicionales y nuevos comportamientos propios de la globalización, donde juegan un gran papel los medios de comunicación, las nuevas tecnologías y la industria de alimentos. Se ha evidenciado en las modificaciones en los patrones alimentarios, substituyéndose la alimentación tradicional basada en alimentos naturales por alimentos procesados con alto contenido calórico y bajo valor nutricional.

En el año 2015, en Colombia, la ingesta energética media diaria de todos los alimentos y bebidas fue de 1.947 kcal. Los alimentos naturales o mínimamente procesados representaron el 59,2% de la ingesta energética total, cifra menor a la encontrada en 2005 que fue de 63,3%. Esta disminución en el consumo, se presentó en casi todos los subgrupos de alimentos, siendo mayor en el grupo de cereales, plátanos, raíces y tubérculos (-4,2) (Cediel G, Gaitán D, Cadena E, Vallejo P, Da Silva F.

Tendencia en el consumo de productos comestibles ultra-procesados en Colombia entre los años 2005 y 2015.

Retraso en talla en menores de cinco años

El retraso en talla es un indicador del estado nutricional que en gran medida se relaciona con el nivel de desarrollo de un país. Su presencia en los menores de cinco años puede representar para los países hasta un 11,0 % del Producto Interno Bruto (PIB) en términos de salarios más bajos y de pérdida de productividad económica de la población que lo padece por la afectación de su desarrollo cognitivo. Tiene consecuencias negativas que influyen en diferentes dimensiones de la vida, como la educación, provocando un menor rendimiento escolar y un incremento o profundización de la pobreza.

En Colombia, según la ENSIN, entre 1990 y 2015 este indicador descendió 15,3 puntos porcentuales pasando de una prevalencia de 26,1 a 10,8 respectivamente, se encontró que el retraso en talla resulta más común entre los grupos étnicos con una prevalencia de 29,6 para indígenas y en afrodescendientes de 7,1 reflejando las brechas sociales y de condiciones socioeconómicas de estos grupos en Colombia. Para 2015, la prevalencia de retraso en talla en el área rural fue de 15,4 mientras que en el área urbana 9,0. Así mismo, en Vaupés (27,0), La Guajira (26,1), Guainía (18,1), Amazonas (16,6), y Chocó (13,4) el retraso en talla supera el indicador nacional. Además, en los niños es 12,1, estando así, 3 puntos porcentuales más alto que las niñas (9,5). Según el quintil de riqueza la mayor prevalencia está en el más bajo con un 14,2.

Mortalidad por o asociada a desnutrición en niños y niñas menores de 5 años

La desnutrición ha sido causante de muertes en niños y niñas menores de cinco años en el país. Durante el periodo de 2010 a 2020 se produjeron 3.472 muertes en menores de 5 años, para un promedio anual de 316 muertes, con una desviación estándar de 43 defunciones. De acuerdo con la tasa de mortalidad por desnutrición reportada por el Ministerio de Salud y Protección Social (con población Censo 2018), entre 2010 y 2015, el este evento mantiene una tendencia hacia la disminución, sin embargo, en 2016 se evidencia que la tasa aumenta alcanzando un valor de 9,52. De acuerdo con el último dato disponible, para el 2020 la tasa fue de 6,75, la menor en los últimos 3 años.

Exceso de peso

En la primera infancia, Colombia presenta un comportamiento con tendencia al aumento del exceso de peso, en 2015 fue de 6,4, siendo 1,5 pp más alto que en 2005. Los niños (7,5 %) presentaron mayor prevalencia comparados con las niñas (5,1 %). La mayor prevalencia se presentó en la región Central (7,6%) y en los índices de riqueza medio y alto.

En los niños de 5 a 12 años, el exceso de peso se incrementó, al pasar de 18,8 % en 2010 a 24,4 % en 2015. La mayor prevalencia de exceso de peso en este grupo de edad se presentó entre los que no tenían pertenencia étnica y en los afrodescendientes comparados con los indígenas (25,4 % vs. 20,8 % vs. 14,4 %). En Bogotá se presentó la mayor prevalencia y en la región Atlántica la menor.

El exceso de peso en los adolescentes colombianos se incrementó al pasar de 15,5 % en la ENSIN 2010 a 17,9 % en la ENSIN 2015. Por sexo, se pueden observar diferencias de 6,3 p.p., con mayor proporción de exceso de peso en las mujeres adolescentes (21,1 %). La región Orinoquía- Amazonia es la que presenta la mayor prevalencia (25,3%).

La prevalencia de exceso de peso en los adultos fue de 56,5% en 2015, siendo 18,7% la prevalencia de obesidad, que es mayor en las mujeres y en la población afrodescendiente. El sobrepeso fue similar en hombres (38,4 %) y en mujeres (37,2 %), así mismo, fue superior en los hogares con cuartiles de riqueza alto (40,5 %) comparado con el más bajo.

Con relación a la obesidad, de acuerdo a la ENSIN 2015, se evidenció que casi uno de cada cinco adultos tenía obesidad (18,7 %), siendo más frecuente en las mujeres (22,4 %) que en los hombres (14,4 %). Las regiones de Orinoquía - Amazonia (21,8 %), Pacífica (21,0 %), Atlántica (19,9 %) fueron las que presentaron mayores prevalencias de obesidad. Por concentración de población se presentan diferencias significativas entre las estimaciones de la obesidad en la población del área cabecera (19,5%) comparada con el área rural (15,9%), además presenta una diferencia absoluta de 3,5 por quintil de riqueza (20,5%) con respecto al quintil más bajo de riqueza (16,8%).

análisis de diferencias relativas se encontró que 14 departamentos están por encima del promedio nacional.

2.8. Fumadores adultos actuales

En adultos, se procesaron los últimos datos disponibles y desagregados por departamento de la prevalencia de consumo de cigarrillo de la Encuesta Nacional de Salud (2007). La prevalencia de consumo de cigarrillo actual, es decir, aquella reportada ocurriendo en el momento de la encuesta, fue de 12,8%.

No se calcularon tendencias por quintiles según estratificadores sociales ni se realizó el análisis de desigualdad porque los datos de consumo de sustancias psicoactivas provienen de dos encuestas nacionales transversales que se realizaron en 2007 (ENDS) o 2016 (Encuesta de consumo de PSA en escolares), por tanto, solo se analizó el dato de la prevalencia y las diferencias relativas.

La tendencia de la prevalencia del consumo de tabaco tuvo un comportamiento al descenso entre 2008 y 2019, según los datos del Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas, aplicado en los años 2008, 2013 y 2019. La prevalencia nacional según el último dato es de 9,75% para población entre 12 y 64 años.

2.9. Sucedáneos e imitadores (Cigarrillos electrónicos)

No se calcularon tendencias por quintiles según estratificación social, ni se realizó el análisis de desigualdad porque al tratarse de productos nuevos, no fueron abordados hasta la última medición en 2019.

Estos productos emergentes, sucedáneos e imitadores de tabaco se vienen masificando en los últimos años en el país, los datos de prevalencia de consumo solo se midieron según la Encuesta de consumo de sustancias psicoactivas de 2019, con una prevalencia de 0,67% para población entre 12 y 64 años. Encontrando cifras importantes de consumo en población entre 12 y 24 años. Se cuenta con datos importantes sobre la experiencia en el uso de cigarrillos electrónicos donde el 15,4% de los escolares entre 13 y 15 años reportó haberlos probado, según la Encuesta Nacional de Tabaquismo en Jóvenes de 2017.

2.10. Actividad física

De acuerdo con los datos de la ENSIN 2015, en Colombia, el 31,1% de las personas entre 6 y 12 años cumplen con las recomendaciones de actividad física. En niños, la prevalencia en el cumplimiento de las recomendaciones de actividad física a través del juego activo es de 35,8% en contraste al cumplimiento de las niñas que es tan solo del 26,0%.

El 13,4% de los adolescentes entre los 13 y 17 años de edad cumple con la recomendación de realizar actividad física moderada a vigorosa durante 60 minutos al día. Para este momento de curso de vida, los hombres tuvieron una prevalencia de 18,7% y las mujeres 7,6%. Adicionalmente se observa una diferencia entre el área rural y la urbana con un cumplimiento del 14,4% y 13% respectivamente, con una diferencia de 1,4 p.p. En el escenario por etnias en Afrodescendientes (17,1%) acogen en mayor porcentaje la recomendación con respecto a los indígenas (12,9%). Ahora bien, según el quintil de riqueza los datos muestran que en el bajo alcanza 15,5% mientras en el alto 10,2% marcando una diferencia considerable de 5,3 p.p. Las regiones que muestran valores por debajo del valor nacional del cumplimiento en la recomendación corresponden a la Central (11,6%) y la oriental (12,7%).

2.11. Violencia

2.11.1. Violencia contra niños, niñas y adolescentes

La violencia contra niños, niñas y adolescentes ha presentado un incremento en la tasa de incidencia desde el año 2016 (67,2 a 73,7 casos notificados por cada 100.000 en 2017 y 2018, respectivamente). Las tasas más altas respecto del promedio nacional se encuentran en los departamentos de Tolima, Cundinamarca, Casanare, Meta y Arauca. Estas diferencias relativas fueron superiores a 1.5 puntos en el valor de la tasa estadísticamente significativas para los departamentos mencionados. El entendimiento de este evento ha incrementado en la última década

Cabe señalar, que la medición de la obesidad abdominal predice el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares y metabólicas en la población adulta en Colombia. La tendencia de la brecha de desigualdad por área de residencia muestra que la desigualdad para la obesidad se ha mantenido a través del tiempo.

Anemia

De acuerdo con la ENSIN 2015, la prevalencia por anemia en la primera infancia en el país es de 24,7%, lo que representa una disminución de 2,8 p.p. con relación a la prevalencia en 2010; sin embargo, sigue siendo preocupante la alta prevalencia de anemia en los niños y niñas de 6 a 11 meses. En área urbana fue de 24,1% y en el área rural fue de 26,1%. Por grupo étnico los pueblos indígenas (34,0%) y las personas afrodescendientes (33,0%) son los que se ven más afectados por este problema de salud pública. La anemia es más frecuente en el quintil de riqueza bajo (26,8%) comparado con el quintil alto de riqueza (19,2%), para una diferencia de ocho puntos porcentuales.

2.6.2. Inocuidad de los alimentos

Enfermedades Transmitidas por Alimentos – ETA

Las ETA constituyen un importante problema de salud pública debido al incremento en su ocurrencia, el surgimiento de nuevas formas de transmisión, la aparición de grupos poblacionales vulnerables, el aumento de la resistencia de los patógenos a los compuestos antimicrobianos y el impacto socioeconómico que ocasionan. De acuerdo con la OMS, estas enfermedades afectaron a 600 millones de personas y causaron 420.000 muertes prematuras en 2010. La carga mundial de ETA es comparable con las principales enfermedades infecciosas: VIH/sida, paludismo y tuberculosis.

La carga mundial de ETA es de 33 millones de años de vida ajustados por discapacidad, y el 40% de esa carga afectó a niños menores de cinco años de edad. Según un estudio del Banco Mundial en 2018, el impacto de los alimentos insalubres cuesta a las economías de ingreso bajo e ingreso mediano alrededor de USD 110.000 millones anuales en pérdida de productividad y gastos médicos. Adicionalmente, una mejor gestión de la inocuidad de los alimentos también contribuiría de manera significativa al logro de varios de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en particular aquellos relacionados con la pobreza, el hambre y el bienestar.

Durante el 2019 se notificaron 1.135 brotes de ETA a nivel nacional, y luego del proceso de depuración de los brotes notificados al SIVIGILA, se analizaron 1.010 brotes de ETA, que afectaron a 11.482 personas, el 55,7 % de los brotes se concentró en cinco entidades territoriales: Antioquia con el 23,1 % (2 651), el 13,7 % en el Valle del Cauca (1 569), Bogotá 9,5 % (1 092), Magdalena 4,8 % (546) y Nariño 4,7 % (541), lo que implica que en los demás departamentos puede estarse presentando un bajo nivel de notificación y por ende, un alto subregistro.

2.7. Último consumo de alcohol en escolares y último consumo cualquier sustancia ilícita

Para este indicador se procesaron los resultados de La Encuesta Nacional de Sustancias Psicoactivas en Escolares (2016). En esta encuesta se encontró que 15,9% de los niños encuestados reportaron haber consumido cualquier sustancia ilícita alguna vez en la vida. Entre otros indicadores, uno de los hallazgos fue que el consumo incrementa sistemática y significativamente con la edad.

En niños desde el grado séptimo se encontró una prevalencia de 10,7% en este indicador y para el grado once este fue de 21,2%. Para el presente estudio, se procesó el indicador de prevalencia de consumo de cualquier sustancia ilícita en el último año, la cual fue de 11% en el grupo de 12 a 18 años. Se observó que la mayoría de los departamentos del suroriente y suroccidente del país se encuentran sobre el promedio nacional en este indicador y que en los departamentos de Antioquia, Caldas y Risaralda esta diferencia fue significativa. En contraste, el departamento del Chocó fue el único de los departamentos con promedios por debajo del nacional en el que esta diferencia fue estadísticamente significativa.

En cuanto al consumo de alcohol, la Encuesta Nacional de Sustancias Psicoactivas en Escolares (2016) reportó que la prevalencia de vida del consumo de alcohol fue de 69,2% mientras que la prevalencia para este consumo en el último mes fue de 37%. Para este estudio se incluyó el indicador en la población entre 12 a 18 el cual fue del 26%. La prevalencia promedio nacional fue de 37% y en general se encontraron prevalencias por encima de 25% en todos los departamentos del país. En el

y las definiciones, así como los instrumentos para captar la información, han sido cada vez más refinados. Esto podría explicar el incremento marcado desde 2016.

Según el estudio de la desigualdad por años promedio de educación y PIB per cápita, se observa que en la violencia contra niños, niñas y adolescentes hay una clara brecha entre los quintiles con mayor ventaja educativa y de ingreso que presentan altas tasas de incidencia a través de los años, que aquella población en el quintil con menor ventaja en educación e ingreso. Esta brecha es más visible cuando se analizan los años promedio de educación y a la luz de lo mencionado para el análisis de la tendencia por quintiles, esto refuerza la hipótesis de la mayor sensibilización poblacional con el tema que puede incrementar el reporte.

2.11.2. Violencia de género e intrafamiliar

La tasa de incidencia de violencia de género e intrafamiliar muestra disminución entre el año 2016 (158 x 100.000 hab.) hasta el 2019 (156 x 100.000 hab). La mayor tasa respecto de la tasa nacional se presentó en los departamentos de Tolima, Cundinamarca, Arauca, Meta y Casanare, Amazonas y Bogotá D.C. con diferencias relativas mayores a 1.3 y estadísticamente significativas.

El análisis de la desigualdad en el periodo de observación según promedio de años de educación y PIB per cápita tuvo un comportamiento similar que los que tuvo para los otros indicadores de violencia, mostrando distancias amplias entre quintiles bajos y altos. Las mayores tasas de incidencia de violencia de género e intrafamiliar se presentaron entre población con mayor ingreso y educación, lo cual es más visible cuando se estratifica por años promedio de educación.

2.11.3. Violencia interpersonal

La violencia interpersonal entre 2015 a 2019 ha mostrado tendencia a la disminución, desde 263 casos por cada 100.000 habitantes en 2015 con un decrecimiento a 234 casos por 100.000 habitantes en 2017 y una posterior estabilización del indicador a 2019 (233 casos por 100.000 habitantes).

Al analizar cómo se comportó la tasa de incidencia interpersonal con respecto a la tasa nacional en 2019, se evidencia que Tolima, el Archipiélago de San Andrés D.T. y Bogotá D.C. muestran las tasas de incidencia más elevadas y estadísticamente significativas con respecto a la tasa nacional. En general, estos departamentos han mostrado también una tendencia al aumento de casos entre 2015 a 2019.

Aunque en general la tasa de incidencia de violencia interpersonal ha disminuido entre 2018 a 2015, la distancia entre los quintiles superiores e inferiores según educación e ingreso es amplia. Se muestra que, al igual que con los otros indicadores de violencia estudiados, el quintil más educado y con mayor ingreso tiene las tasas más altas y que incluso para varios años de seguimiento, los quintiles medios y cuartos tienen un comportamiento similar en ambos estratificadores.

2.12. Accidentes de transporte terrestre

Según, la Agencia Nacional de Seguridad Vial "más de 1,3 millones de personas mueren en las carreteras del mundo cada año y decenas de millones resultan gravemente heridas".

Al analizar las tasas de mortalidad por accidentes de transporte terrestre, podemos identificar que, entre el 2012 al 2019, han incrementado el número de muertes por accidentes de transporte terrestre, pasando de una tasa de 1,93 a 2,24 por 1.000 habitantes. En 2019, la tasa de mortalidad por accidentes de transporte terrestre en hombres es de 1,75 veces más alta que en las mujeres.

El estudio de la desigualdad evidencia que los departamentos que componen el cuarto quintil más rico (medido a través del PIB per cápita) experimenta más muertes por accidentes de transporte terrestre que los departamentos más pobres. De igual manera, son más frecuentes en los departamentos que componen el quintil más educación (años promedio de escolaridad en personas mayores de 15 años) que en los menos educados.

<p>2.13. Condiciones laborales</p> <p>2.13.1. Accidente laboral</p> <p>El Sistema General de Riesgos Laborales (SGRL) ha monitorizado la implementación de estrategias que promuevan entornos laborales saludables y una cultura de seguridad y salud en el trabajo. Con variaciones en las fuentes de información a lo largo del seguimiento de 25 años, el SGRL ha monitorizado tres indicadores: la tasa de incidencia de accidentes calificados como laborales, la tasa de incidencia de enfermedades calificadas como laborales y las muertes calificadas por alguna de estas dos condiciones.</p> <p>En cuanto a los accidentes calificados, se encontró una tendencia fluctuante, pero en general hacia el incremento, en particular desde el año 2004. Mientras en 1994 la tasa de accidentalidad laboral fue de 3,7 por 100, al final del periodo de observación esta tasa fue de 5,9 por 100 (2019). Las mayores tasas de incidencia en los 25 años de observación se presentaron en 2014 (7,6 x 100), seguido por 2012 (7,53 x100) y 2015 (7,49). En el estudio de las diferencias del indicador respecto del nacional se encontró que Antioquia y Magdalena se encontraban con las tasas más altas del país.</p> <p>Para este indicador solo se evaluó el año 2018. Para la desigualdad en términos de años promedio de educación e ingreso se encontró que existe una gran brecha entre la accidentalidad laboral entre la población con mayor ingreso y mayor educación y aquellos en el quintil mediano.</p> <p>2.13.2. Enfermedad laboral</p> <p>La tasa de incidencia de enfermedad laboral calificada tuvo un comportamiento estable en el indicador entre 1994 y 2014 (22,8 por 100.000). A partir de este año la tendencia de indicador fue hacia un incremento marcado que para el año 2010 alcanzó el máximo valor dentro de los 25 años de observación (137,8 por 100.000). Posteriormente, con algunas fluctuaciones en 2012 y 2014, la tendencia ha sido a la disminución del indicador. Valle del Cauca, Cundinamarca y Atlántico muestran diferencias significativas con respecto al indicador en el nivel nacional ubicándose por encima del valor nacional.</p> <p>A diferencia de la accidentalidad laboral, en el estudio de la desigualdad en enfermedad laboral por PIB per cápita y educación, se observa que las mayores tasas se encuentran en el quintil más educado y con mayor ingreso, además, la distancia con el quintil más bajo es amplia.</p> <p>Esta desigualdad podría explicarse por mayor acceso a diagnóstico y seguimiento de la enfermedad. En este sentido, nótese también el mayor tamaño de población que se grafica para los quintiles superiores comparada con la del quintil más bajo, lo que podría estar indicando una menor visibilidad o cobertura en el SGRL para este quintil. No obstante, el tipo de enfermedad puede estar relacionada con el tipo de trabajo y habilidades que son diferenciales por clase social, que llevan a la instauración de condiciones crónicas en un grupo más que el otro. Para aumentar la comprensión de este fenómeno, debe analizarse con más detalle cuáles son las enfermedades más frecuentes que podrían estar explicando las tasas incrementadas en población con mayor ingreso y educación.</p> <p>2.13.3. Muerte por enfermedad y accidente laboral</p> <p>En contraste con los indicadores anteriores, la tendencia de la mortalidad por accidente o enfermedad laboral ha presentado una tendencia a la disminución. La mayor tasa de muerte se presentó en 1997 y 1998 (23 x 100.000 ambos periodos) en los 25 años de seguimiento, mientras que la mayor tasa de la última década se reportó en el año 2013 (8,9 x 100.000 ambos años). Al comparar la tasa de mortalidad por departamento con la tasa de mortalidad nacional, se encuentra que Caquetá y Boyacá se encuentran muy por encima del nivel nacional y estas diferencias son estadísticamente significativas en el año 2019. Los departamentos del sur oriente del país no cuentan con dato para este indicador.</p> <p>Existe una gran desigualdad en la tasa de muerte ocasionada por accidente laboral o por enfermedad laboral con menores tasas para los quintiles con mayor ingreso y mayor educación que para el resto de los quintiles. En particular, cuando se explora la desigualdad según los años promedio de educación, es más visible la distancia entre los quintiles medianos a bajo y el quintil superior.</p>	<p>2.14. Condiciones ambientales</p> <p>Los patrones de producción, energía, consumo, extracción, y también como lo ha evidenciado y reiterado la pandemia por el COVID-19, por la relación intrínseca entre la salud y la naturaleza (WHO, 2021), donde el desarrollo de actividades productivas, el incremento de la población que demanda mayor prestación de bienes y servicios como el transporte, el comercio, la industria y la tecnología, causan alteraciones en el ambiente conllevando a la degradación de recursos naturales como el agua, el aire, el suelo, la biodiversidad entre otros componentes ambientales, generando pérdida y desequilibrio en los ecosistemas, y efectos en el bienestar y la salud de las personas, siendo hechos que difícilmente pueden revertirse.</p> <p>Esto se contrasta con la evidencia, donde para Colombia, la carga de enfermedad atribuida a factores ambientales a 2019 representa el 9,6% del total de la mortalidad del país con 23.619 fallecidos (IHME-GBD, 2021), mientras para 2016 la carga por factores ambientales fue del 8% con 17.549 muertes, donde las mayo-res pérdidas de vida saludable se deben a:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ La contaminación del aire, la cual ocasionó el 13,9% de la mortalidad por enfermedad isquémica, y el 17,6 % por EPOC.✓ La contaminación del agua la cual generó el 71,6% de la mortalidad por enfermedad diarreica.✓ Exposiciones a contaminantes químicos (INS, 2018) (Política Integral de Salud Ambiental – PISA, 2022) <p>2.14.1. Calidad del aire (material particulado, PM10)</p> <p>Se observa el promedio en la concentración de material particulado de 10 micras en un periodo de 7 años, el cual se calculó a partir de los registros anuales de las estaciones de monitoreo que tenían datos completos para 2012, 2016 y 2019. Se presenta también el referente normativo de 30 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ proyectado al año 2030 según se encuentra estipulado en la Resolución 2254 de 2017.</p> <p>Se observa que el promedio de PM10 en la mayoría de las estaciones se encuentra por encima del referente normativo proyectado a 2030. La estación con mayor PM10 promedio es la de Acopi, localizada en la zona industrial de Yumbo, Valle del Cauca, seguida por la estación Carvajal Sevillana de Bogotá, la estación Medellín Alta en Antioquia, la estación Kennedy en Bogotá y la estación la Jagua Vía en el municipio la Jagua de Ibirico, César. En contraste, la estación con menor promedio fue la estación en la Cuenca Río Risaralda en el municipio de la Virginia, Risaralda.</p> <p>En cuanto a las variaciones anuales en la concentración de PM10 por cada estación, se observa que la mayoría de estas han presentado concentraciones por encima del referente normativo proyectado para 2030 en los tres años de observación. Las tres estaciones con concentraciones más altas y consistentemente los tres años por encima de este referente son las mismas comentadas antes con el mayor promedio: Acopi, localizada en la zona industrial de Yumbo, Valle del Cauca, seguida por la estación Carvajal Sevillana de Bogotá. En particular, la estación de Acopi presenta concentraciones de PM10 por encima de 75 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ en los tres años observados. Las estaciones con concentraciones por debajo del referente normativo durante los tres años son la estación en la Cuenca Río Risaralda, en el municipio de la Virginia, Risaralda; seguida por la estación Sol y Sombra, en el municipio de Albania, y las estaciones Escuela y Huarurapay en el municipio de Uribe, La Guajira.</p> <p>3. Desempeño del Sistema De Salud</p> <p>Actualmente, Colombia adoptó el esquema del sistema basado en el aseguramiento, al estilo "Bismarckiano" (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021), el cual está conformado por 4 tipos de regímenes: 1) Régimen Contributivo, básicamente, consiste en que las personas con vinculación laboral formal o con capacidad de pago, aportan a la seguridad social. 2) Régimen Subsidiado, dispuesto para la población más pobre y vulnerable (Congreso de la República, 1993), sin capacidad de pago para cubrir el monto de la cotización 3) Régimen Especial, para trabajadores vinculados a instituciones a las que se refiere el artículo 33 de la Ley 60 de 1993 y 4) Régimen de Excepción, según el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, aplica para los miembros de las Fuerzas Militares y Policía Nacional, o al personal regido por el Decreto Ley 1214 de 1990, los cuales no están incluidos en el SGSSS (Congreso de la República, 1993). Este esquema ha logrado que la cobertura en el aseguramiento, para el año 2021, sea del 99% de la población (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).</p>
<p>Así mismo, logró un punto muy alto de la equidad, debido a que, a partir del 18 de septiembre de 2001, la Ley 691, reglamentó la participación de los Grupos Étnicos en el SGSSS y el 01 de julio de 2012, por medio del Acuerdo 029 de 2011, unificó el Plan Obligatorio de Salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012), permitiendo acceder al mismo paquete de servicios para la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías. (Congreso de la República, 1993), tanto a los afiliados del régimen contributivo como del régimen subsidiado.</p> <p>3.1. Cobertura de afiliación del SGSSS</p> <p>Según la información dispuesta en el Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO), entre 2013 y 2020, la cobertura de afiliación se incrementó para las mujeres 2,48 p.p. y 5,44 p.p. para los hombres, observándose que no hay casi desigualdad por sexo para 2020, y un cierre casi total de la brecha que venía a través del tiempo. Para diciembre de 2020 la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) dispuestos en el cubo BDU de SISPRO, el 97,9% de la población del país (sin contar afiliados de Fuerzas Militares y Policía Nacional) se encontraba afiliada al SGSSS. El porcentaje de afiliados al régimen subsidiado (47,7%) es similar al de afiliados al régimen contributivo (46,2%).</p> <p>Existe baja afiliación de la población habitante de la calle al SGSSS, con relación al promedio de población general afiliada a nivel nacional. Según el diagnóstico de 2016, el 70% de la población identificada en las bases de datos que reportaron las cinco ciudades con mayor número de personas habitantes de la calle estaba afiliada en salud, en contraste con la afiliación del 94.66% de la población general en 2018.</p> <p>La Encuesta Multipropósito de Bogotá en el 2014 reportó que 19.6% de personas bisexuales y 10% de homosexuales no se encuentran afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Se estimó que alrededor del 54.9% de homosexuales y el 28.7% de bisexuales pertenecían al régimen subsidiado. En contraposición, las afiliaciones al régimen contributivo correspondieron al 43.1% en personas homosexuales y al 70.2% en personas bisexuales. Estas cifras en comparación al porcentaje de afiliación de la población colombiana en general al régimen contributivo (75.7%) son bajas, principalmente en el caso de las personas homosexuales (Rincón y Paéz, 2017).</p> <p>A corte de junio de 2021 el 95% (7.328.219) de la población VCA se encuentra afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), de ellos la mayoría pertenece al régimen subsidiado, un cuarto al régimen contributivo y un mínimo porcentaje a régimen especial.</p> <p>Como garante del acceso a la atención en salud, la cobertura de afiliación en el caso de la población indígenas para 2018 muestra un total de 1.565.117 afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud que equivale al 82,1%, con una diferencia de 15,4 puntos porcentuales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020). Para la Población NARP su cobertura de afiliación (94,6%) presenta un rezago de 0,4 puntos porcentuales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020). En los Rrom había un total de 1.479 afiliados, lo cual equivale al 55,8% se observa diferencia de 41,5 puntos porcentuales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020)</p> <p>3.2. Talento humano</p> <p>De acuerdo, a los datos del Observatorio de Talento Humano en Salud, (OTHS) de MINSALUD, en Colombia, el número estimado de profesionales de salud para 2017 fue 323.039, lo cual indica que hubo 76.235 profesionales de salud más que en 2011, cuando se estimaron 246.804. De la misma forma, otros niveles de talento humano en salud analizados por el observatorio entre 2011 y 2017 como auxiliares, técnicos profesionales y tecnólogos también mostraron una clara tendencia al aumento. En el caso de auxiliares, se pasó de contar con 179.077 en 2011 a tener 311.984 en 2017, es decir 132.907 auxiliares más entre el inicio y el fin del periodo descrito; en relación con los técnicos profesionales, se pasó de 196 a 668 entre los mismos años; y finalmente, los tecnólogos estimados en 2011 fueron 10.539 y para 2017 su número se incrementó hasta 30.921, aumentando en 20.382 personas más formadas con este perfil dentro del talento humano en salud para el periodo en cuestión.</p>	<p>3.3. Infraestructura</p> <p>El Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) a diciembre de 2021, mostró 20.015 Instituciones Prestadoras de Salud (IPS). El 18,1% (3.625) tenían carácter público, el 81,6% (16.330) privado y mixtas el 0,3% (60). Los territorios de Bogotá D.C (14,9%), Antioquia (10,7%), Valle del Cauca (9,5%), Atlántico (6,1%), Santander (5,4%), Bolívar (5,0%) y Córdoba (4,3%), fueron los que mayor proporción de IPS registraron. Arauca, Putumayo, Caquetá, Vaupés, Guaviare, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Amazonas, Guainía y Vichada tuvieron proporciones inferiores al 1,0%. Se observa, que las IPS están concentradas en los departamentos con mayor densidad poblacional y desarrollo urbano.</p> <p>3.4. Acceso a servicios básicos de salud</p> <p>Uno de los aspectos a destacar sobre la situación de pobreza de los campesinos en Colombia está relacionado con el acceso a salud. Conforme a los resultados de la ECV, el 9,3% de los hogares campesinos no están asegurados (DANE, 2020b) y el 6,3% presentan alguna barrera de acceso a servicios de salud. A nivel territorial, los departamentos Guaviare y la Guajira presentan las menores tasas de aseguramiento (89.1% y 83.3%, respectivamente), mientras que en Vaupés la tasa de aseguramiento es del 99.1% y en San Andrés es del 100%. (DANE, 2020b).</p> <p>Así mismo, se encuentran importantes barreras presentes en el acceso a la salud por parte de los campesinos. De acuerdo con la información consultada, se encuentra que cerca del 38% de las personas consideran que su derecho a la salud ha sido vulnerado de alguna manera (DANE, 2020a) en la que se encuentran diferencias importantes, principalmente, cuando se compara con el acceso a servicios en zonas urbanas: La cobertura en atención prenatal¹⁴ en zonas rurales es más baja con relación a las ciudades en las que existe una brecha de 9 puntos porcentuales (81.3% y 90.3%, respectivamente) (Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS], 2018); la concentración de profesionales en salud en zonas rurales es baja ya que mientras en las zonas urbanas hay una densidad estimada de 102 profesionales por cada 10,000 habitantes en la ruralidad llega a 63.1 por cada 10,000 habitantes (MSPS, 2018) y finalmente, las deficiencias en infraestructura y dotación en las que zonas rurales presentan mayores requerimientos para una atención de calidad en comparación con sus pares urbanos (MSPS, 2018).</p> <p>Por otra parte, aunado a las barreras para el acceso a servicios de salud se encuentra una imagen desfavorable sobre la institucionalidad que involucra la prestación de estos servicios. La salud es señalada por la población campesina como la principal fuente para cometer actos de corrupción: El 55.4% de los campesinos en el territorio nacional señalan la salud como el aspecto en donde más se cometen actos de corrupción siendo regiones como oriental (61.8%), Cauca (57.2%) y Pacífica (55.8%) las de mayor incidencia y percepción negativa hacia áreas relacionadas a la salud (DANE, 2020a).</p> <p>En relación con Discapacidad los espacios en los que las personas encuentran mayores barreras de acceso y movilidad son los vehículos de transporte público -32%, los parques -25% y los paraderos 22%. Con relación al acceso a centros de salud, el 17% de las personas registradas manifestó encontrar alguna barrera.</p> <p>A pesar del bajo número de personas con discapacidad que manifestaron afrontar barreras de accesos en salud, apenas el 47% asiste a servicios de rehabilitación. Dentro de las razones por las cuales no asisten a servicios de rehabilitación se encuentran falta de dinero para asistir a las sesiones y desconocimiento o falta de información sobre los servicios de rehabilitación.</p> <p>En promedio 723 mil personas con discapacidad usaron anualmente los servicios de salud entre el 2009 y el 2021. En total durante 2020, el 85% de la población en el RLCPD ha recibido alguna atención en salud.</p> <p>Tanto en las personas con discapacidad como en la población total, prevalecen enfermedades del sistema digestivo; del sistema circulatorio y el sistema osteomuscular. Dentro de los 10 primeros diagnósticos se observa en la población discapacitada una mayor prevalencia de enfermedades del sistema circulatorio, respecto a la población total.</p>

¹⁴ Servicios profesionales en salud prestados antes, durante y posterior del embarazo.

Para todos los grupos etarios -excepto adultos mayores- prevalecen los mismos diagnósticos que para el grueso de toda la población. Sin embargo, se presentan ciertas particularidades como lo evidencia el predominio de enfermedades mentales principalmente en hombres y en los grupos de edad correspondientes niñas y niños, y jóvenes.

Para el acceso a servicios de salud diferentes a las atenciones en urgencias o intervenciones colectivas, se requiere de la plena identificación de las personas habitantes de la calle. Aunque existen procedimientos que solucionan parcialmente esta dificultad y hacen que la identificación no sea un impedimento para la atención en salud, como lo establece la Ley 1751 de 2015, esta situación sí constituye una barrera para la atención integral, ya que, de acuerdo con los cruces de bases de datos realizados, un porcentaje considerable de habitantes de la calle no tiene disponible el documento de identificación.

El desconocimiento o el prejuicio que tiene la población sobre el ingreso a los servicios de salud, es una barrera aún más compleja, puesto que evitan ser atendidos de manera recurrente debido a que relacionan la atención con la internación. Muchas de las personas habitantes de la calle desconocen la gratuidad de los servicios de salud para ellos por su afiliación mediante listado censal en el régimen subsidiado, así como los lugares de atención.

De otra parte, es importante reconocer que pese a que el acceso a los servicios de salud puede ser determinante en la mayor prevalencia de mortalidad materna en entornos rurales, ésta también se relaciona con problemáticas que se presentan con mayor frecuencia en esta zona, como los embarazos no deseados o no planeados y la malnutrición. Que los embarazos no deseados se presenten más en la zona rural, puede deberse a falencias en la educación para la sexualidad y al menor el porcentaje de mujeres en edades reproductiva que usa métodos anticonceptivos modernos (73,6%, respecto a 76,7% en la zona urbana) (Profamilia; MinSalud, 2017).

Por otra parte, los embarazos no deseados o no planeados pueden llevar a la realización de abortos inseguros, cuyo resultado puede ser la muerte. Según Prada, Singh, Remez y Villareal (2011), la tasa de complicaciones por aborto inducido en las mujeres pobres del entorno rural es la más alta de todos los subgrupos en Colombia (53%) y la proporción de mujeres que sufren complicaciones es mayor en la región Pacífica (40%). A continuación, se describen algunos indicadores que permiten evidenciar la atención que se realiza alrededor del binomio madre-hijo.

3.4.1. Control prenatal

El promedio de controles prenatales en mujeres de 15 a 19 años en Colombia pasó de 5.4 controles prenatales en 2012 a casi 6,5 en 2014, para volver a descender en 2018 a un promedio cercano a la inicial.

Para mujeres de 15 a 49 años, durante el mismo periodo, el promedio de controles prenatales incrementó a más de 6 controles prenatales en promedio entre 2012 y 2013, para mantenerse en niveles similares hasta 2016 y descender a partir de este año, sin llegar a 2019 a los valores de base del 2012.

Con relación al porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales, se evidencia un incremento en este porcentaje de 85% en 2012 hasta 88% en 2015 y 2016, para luego descender hasta llegar en 2019 a estar por debajo del valor inicial.

En la mayoría de los departamentos ubicados en la periferia del país tuvieron menor promedio de controles prenatales en mujeres de 15 a 19 años y de 15 a 49 años, y un porcentaje menor de recién nacidos con cuatro o más controles prenatales con relación al país, respectivamente.

El análisis de equidad para estos indicadores muestra que los promedios de control prenatal en los dos grupos, 15 a 19 y 15 a 49, han sido similares a lo largo del periodo de estudio tanto para PIB per cápita como por educación. Este hallazgo es similar a lo que ocurre con el porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales. Para todos los indicadores y estratificadores, se evidencia un gradiente en el cual los quintiles más altos tienen una mayor ventaja con relación al restante, con una clara brecha al comparar el quintil.

3.4.2. Atención del parto por personal sanitario

Durante el periodo de estudio se ha alcanzado una cobertura universal en la atención del parto por personal sanitario en mujeres de 15 a 19 años. La proporción más baja para esta atención se obtuvo en 2018, siendo de 98,4%. Para 2019 la proporción de partos atendidos por personal sanitario tuvo una diferencia relativa menor con referencia al país en los departamentos de Chocó, Vichada y Vaupés. Lo mismo sucedió con Cauca y Amazonas, pero para estos dos departamentos la diferencia no fue estadísticamente significativa.

El análisis de equidad para la proporción de partos atendidos por personal sanitario en mujeres de 15 a 19 años, por años promedios de educación las proporciones son similares a lo largo del periodo de estudio, con diferencias que evidencian principalmente cuando se compara el quintil más bajo con los cuatro restantes, estas diferencias entre quintiles son más marcadas para PIB per cápita, siendo especialmente evidentes para el año 2018. Hallazgos similares se observan para este mismo indicador en el grupo de mujeres de 15 a 49 años.

3.4.3. Bajo peso al nacer

La OMS definió el peso bajo como un problema de salud pública debido sus efectos a corto y a largo plazo (Organización Mundial de la Salud, 2011). El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia reportó que globalmente al año nacen aproximadamente 20 millones de niños y niñas, de los cuales el 15-17% tienen peso bajo (Mamyrbayeva M, 2015).

Se ha estimado que cuatro millones de recién nacidos fallecen al año, de los cuales el 75% ocurren en la primera semana de vida y entre un 25 y 45% (Organización Mundial de la Salud, 2011) ocurren en el primer día de vida siendo las principales causas la infección, la prematuridad y la asfixia. (Allanson E, 2015)

Entre 2012 y 2019 el porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer en Colombia ha oscilado entre 8,8% y 9,2%, siendo 2014 el periodo en el cual se obtuvo más bajo, aumentado de manera progresiva hasta 2019 donde se observa el porcentaje más alto. Cundinamarca y Bogotá fueron las entidades territoriales con mayores diferencias relativas en el porcentaje de bajo peso al nacer en comparación a Colombia como un todo. Aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Los quintiles de mayor promedio de educación y producto interno bruto tuvieron entre 2012 y 2018 una mayor proporción de bajo peso al nacer, aunque para ninguno de los dos estratificadores se observa un gradiente claro al observar el resto de los quintiles. Las diferencias de los porcentajes entre quintiles fueron más evidentes para PIB per cápita, mientras que para años promedios de agrupación los quintiles estuvieron más agrupados.

4. Perfil Epidemiológico

A continuación, se presenta el comportamiento de eventos en salud como la morbilidad de patologías de alto costo que incluyen enfermedad renal crónica, hipertensión arterial, diabetes mellitus, virus de inmunodeficiencia humana y su transmisión materno infantil, donde se muestra su situación actual de cada una. Así mismo, se describe la atención en salud prestada a la población: migrante, habitante de calle, LGTBI y víctima; también la morbimortalidad presentada durante la pandemia a expensas del COVID-19 y se describe el comportamiento de la mortalidad materno infantil.

Por otra parte, se presenta un diagnóstico situacional de las enfermedades transmisibles y no transmisibles y salud mental, el cual se desarrolló mediante la perspectiva del modelo conceptual de los determinantes sociales de la salud, a través de un análisis de desigualdades con el uso de indicadores económicos (producto interno bruto per cápita como proxy de ingreso) y sociales (años promedio de escolaridad de 15 años y más como proxy de educación). Es importante tener en cuenta que el análisis de la mortalidad se realiza utilizando tasas crudas.

4.1. Eventos de alto costo

4.1.1. Enfermedad renal crónica - ERC

De acuerdo con los datos de la Cuenta de Alto Costo, para 2020 en Colombia había 792.372 personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social captadas con enfermedad renal crónica

en estadio entre 1 y 5, de las cuales el 42,3% (335.183) estaban clasificadas en estadio 2 o menor. Bogotá, Valle del Cauca y Antioquia son las Entidades Territoriales donde habitan el mayor número de personas con ERC, aportan el 50,7% del total de los pacientes con diagnóstico de ERC. (Cuenta de Alto Costo (CAC), 2020)

4.1.2. Hipertensión arterial - HTA

Para el año 2020 había un total 2.549.819 personas afiliadas captadas con hipertensión arterial (41,23%) por los servicios de salud, con un porcentaje de personas del régimen contributivo de 61,5% y del subsidiado de 37,4%. La captación de hipertensión arterial en personas de 18 a 69 se mantiene en aumento desde el 2018; sin embargo, aún es un valor que no impacta en la reducción de la carga de enfermedad cardiovascular. Al revisar la prevalencia de hipertensión arterial en personas de 18 a 69 años se observa que luego de un repunte que se dio en el año 2017, su tendencia se mantiene en incremento; presentando para el año 2020 una prevalencia de 9,15 por cada 100 afiliados. (Cuenta de Alto Costo (CAC), 2020)

La tendencia de la mortalidad por enfermedad hipertensiva en Colombia muestra un aumento entre 2013 y 2015, periodo en el que pasó de 15 casos por 100.000 habitantes en 2013 a 18,1 en 2015, luego de un descenso en 2016 continuó aumentando para terminar el periodo en 2019 con 18,9 casos por 100.000 habitantes.

La mortalidad por enfermedades hipertensivas durante el 2019 fue más alta en Atlántico, Magdalena, Nariño y Boyacá, con diferencias estadísticamente significativas con relación a la tasa nacional. Mientras fue significativamente más baja en Amazonas y en los departamentos de la Orinoquía exceptuando Arauca.

4.1.3. Diabetes mellitus - DM

Con corte a 2020 se reporta un leve aumento tanto en la prevalencia en servicios de salud que corresponde a 2,94 por cada 100 afiliados en personas de 18 a 69 años, como en el porcentaje de captación con un 88,91%, mientras que, para el año 2019, se encontraba una prevalencia de 2,82 y un porcentaje de captación de 75,39 por cada 100 personas afiliadas respectivamente. (Cuenta de Alto Costo (CAC), 2020)

4.1.4. Virus de inmunodeficiencia humana - VIH

Según los datos entregados por la Cuenta de Alto Costo, la incidencia reportada para el año 2020 fue de 28,76; así mismo al revisar el documento Situación VIH en Colombia, 2020 la incidencia cruda del VIH fue de 25,36 por 100.000 habitantes y al ajustarla por la edad fue de 25,15 por 100.000 habitantes. Al compararla por el sexo, se muestra una mayor incidencia en los hombres, con una incidencia ajustada de 41,42 por 100.000 habitantes. (Cuenta de Alto Costo (CAC), 2020)

De acuerdo con los datos de infección por VIH/sida reportados por el SIVIGILA, en 2020 se notificaron 13.605 nuevos casos confirmados de personas viviendo con VIH (PVV), 21,6% menos casos que lo reportado en 2019, lo que refleja las dificultades de acceso a los servicios diagnósticos que se dieron como consecuencia de la pandemia por SARS CoV-2. De acuerdo con las estimaciones realizadas a través del software *Spectrum* de ONUSIDA para Colombia, para el año 2021, el país presenta una prevalencia de VIH de 0,5% (0,4-0,7%), para población de 15 a 49 años, cifra que ha permanecido estable desde el año 2014.

Por otra parte, es pertinente señalar que Colombia tiene una epidemia de carácter concentrado en las poblaciones clave de acuerdo como han demostrado los estudios más recientes de prevalencia en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, mujeres transgénero y personas que se inyectan drogas. La mayor proporción de nuevas infecciones se da en población joven, principalmente en hombres de 20 a 34 años. Las prioridades nacionales incluyen para el periodo 2022-2025 la implementación de tecnologías como la profilaxis preexposición, el auto-test y la expansión de las actividades de prevención, diagnóstico y atención integral, particularmente hacia la población migrante. Las mayores dificultades en la respuesta nacional están dadas por los recursos limitados en salud pública, el abordaje a las poblaciones de mayor necesidad, el estigma y discriminación percibido por las poblaciones, lo que genera una barrera para el acceso a servicios de prevención.

Para el año 2021 se estimaron aproximadamente 173.000 personas viviendo con VIH en el país, de los cuales 135.000 conocían su estado serológico, 127.000 recibían tratamiento antirretroviral y 114.000 presentaron supresión viral, lo que implica que del total de personas estimadas que viven con VIH, el 78% conocía su estado serológico, de estos el 94% recibían tratamiento antirretroviral, y del total de personas que recibían tratamiento antirretroviral el 90% presentaron supresión viral

4.1.5. Transmisión materno infantil del VIH

De acuerdo con los datos reportados a través de la Estrategia Nacional para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH, sífilis, hepatitis B y la enfermedad de Chagas, en 2018, se registraron 815 mujeres en gestación con VIH, esta cifra descendió 42 casos comparada con el 2017 (857). La edad promedio fue de 26 años. La edad mínima fue de 13 años y la máxima de 46 años. En la franja de 20 a 29 años se encuentra el mayor porcentaje de gestantes, con 55,0%.

El 56,3% de las gestantes con VIH asistieron a su primer control prenatal en el primer trimestre de la gestación, observándose un incremento de 5,8 puntos porcentuales con referencia al 2017, sin embargo, la edad promedio de inicio del primer control prenatal fue de 14 semanas, es decir, en el segundo trimestre de la gestación; la mayoría de las mujeres, 49,2%, obtuvieron su diagnóstico para el VIH durante la gestación actual; un número significativo ya tenía un diagnóstico previo a la gestación, 42,5%, y una proporción relevante fue diagnosticada después del parto, 8,3%; para 2018 en las mujeres gestantes con VIH se encontró que el 88,1% (718) recibieron terapia antirretroviral.

Entre 2008 y 2018, Colombia presentó una disminución de la TMI del VIH del 70,7%, al pasar del 5,8% al 1,7% en los niños y niñas expuestos al VIH, reportados a la estrategia nacional. De los 820 niños y niñas expuestos en el 2018 el 97,4% recibió profilaxis antirretroviral y el 97,1% recibió fórmula láctea desde el nacimiento.

4.1.6. Cáncer de cuello uterino

La tendencia de la mortalidad por cáncer de cuello uterino en el país ha sido fluctuante del año 2012 a 2019. Para 2012 la tasa de mortalidad fue de 6,45 x 100.000 mujeres y para 2019 de 7,2 x 100.000 mujeres. Los departamentos con una tasa más alta para 2019 fueron Arauca y Guaviare. Ambos con una tasa mayor a la nacional (Arauca, TM: 13,66 x 100.000 mujeres; DR: 1,897; IC95: 1,12-3,22. Guaviare, TM: 12,60 x 100.000 mujeres; DR: 1,75; IC95%: 1,01-3,04). Antioquia fue el departamento con la tasa de mortalidad más baja por cáncer de cuello uterino en 2019 (TM: 4,49 x 100.000 mujeres; DR: 0,62; IC95%: 0,25-1,57). Al hacer el análisis de equidad no se encuentra un claro gradiente en la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino entre los quintiles por años promedio de educación y por producto interno bruto per cápita.

4.1.7. Cáncer mama

La tendencia de la mortalidad por cáncer de mama ha tenido una tendencia hacia el aumento de 2012 a 2019. Para el primer año la tasa de mortalidad por esta causa fue 10,55 por cada 100.000 mujeres, mientras que en 2019 fue 14,28 por cada 100.000 mujeres. Los departamentos de Atlántico y Valle del Cauca fueron los que presentaron una mayor mortalidad por esta causa en 2019 (Atlántico TM: 19,88 x 100.000 mujeres, DR: 1,39; IC95: 0,90-2,16. Valle TM: 19,00 x 100.000 mujeres, DR: 1,33; IC95: 0,85-2,09).

Para el mismo año, Chocó, Amazonas y Guainía tuvieron las tasas más bajas de mortalidad por mama y estuvieron por debajo de la tasa nacional. Siendo Amazonas el que tuvo la tasa de mortalidad más baja por esta localización de cáncer en el país (TM: 2,68 x 100.000 mujeres; DR: 0,19; IC95: 0,06-0,62). Similar a lo reportado previamente, al hacer el análisis de equidad para los dos estratificadores, se observa que en el periodo de estudio quienes estuvieron en el quintil más alto de PIB per cápita y para años promedios de educación. Tanto la brecha como las tasas más altas se observaron para los años promedios de educación.

4.1.8. Cáncer próstata

La mortalidad por cáncer de próstata ha aumentado de 2012 a 2019. Para el primer año la tasa de mortalidad por esta causa fue tasa fue de 10,87 por cada 100.000 hombres mientras para 2019 fue 14,25 por cada 100.000 hombres. En 2019, San Andrés tuvo la tasa de mortalidad más alta por esta localización de cáncer (TM: 23,20 x 100.000 hombres, DR: 1,63; IC95: 1,08-2,44). En el mismo año,

Chocó, Putumayo, Guaviare y Vichada tuvieron las tasas más bajas y por debajo de la tasa nacional. De los departamentos, Chocó tuvo la tasa de mortalidad más baja por esta localización de cáncer en Colombia (TM: 4,50 x 100.000 hombres; DR: 0,32; IC95: 0,13-0,80).

En el análisis de equidad para los dos estratificadores no se encuentra un claro gradiente en la mortalidad por cáncer de próstata, aunque tanto para PIB per cápita y como para años promedios de educación el quintil más bajo tuvo una menor mortalidad por esta localización de cáncer.

4.1.9. Cáncer pulmón

La mortalidad por cáncer de pulmón ha mostrado un descenso de 2017 a 2019, luego de una tendencia al aumento de 2012 a 2016. En 2012, la tasa fue 8,71 por 100.000 habitantes y en 2019 esta fue similar (TM 9,16 x 100.000 habitantes), luego de haber tenido su valor más alto en 2017 (TM 9,73 x 100.000 habitantes). Quindío (TM: 18,98, DR: 2,07; IC95:1,32-3,25), Risaralda (TM 17,85 x 100.000 habitantes; DR: 1,95; IC95:1,23-3,10) y Antioquia (TM 17,30 x 100.000 habitantes DR: 1,88; IC95:1,79-3,03) tuvieron las tasas de mortalidad más alta por cáncer de pulmón, por arriba de país. El mismo año, Vaupés y Vichada estuvieron por debajo de la tasa nacional. Siendo el primero de la tasa de más bajo por esta localización de cáncer (TM: 2,34; DR: 0,30; IC95: 0,09-0,97).

Similar a lo reportado para otras localizaciones de cáncer aquí analizadas, no se observa para la mortalidad por cáncer de pulmón un claro gradiente entre los dos estratificadores analizados.

4.1.10. Cáncer estómago

La tendencia de la mortalidad por cáncer de estómago muestra una tendencia al aumento de 2012 a 2019. Para 2012 la tasa fue 9,98 por cada 100.000 habitantes mientras para 2019 fue 11,00 por 100.000 habitantes. La mortalidad por esta causa en 2019 fue más alta en Quindío (TM: 21,17, DR: 1,92; IC95:1,26-2,95), estando esta tasa por arriba de la nacional. Por su parte, para el mismo año Córdoba, Chocó, La Guajira, San Andrés, Amazonas y Guainía estuvieron por debajo de la tasa nacional. Siendo Amazonas el de la tasa de mortalidad más baja por cáncer de estómago en Colombia (TM: 1,29; DR: 0,12; IC95: 0,02-0,69).

Al realizar el análisis de equidad por los estratificadores y la totalidad de los quintiles, no se logra evidenciar ninguna tendencia en la distribución de la mortalidad por cáncer de estómago entre 2012 y 2018.

4.1.11. Cáncer colon y recto

La tendencia de la mortalidad por cáncer de colon y recto en el país viene en aumento del año 2012 a 2019. Para el primer año esta tasa fue de 4,94 por cada 100.000 habitantes, mientras que para 2019 fue de 6,61 por 100.000 habitantes. Los departamentos con la tasa más alta para 2019 fueron Quindío, Risaralda y Caldas; sin embargo, solo el primero tuvo una tasa mayor que la nacional (Quindío TM: 12,05 x 100.000 habitantes; DR: 1,82; IC95%:1,036-3,21). Para el mismo año, Putumayo fue el departamento con la tasa de mortalidad más baja (TM: 0,28 x 100.000 habitantes; DR: 0,04; IC95%: 0,001-1,71).

Para los dos estratificadores, en el periodo de estudio, el quintil más alto de PIB per cápita y años promedios de educación tuvieron una mayor tasa. Sin embargo, no hay claro gradiente dada la distribución observada en los quintiles intermedios.

4.2. Morbilidad población migrante

La distribución porcentual según afiliación evidencia que el 47,8% se registró con atención como Población Pobre No Afiliada con 342.134 personas migrantes atendidas seguida del régimen contributivo con 118.907 personas (16,6%) y otro con 102.235 personas (14,3%). Colombia en el año 2020 registró un total de 643.548 personas migrantes atendidas según régimen de seguridad social en salud, es importante precisar que este dato difiere del número de personas únicas atendidas, en el entendido que existen personas que cambiaron de régimen de afiliación en periodo de tiempo analizado.

4.4.2. Mortalidad neonatal

Para el periodo de estudio, 2012-2018, la mortalidad neonatal precoz se mantuvo estable, mientras para mortalidad neonatal tardía se observa un descenso hasta 2015 con un aplanamiento a partir de este año y hasta el final del periodo en 2018. Para 2018 el Amazonas tuvo una diferencia relativa y estadísticamente significativa en la tasa de mortalidad neonatal precoz al compararlo con el resto del país como un todo.

La mayoría de los departamentos del país tuvieron una diferencia relativa en esta tasa con relación a Colombia, pero las diferencias no fueron estadísticamente significativas. Con respecto a la mortalidad neonatal tardía, si bien no hubo diferencias relativas estadísticamente. La mayoría de los departamentos de la Costa Atlántica, del sur del país y del Chocó poseen una tendencia por arriba de la tasa con respecto al país. No ha habido un claro gradiente en las tasas de mortalidad neonatal precoz y tardía, aunque estas tasas resultan en general menores para el quintil más alto de PIB per cápita.

Para la población indígena de 2009 a 2013 la tasa de mortalidad neonatal decreció en un 18 % mostrando un mejoramiento mayor en el indicador que el nacional, se observó una tendencia a la disminución de la brecha con respecto a la general (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

Los grupos étnicos que muestran las mayores tasas de mortalidad neonatal son los grupos Rrom, palenquero y raizal, dado que el valor de este indicador puede estar influenciado por el bajo denominador poblacional, por lo cual una muerte tiene una alta representatividad en estos grupos poblacionales. En este sentido, los registros muestran que las tasas de mortalidad neonatal en la población Rrom, han ido en aumento desde el 2012, alcanzando para el 2014 un total de 146.67 muertes por 1.000 nacidos vivos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020)

4.4.3. Mortalidad infantil

Entre 2012-2015 la tasa de mortalidad infantil en menores en cinco años en Colombia mostró un descenso pasando de 14,5 por 100.000 nacidos vivos a 13,2. A partir de este periodo ha tenido fluctuaciones hasta 2019, sin llegar a los valores iniciales. Con relación a la tasa de mortalidad infantil, hay un comportamiento similar entre 2012-2015, pasando de 12,1 a 11 por 100.000 nacidos vivos, con tendencia al aumento el resto periodo.

Para 2019, La Guajira, Vichada y Chocó tuvieron diferencias relativas más altas y estadísticamente significativas en su tasa de mortalidad infantil con respecto al país. Aunque con diferencias menores que estos departamentos Guainía y Vaupés también tuvieron diferencias relativas en sus tasas más altas en comparación con Colombia en general. Las tasas de mortalidad infantil en 2019 se encuentran en la mayoría de los departamentos del centro del país. En menores de 5 años las diferencias más altas y estadísticamente significativas se encontraron en Córdoba, Vichada, Vaupés, Amazonas, La Guajira y Guainía.

La tasa de mortalidad infantil ha tenido una disminución de apenas el 2,83 % en la población indígena. El mismo comportamiento se observa en la tasa de mortalidad del menor de 5 años, con reducción del 6,2 % y un aumento de la relación de las tasas de la población indígena de 1,79 veces más con respecto a la nacional en 2009 que paso a 2,11 veces más en el 2013 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). En el ASIS 2020 se observó que la tasa más alta correspondió al grupo Rrom (gitano), que para 2018 registró 28,6 muertes por cada 1.000 nacidos vivos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020)

El análisis de equidad muestra que, para el periodo de análisis (2012-2018), el quintil más alto tuvo de manera consistente una menor mortalidad. Aunque las distancias entre el quintil más alto de años promedios de educación y PIB per cápita y los restantes no fue tan marcada, como si tendió a serla frente al quintil más bajo para ambos indicadores.

4.5. Enfermedades transmisibles

Para el caso de las enfermedades transmisibles, a nivel nacional se cuenta con indicadores que muestran una distribución diferencial en los territorios, observando un comportamiento fluctuante; eventos como tuberculosis, infección respiratoria y dengue prevalecen en el ámbito urbano y la enfermedad diarreica aguda, enfermedad de Chagas, Malaria, Leishmaniasis, geohelmintiasis, las

4.3. Morbimortalidad por COVID-19

El comportamiento de la morbilidad por COVID-19, para Colombia hasta el 14 de septiembre de 2021 de la población total contagiada (7.698.627) el 46,2% está representado por los hombres (3.563.207) y 53,72% en mujeres (4.135.420). El 11,31% (870755) de los contagios se presentó en las personas de 25 a 29 años, seguido por el grupo de edad de 30 a 34 con el 10,78% (830079) y el grupo de 35 a 39 años con el 9,96% (766409).

Al observar los datos del número de casos confirmados de Covid - 19 por antecedente reportado, se identifica que los principales antecedentes que las personas contagiadas con covid presentaron fueron: tener al menos una comorbilidad con un 33,62% (1.875.389), seguido de ser Mayor de 59 años con un 16,96% (945.780) y sobrepeso y obesidad con 15,66% (873.403).

Con la información disponible de casos confirmados de Covid-19 y con el dato de estado vital muerto según RUAF-ND para los años 2020 y 2021, se evidencian 211.147 muertes por COVID-19. La mortalidad tiene alta concentración en la población de 80 años y más en donde las pirámides presentan mayor amplitud; destacando que es más amplia para el caso de los hombres en 2020, y en las mujeres para 2021.

Adicionalmente, es necesario resaltar que, además de los mayores de 80 años también hay fallecimientos importantes en personas de ambos sexos en edades productivas, principalmente a partir de los 45 años, lo que podría tener un efecto considerable en el comportamiento demográfico y socioeconómico del país, tanto presente como futuro, e implica que se deben adoptar intervenciones en salud en grupos poblacionales específicos, como por ejemplo los enfocados al cuidado de la población mayor.

4.4. Materno-infantil

4.4.1. Mortalidad materna

Las razones de mortalidad materna a 42 días y un año difieren en su tendencia para el periodo 2012-2019. La primera tuvo una tendencia al descenso hasta 2018, mientras la segunda aumentó a partir de 2013. En 2019 varios departamentos tuvieron una diferencia relativa más alta de razón de mortalidad materna a 42 días en comparación con el país. Esta diferencia fue mayor y estadísticamente significativa en Vichada, Guainía y Amazonas. Por su parte, en comparación al país, la diferencia relativa fue menor en Meta, Huila, Santander, Caldas, Risaralda y Boyacá. La diferencia en esta razón también fue menor en comparación al país y estadísticamente significativa en Antioquia.

Para la mortalidad materna a 1 año, la diferencia relativa en comparación al país fue más alta en 2019 para Vichada, Guainía, San Andrés y La Guajira, aunque también fue más alta y estadísticamente significativa en Atlántico, Magdalena, Chocó, Nariño, Casanare, Guaviare y Amazonas. Mientras fue significativamente menor en Huila, Caldas, Risaralda y Boyacá, Antioquia y Meta. Las brechas en equidad de 2012 a 2018 para mortalidad materna a 42 días fueron menores para años promedio de educación. El comportamiento de la razón de mortalidad a un año es muy similar a lo descrito para esta razón a 42 días.

La mortalidad materna mostró entre el 2009 y 2013 una tendencia al aumento en población indígena en contraste con el descenso en la población no indígena. Así, la diferencia relativa entre las dos razones, pasó de 3,8 veces más la muerte materna indígena con la no indígena, a 7,3 veces más en el 2013 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

En la población afrocolombiana el comportamiento presenta variaciones al interior de los grupos que la componen, en tanto la población negra o afrodescendiente reporta el mayor número de muertes en el periodo (336) en comparación con el grupo de población raizal y palenquero que reportaron 5 y 3 muertes respectivamente para el periodo 2008 – 2014. La tendencia de la mortalidad materna en la población negra muestra un ascenso sostenido desde el 2009 al 2012 pasando de 98,27 muertes a 179,27 muertes por cada 100.000 nacidos vivos.

El bajo volumen poblacional de la población Rrom origina que escasos casos de muertes maternas produzcan elevadas razones, como se observó en los años 2011 y 2014, cinco veces más altas que las de población indígena (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020)

zoonosis y otras enfermedades infecciosas desatendidas, están en ámbitos rural y rural disperso, este comportamiento asociado a determinantes sociales y condiciones de vida de la población que expresan profundas inequidades en salud; por ejemplo, para tuberculosis, dengue y malaria hay un aumento en los últimos años, lo que hace que cierren en 2019 con valores muy similares a los que se tenían para 2012.

Las atenciones de 2009 a 2019 por condiciones transmisibles ocuparon el segundo lugar, con 31.496.942 personas que demandaron el 13,1% (137.984.096) de las atenciones para una razón de 4 atenciones por persona. Entre las mujeres, las condiciones transmisibles y nutricionales con el 11,6% de las atenciones, con un comportamiento similar en los hombres de 15,2%. Las enfermedades transmisibles son la primera causa de consulta en primera infancia (0 a 5 años) con un 39,7%; en la infancia (6 a 11 años) y persona mayor (mayor de 60 años) ocupan el segundo lugar con un 22,3% y 5,1%; en la adolescencia (12 a 17 años), juventud (18 a 28 años) y adultez (29 a 59 años) ocupan el tercer lugar con 13,8%, 13,9% y 9,5% de las atenciones respectivamente.

A continuación, se hace una descripción de la situación de salud de las enfermedades transmisibles en Colombia, incluyendo como categorías de análisis dengue, malaria, enfermedad de Chagas y enfermedades infecciosas desatendidas.

4.5.1. Dengue

La evolución de la tasa de incidencia de dengue en Colombia para el periodo de estudio (2012 a 2020), presenta un comportamiento fluctuante, dado a su comportamiento de ciclos Inter epidémicos cada tres años (2013, 2016 y 2019). Con las tasas más altas en las epidemias del año 2013 y 2019 con 476 casos y 466 casos por 100.000 habitantes en riesgo, respectivamente. Con relación a la letalidad por dengue, se presenta un descenso en el periodo 2012 a 2020, pasando de 0,16% en 2012 a 0,10 % en 2019.

Las diferencias relativas para 2019, donde se evidencia que la mayoría de los departamentos ubicados al norte y oriente del país tuvieron tasas de incidencia superiores con relación al país. Esto contrasta con los departamentos ubicados al occidente que reportaron tasas inferiores al país. Es importante resaltar que todos los departamentos, a excepción de Bolívar, reportaron diferencias relativas significativas.

El análisis de equidad para la tasa de incidencia de dengue para los estratificadores de PIB per cápita y promedio de años de estudio. Hay una brecha importante entre las tasas reportadas por los diferentes quintiles para los dos estratificadores. Sin embargo, no es claro un gradiente en la medida que los quintiles cambian de orden de un año a otro. Para algunos años y en ambos estratificadores, los dos quintiles más altos reportaron tasas de incidencia superiores a los quintiles más bajos. Entre 2014 y 2016, los quintiles más bajos de educación, reportaron las incidencias de dengue más bajas en comparación al resto de quintiles.

4.5.2. Malaria

La evolución del índice parasitario anual de malaria (IPA) en Colombia durante el periodo de estudio, pasó de 5,3 casos por 1000 habitantes en 2012, a 3,6 en 2014 para luego aumentar hasta 7,1 en 2016. En los últimos dos años, el IPA se mantuvo relativamente similar a lo observado al inicio del periodo.

Las diferencias relativas para 2019, donde se resalta que los departamentos al occidente y oriente del país reportaron índices significativamente más altos en comparación al índice nacional. Los departamentos ubicados al sur, centro y norte de Colombia reportaron índices inferiores al nacional y sin reportar diferencias significativas.

El análisis de equidad para el IPA considerando los estratificadores de PIB per cápita y promedio de años de estudio. Hay una brecha que varía de manera importante según los años, especialmente en el caso de PIB per cápita. Sin embargo, para ambos, se observa un gradiente entre los quintiles más bajos y más altos, donde los primeros acumularon los índices parasitarios más altos en todos los años de estudio.

4.5.3. Enfermedad de Chagas

La enfermedad de Chagas se estima para Colombia 11.9 millones de personas a riesgo, con una prevalencia para Colombia del 2% (IC 95%, 1-4%), y una mayor afectación en pueblos indígenas y en la región de la Orinoquía, enfrenta el desafío de los múltiples mecanismos de transmisión (oral, vectorial, congénita, transfusional, entre otras); con efecto de cardiopatía en el 30% de los casos. La letalidad en casos agudos presentó una reducción significativa entre 2012 a 2021, pasando de 15.6% a 7.5%, a expensas de la transmisión oral en las regiones de la Orinoquía, Santanderes, Caribe y Amazonia.

En el análisis de equidad en general, esta enfermedad está relacionada con los determinantes de la pobreza, condiciones inseguras de las viviendas, falencias en la manipulación adecuada de alimentos, procesos de deforestación y cambio climático.

4.5.4. Enfermedades infecciosas desatendidas

Los eventos priorizados en nuestro país bajo esta denominación incluyen eventos en erradicación o eliminación como el plan con reportes de 200 casos al año, tracoma y las geohelmintiasis, y eventos con potencial de control como el complejo cisticercosis/teniasis y las enfermedades parasitarias de la piel (escabiosis, tungiasis, pediculosis y larva migrans cutánea), cuya prevalencia y distribución geográfica ha sido estimada mediante encuestas de base poblacional o registros continuos. Las infecciones asociadas a la atención en salud y la resistencia antimicrobiana están presentes en todo el territorio nacional y generan una carga importante de mortalidad, morbilidad, discapacidad y elevados costos para el sistema de salud; para el año 2020 se presentaron 142 brotes con 913 pacientes involucrados en estas infecciones.

La tuberculosis presenta 14.000 casos reportados anualmente, concentrados en las grandes ciudades, con una tendencia ligera al incremento en los últimos años y 200 casos son multidrogoresistentes. La enfermedad de Hansen o lepra persiste en varios departamentos del país como Huila, Norte de Santander, Santander, Tolima, Valle del Cauca, Cesar, Bogotá, Antioquia y Magdalena, reportándose para el 2021 a 0,6 pacientes con discapacidad severa por millón de habitantes. El tracoma con prevalencias que oscilan entre 6% y 27% en niños de 1 a 9 años, está presente en Amazonas, Guainía, Guaviare, Vichada, Vaupés y la Meta.

El común denominador para estos eventos es la distribución inequitativa en la población y su superposición en las regiones con menor desarrollo, en los grupos poblacionales que viven en condiciones de pobreza, carentes o con acceso limitado a servicios básicos y de salud y en donde los deficientes hábitos higiénicos y el saneamiento básico son precarios.

4.5.5. Infección Respiratoria Aguda (IRA)

La IRA en Colombia es el evento infeccioso más importante en la población de niños menores de 5 años y representan el 8,57 (6.69% – 10.95%) del total de AVISA para este grupo. Anualmente se prestan en promedio 1.100.000 atenciones por estas causas, siendo la bronquiolitis y neumonía las más importantes en cuanto a hospitalizaciones, con el 34% y 20% respectivamente. Con relación a la mortalidad por IRA, se observa que anualmente en promedio 500 menores de 5 años fallecen por estas causas y aunque durante el periodo de 2020 hubo un descenso importante del 49% en estas muertes con relación al año anterior, la IRA sigue siendo un problema de salud pública; la proporción de defunciones en menores que residían en zonas rurales es del 33% y con una concentración de muertes en territorios como la Guajira, Chocó y Vichada, cuyos datos de NBI superan el 50% a nivel departamental y un índice promedio en zona rural por encima del 70%. Alrededor del 45% de fallecimientos por esta causa ocurren en los primeros 6 meses de vida y cerca del 30% se observa en grupos indígenas.

4.5.6. Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)

Después de la IRA, en Colombia la EDA es el evento de mayor relevancia a nivel infeccioso en la población de menores de 5 años; se estima que los AVISA son del 3.12% (2.33% -4.06%). Al año se presentan alrededor de 260.000 consultas por EDA en esta población¹⁵. De acuerdo con la OMS y UNICEF, la EDA está directamente relacionada con el acceso a servicios esenciales como acueducto y alcantarillado, la mortalidad por estas causas en Colombia anualmente es de 170 menores en promedio, con un mayor impacto en La Guajira, Chocó y Guainía, en donde se estima una tasa hasta 18 veces superior al dato nacional (Colombia 2020 Tasa: 3.3 DANE). En estos departamentos la

¹⁵ SISPRO CUBO RIPS. Atenciones Diagnóstico principal A00-A09. Grupo DANE 0 a 4 años. Años 2017 a 2020.

2019 se presentó en los departamentos de Valle del Cauca y Quindío, seguidos por Tolima, Risaralda, Caldas, Bogotá, Santander y Atlántico. Se observa que todos los departamentos tienen una tendencia al incremento en el periodo observado.

4.7.3. Intento de suicidio

La tendencia nacional de la tasa de incidencia del intento de suicidio viene en incremento, en particular, desde 2017. En los 4 años de observación esta tasa estuvo entre 40 casos por cada 100.000 habitantes y para 2019 supera los 60 casos por cada 100.000 habitantes. Caldas, Risaralda, Tolima, Huila, Nariño, Putumayo y Vaupés presentaron las tasas más altas y con una diferencia estadísticamente significativa de la tasa nacional.

El análisis de las desigualdades para la tasa de incidencia de intento de suicidio entre 2016 y 2018. Se observa que esta tasa ha venido en aumento según el estratificador de años promedio de educación. Para todos los años, el quintil con mayor promedio de años de educación es el que tiene a presentar las tasas más bajas comparado con el resto de quintiles. Aunque el año con menor brecha entre quintiles es 2017, no se observa un patrón consistente para los quintiles inferiores. De acuerdo con el producto interno bruto per cápita, se observan grandes distancias entre quintiles con respecto al valor de la tasa. Mientras en 2016 y 2017, se puede identificar una brecha entre el quintil más bajo que muestra las tasas de incidencia más altas con respecto al segundo y quinto quintil, este patrón se invierte en 2018. En este año, el quintil más bajo de riqueza presenta las tasas de incidencia de intento de suicidio más bajas y la brecha con quintiles superiores es más marcada.

Es importante describir el comportamiento de la tasa de incidencia en el quintil mediano, el cual muestra un aumento progresivo hacia 2018 presentando las tasas más altas y la mayor brecha con otros quintiles en ese año.

4.8. Salud de la población habitante de calle

Las afectaciones en salud de la población habitante de la calle que han sido documentadas con mayor frecuencia son el VIH/sida (MSPS-UNFPA, 2012), (CIDEMOS, 2014), la Tuberculosis -TB (Correa et al., 2012), las Infecciones de Transmisión Sexual -ITS (MSPS-UNFPA, 2012), los trastornos en la Salud Mental y trastornos por consumo de sustancias psicoactivas (Carrillo et al., 2015). No obstante, se han identificado otras que revisten importancia como las afecciones de la piel, las enfermedades gastrointestinales, la desnutrición, los problemas de salud oral y las hepatitis virales.

La prevalencia del VIH entre la población, así como las ITS, son motivos de preocupación (MSPS-UNFPA, 2012). Una proporción de mujeres habitantes de la calle intercambian relaciones sexuales por dinero o drogas, con otros habitantes de calle y con la población general, lo que posibilita que epidemias concentradas (por ejemplo, tasas elevadas de VIH en Habitante de Calle) pasen a población general.

Un alto número de mujeres habitantes de la calle son víctimas de violencia sexual en sus "parches". Esto, acompañado del poco conocimiento sobre la transmisión de infecciones, así como las creencias presentes en el grupo por las cuales son las mujeres las que deben cuidarse (MSPS-UNFPA, 2012), incrementan exponencialmente el riesgo de infección en esta población.

4.9. Salud de la población LGTBI

Para el 2016 el Ministerio de Salud y Protección Social reportó que la prevalencia de las tasas de infección por VIH mostró un aumento en los hombres homosexuales y bisexuales, pasando del 12% en 2010 al 17% en 2016; en mujeres transgénero la prevalencia pasó del 15% en 2012 al 21% en 2016. De estas cifras, vale la pena señalar que el 14% de los hombres que tienen sexo con hombres y el 31% de las mujeres transgénero no reportaron afiliación al SGSSS (Ministerio de Salud y Protección Social 2018). Frente a la realización de la prueba de VIH, la Encuesta Multipropósito de Bogotá en 2014 encontró que el 13% de la población homosexual y bisexual se ha realizado dicha prueba. Porcentaje muy bajo, de acuerdo a la prevalencia de esta infección en hombres que tienen sexo con hombres (Rincón Ortiz y Paéz Méndez 2017).

El acceso a servicios oportunos y de calidad a orientaciones sexuales y a pruebas diagnósticas es fundamental para prevenir e identificar a tiempo la presencia de cualquiera de estas enfermedades (Rincón Ortiz y Paéz Méndez 2017). Para el caso de la población transgénero, se ha identificado que

cobertura de acueducto es del 60.7%, 35.42% y 8.37% respectivamente¹⁶, con cifras inferiores en la zona rural. Con relación a esta última variable, se evidencia que la mortalidad en menores de 5 años que residen en zona rural corresponde al 54% de la mortalidad por esta causa; así mismo, aproximadamente el 25% eran menores de 6 meses y el 55% de defunciones ocurren en grupos indígenas, mayoritariamente ubicados en los departamentos previamente mencionados⁴.

4.6. Enfermedades no transmisibles

4.6.1. Enfermedad isquémica del corazón

Durante el periodo 2012-2019 se observó un incremento en la tasa de mortalidad por enfermedad isquémica de corazón, pasando de 67,2% en 2012 80,6% x 100.000 habitantes en 2018, con un ligero incremento den 2019 para cerrar en 79,3% por x 100.000 habitantes.

Para 2019 las tasas de mortalidad más altas por enfermedad isquémica se observaron en los tres departamentos del eje cafetero y el Tolima. Las diferencias relativas más altas con relación al país también fueron estadísticamente significativas en Meta, Huila y Valle del Cauca. Mientras fueron más bajas en los departamentos de la Orinoquía y Amazonia, Chocó y Atlántico, César, Bolívar y La Guajira.

4.6.2. Enfermedad cerebrovascular

La mortalidad por enfermedad cerebrovascular en el país ha tenido una tendencia al aumento entre 2012 y 2019. Para el primer año de interés de este análisis la mortalidad fue de 29,22 casos por 100.000 habitantes. No obstante, la reducción que hubo en 2016, para 2019 hubo 32,2 casos por 100.000 habitantes.

Los tres departamentos del eje cafetero junto a Valle del Cauca y Tolima tuvieron para 2019 tasas más altas de mortalidad por enfermedad cerebrovascular, en comparación al país como un todo. Sin embargo, esas diferencias no fueron estadísticamente significativas. Al contrario, Vichada, Antioquia, Guainía, Vaupés, Putumayo, Casanare y La Guajira tuvieron tasas que estuvieron por debajo de la del país; pudiendo encontrar para estos departamentos tasas estadísticamente significativas.

4.6.3. Alteraciones de la salud bucal

Las enfermedades que afectan la salud bucal continúan presentándose dentro de las primeras causas de morbilidad. La prevalencia de caries dental se identificó en 5,89% de los niños de 1 año llegando a ser en adultos de 64,73%; la prevalencia de fluorosis ha venido en incremento alcanzando un 62,15% en adolescentes de 15 años; por su parte la prevalencia de enfermedad periodontal llega a ser del 86% en adultos de 34 años; mientras que la prevalencia de edentulismo (pérdida dental) parcial es de 70,4% y el total en los adultos mayores es de 5,2%.

Existen otras condiciones, que, si bien tienen prevalencias menores, su atención crónica impacta la carga económica del sistema y de las personas, como en el caso del labio y/o paladar fisurado que se encontró en el 0,07% de la población. (Social, 2013-2015)

4.7. Salud mental

4.7.1. Personas atendidas por episodio depresivo

La tendencia de las personas atendidas por episodios depresivos tuvo un comportamiento fluctuante entre 2012 y 2015. Posterior a este año, el número de consultas por este evento ha mostrado una tendencia al aumento. Los departamentos con el mayor porcentaje de consultas por episodio depresivo fueron Antioquia, Caldas, Nariño y Quindío en el 2019.

4.7.2. Porcentaje de personas atendidas por demencia

La tendencia del porcentaje de personas atendidas por demencia tuvo un comportamiento relativamente estable entre 2012 y 2016. Sin embargo, a partir de este año, el indicador tiende al aumento. El porcentaje más alto se presentó en 2017. El porcentaje de consultas por este evento en

¹⁶ Cobertura de acueducto 2018. https://datastudio.google.com/u/0/reporting/3002c6d4-350f-4ddf-85d9-fd6d3b85b628/page/p_v3v7oew7tc

las principales necesidades en materia de salud sexual y reproductiva se relacionan con el acceso a consultas obstétricas, controles prenatales, atención a abortos, mamografías, histerectomías, ecografías transvaginales y consultas con especialistas en sexología, urología y anticoncepción (Profamilia 2019).

En la población transgénero se ha caracterizado que el sometimiento a tratamientos hormonales, a partir de la aplicación de estrógeno y testosterona sin supervisión médica, pueden desembocar en problemas cardíacos y afectaciones por el sometimiento a procedimientos quirúrgicos de manera clandestina en lugares no autorizados, derivadas de procedimientos, en el caso de las mujeres trans, como aumento de mamas, vaginoplastia y labioplastia, orquiectomía, afeitado de tráquea, reducción de huesos faciales, rinoplastia, entre otros; en el caso de los hombres trans, masculinización del pecho, histerectomía, faloplastia, uretroplastia, prótesis testiculares, entre otros (Colombia Diversa y Gobernación del Cesar 2010).

Uno de los principales motivos que generan afectaciones en la salud y la vida de las personas pertenecientes a la población LGBTI es la persistencia de casos de violencia de género que experimentan en su cotidianidad, manifiestas en actos de desplazamiento forzado, crímenes contra la libertad y la integridad sexual, tortura, amenazas, hostigamiento, homicidio y otros actos de violencia (Kyu Choi et al. 2020).

De acuerdo con el Registro Nacional de Víctimas, durante 2017 se reportaron 109 muertes de personas LGBTI producto de casos de violencia de género. De esta cifra, 44 personas fueron hombres homosexuales (40%), 36 eran mujeres transgénero (33%), 5 eran mujeres lesbianas, 3 hombres transgénero, un hombre bisexual y 18 personas reconocidas como miembros de la comunidad sin especificarse su identidad sexual o de género (18%). En su mayoría la edad promedio de las víctimas fue 37 años, aunque en el caso de la población transgénero se registraron víctimas más jóvenes (Colombia Diversa y Caribe Afirmativo, 2018).

En Colombia la población LGBTI no solo ha sido víctima de grupos armados en el marco del conflicto armado interno del país, ya que, de acuerdo con el Sistema de Información sobre la Violencia contra las Personas LGBT, los encuentros violentos con agentes de la policía han constituido actos violentos contra miembros de esta comunidad (Kyu Choi et al. 2020).

4.10. Salud de la población víctima

Durante el año 2020, 3.732.110 personas víctimas accedieron a la prestación de servicios de salud. Se realizaron 44.894.821 intervenciones que se desagregan en consultas que representa el tipo de atención más utilizado junto con los procedimientos y en menores proporciones la atención de urgencias y las hospitalizaciones, para un promedio de 12 atenciones por cada persona VCA atendida.

El diagnóstico más frecuente para la población VCA durante el año 2020 corresponde a las enfermedades relacionadas con sistema digestivo casi duplicando a las enfermedades del sistema genitourinario y del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo. En cuanto a la distribución por sexo, la proporción de personas que recibieron atenciones fue mayor en mujeres con un 61% del total de casos (MSPS, 2021c)

5. Conclusiones de la Situación de Salud

En Colombia, la transición demográfica comienza con disminuciones sostenidas de la mortalidad, especialmente de la mortalidad infantil y en la niñez. Durante la etapa previa a la transición, la esperanza de vida al nacer era inferior a 40 años y las mujeres tenían una media de cinco a ocho partos. Durante la etapa de transición, la esperanza de vida al nacer era de entre 40 y 65 años y las mujeres tenían una media de 2,6 a 4,9 partos. La etapa posterior a la transición, la esperanza de vida al nacer superó los 65 años y las mujeres tienen en promedio 2,5 o menos partos, situación en la que se encuentra Colombia actualmente.

En este panorama, además se suma que Colombia se encuentra en transición epidemiológica polarizada dado por la transformación demográfica, la profundización de las enfermedades crónicas y la persistencia de las enfermedades prevenibles. Estos patrones cambiantes de las distribuciones de edad de la población, la mortalidad, la fecundidad, la esperanza de vida y las causas de muerte además de la inclusión de una perspectiva del curso de vida que hace necesario el examen de los

cambios en las vías causales a lo largo de la vida cuando se consideran los cambios en la distribución por edades de una población según lo descrito por la teoría de la transición epidemiológica. La práctica de la salud pública enfatiza las múltiples dimensiones que constituyen las vidas, relaciones y entornos y, por lo tanto, contribuyen a la salud y el bienestar o a la enfermedad y la discapacidad. Además, la amenaza de las enfermedades infecciosas emergentes sigue teniendo una importancia mundial en una era de resurgimiento de la tuberculosis multirresistente, la pandemia del SIDA, la distribución generalizada de enfermedades transmitidas por vectores y la pandemia de COVID-19. Estos demuestran que las transiciones no se pueden clasificar claramente en períodos históricos o ubicaciones geográficas. La visión multinivel del modelo también recuerda que los diversos y cambiantes focos observados en las etapas históricas de la salud pública deben incorporarse a una visión más abarcadora con modelos, sistemas y procesos más complejos que la simple identificación de factores de riesgo aislados.

Según la OMS, el impacto que tuvo el COVID-19 a nivel mundial se considera muy alto, debido a que, presentó una propagación internacional de casos a 215 países, lo que llevó en su momento a la escasez de suministros médicos por una mayor demanda, limitación en el flujo de suministros, restricciones a la exportación y limitaciones de transporte; de igual manera, hubo ausencia de tratamientos terapéuticos específicos; mayor mortalidad entre algunos grupos de alto riesgo. Las enfermedades transmisibles tuvieron un impacto importante debido a la interrupción de los servicios de salud de rutina, entre ellos la vacunación de rutina y otros programas de control de enfermedades como el sarampión, la poliomielitis, la tuberculosis y la malaria. (Organización Mundial de la Salud - Organización Panamericana de la salud, 2020).

Una de las recomendaciones que realiza la OMS, para dar fin a la emergencia mundial es abordar los factores principales que impulsan la transmisión del virus SARS-CoV-2 y los efectos directos e indirectos que impulsan los impactos de la enfermedad COVID-19 (Organización Mundial de la Salud, 2022)

En Colombia, la emergencia por COVID-19, generó "repercusiones directas e indirectas en la población y sobre sus condiciones de vida, incluyendo las condiciones económicas, pero también las condiciones sociales, culturales, ambientales, educativas, y por supuesto, la salud y el acceso efectivo a los servicios asistenciales" (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022)

Como parte del proceso de reconocimiento de los impactos directos e indirectos, el MSPS realizó un análisis de los eventos de interés en salud pública presentados en el periodo de 2020-2021 con el fin de conocer la situación de morbilidad para los eventos diferentes al COVID-19 durante la Pandemia, a continuación, se presentan los hallazgos más relevantes:

Tabla 1. Situación de salud durante la pandemia por COVID-19

Grupo	Evento	Resultado del análisis
Transmisibles	Infecciones de las vías respiratorias superiores e inferiores Enfermedad diarreica aguda	Las atenciones por morbilidad disminuyeron de manera sostenida en comparación con el año 2019, esto relacionado con disminución de demanda de la consulta externa antes las medidas sanitarias implementadas. La mortalidad para las mismas se observó que después de la reapertura se presentó un descenso mantenido.
	Infecciones de las vías respiratorias inferiores	Incremento de la mortalidad observado después a la reapertura gradual.
	Hepatitis C Tuberculosis	Aumento simultáneo de mortalidad por COVID-19, adicional al esperado comportamiento estacional de la enfermedad. Disminuciones esperadas en las consultas durante el aislamiento obligatorio. Posterior al periodo de reapertura se alcanzaron niveles endémicos esperados de la tasa de consultas para estas poblaciones.
	Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)	Incrementó la consulta de morbilidad se de manera estacionaria. Con relación a, la mortalidad para los tres eventos, se presentaron tendencias de disminución mantenido.
Salud materno-infantil	Morbilidad materna extrema Mortalidad materna	Incremento durante y después de la reapertura gradual.
Salud infantil	Infección Respiratoria Aguda	Incremento durante y después de la reapertura gradual. Las atenciones por morbilidad disminuyeron de manera sostenida en comparación con el año 2019, esto relacionado

Grupo	Evento	Resultado del análisis
	Enfermedad Diarreica Aguda	con disminución de demanda de la consulta externa antes las medidas sanitarias implementadas. La mortalidad para las mismas se observó que después de la reapertura se presentó un descenso mantenido.
	Desnutrición	Incremento en morbilidad después de la reapertura. Se considera que las mayores consecuencias en salud nutricional se presentaron en los grupos más vulnerables localizados entre los grupos de mayor pobreza y vulnerabilidad social, con condiciones de desempleo y alta informalidad laboral, que repercuten en menor garantía de seguridad alimentaria en dichos hogares.
Enfermedades crónicas no transmisibles	Hipertensión arterial primaria Infarto agudo de miocardio Insuficiencia cardíaca congestiva Evento cerebrovascular Insuficiencia Renal Crónica Enfermedad pulmonar obstructiva crónica Diabetes Mellitus	Las atenciones por morbilidad se redujeron durante las cuarentenas obligatorias y posteriormente se incrementaron de manera estacional luego de la reapertura. La mortalidad de la enfermedad renal crónica y enfermedades cardiovasculares mostró niveles de endemia similares al histórico, evidenciando los amplios periodos de latencia para estos eventos.
Cáncer	Cáncer adultos e infantil	Se evidenció: ✓ Tendencia de crecimiento permanente mostrando quizás el diagnóstico de nuevos casos de la enfermedad. ✓ Disminución en el volumen de pacientes hospitalizados debido a la cancelación de procedimientos por parte de los pacientes. ✓ Cierre de programas de tamización poblacional organizada. ✓ Disminución del volumen en consulta externa debido a que los pacientes no se presentan en los servicios. ✓ Problemas de desabastecimiento de medicinas esenciales, tecnologías diagnósticas y productos sanitarios. Causando incremento en la mortalidad de por cada tipo de cáncer.
Salud mental	Conducta suicida	Disminución mantenida y una tendencia endémica respectivamente, en comparación al año 2019 en los periodos específicos de mayor frecuencia de los eventos como son mitad y final de año. No obstante, según fuente DANE durante el 2020 fueron reportados 2724 muertes por suicidio y durante 2021 2962 muertes por esta misma causa, evidenciando un incremento del 8.7%
Lesiones de causa externa	Accidentes de tránsito	Descenso en la consulta y mortalidad por el evento hasta la reapertura gradual donde posteriormente se alcanzaron niveles endémicos, reportados por 2019, incluyendo el aumento en el periodo de final de año donde se presentan con mayor frecuencia los accidentes de tránsito
	Agresiones	Incremento en la tendencia hasta el final de la reapertura gradual. Posteriormente, disminuyó después de entrar en vigencia la medida sanitaria de aislamiento selectivo donde las atenciones por esta causa alcanzan los valores endémicos del 2019, incluso en los periodos de mayor reporte, como el fin de año

6. Triangulación del ASIS y los resultados de las necesidades sentidas del proceso de participación social

Las necesidades sentidas en salud en general para los procesos de participación social realizados plantean categorías relacionadas con el contexto socioeconómico y político, políticas públicas y sociales y gobernanza. Se reconoce como una necesidad importante la seguridad alimentaria y el mercado de los productos agrícolas para ser revisadas y estimuladas. Frente al programa de atención en salud se menciona la necesidad de respetar los conocimientos, prácticas, derechos de

las poblaciones de las diferentes etnias; así como, de invertir en la infraestructura de los hospitales. Se hace una especial referencia a la humanización de la atención en salud.

Hay coincidencia con los datos cuantitativos en la atención de riesgos psicosociales relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas y de tabaco, disminuir la violencia intrafamiliar y sexual y los problemas asociados a salud mental. También con relación a la urbanización de la oferta de salud y como las comunidades del sector rural tienen una mayor vulnerabilidad y una dificultad en el acceso a servicios de salud.

Se complementan los datos relacionados con la salud ambiental y la necesidad de respetar los ecosistemas, evitar la deforestación, recuperación de fuentes hídricas contaminadas por el uso del mercurio en la minería, petróleo, incorrecta disposición de basuras, manipulación de animales muerto y por aguas residuales, plantas de tratamiento de aguas residuales, frigoríficos y un adecuado sistema de recolección y manejo de basuras para evitar enfermedades infecciosas y por transmisión de vectores como la enfermedad de Chagas y dengue. Se observó, además, la desnutrición de los niños como un problema de salud de altísima prioridad sobre todo en los departamentos de la Orinoquía y Amazonía. El embarazo en adolescentes es una prioridad en el territorio, así como, la atención de enfermedades crónicas en concordancia con el diagnóstico en salud con enfoque de equidad. Se hace énfasis en el control de enfermedades transmisión vectorial.

Un tema importante no reflejado en el diagnóstico cuantitativo de salud es el manejo de las personas en condiciones de discapacidad desde su reinserción social y laboral a la atención integral de este tema y una solicitud expresa de contar con especialidades médicas y no médicas para la atención en salud en las zonas rurales. De igual manera como el diagnóstico en salud no pudo ahondar en las desigualdades por género, este sí fue explícito en las rondas de participación social en donde los temas de inclusión fueron priorizados, así como, fortalecer los Planes de Intervención Colectiva (PIC), los programas de promoción y prevención en la cabecera y las áreas rurales, y el plan de acción de primeros auxilios.

También se encuentra coincidencia en establecer metas y recursos para favorecer la salud mental de las personas con el fin de disminuir enfermedades como la depresión y la ansiedad; y la necesidad de diferenciar las estrategias de salud pública relacionadas con curso de vida, educación e ingresos económicos y la necesidad de contar con servicios públicos completos.

Es importante mencionar que en estos escenarios se priorizó como un problema de urgente atención, a la corrupción del sector salud y favorecer los proyectos productivos que mejoren las oportunidades de empleo formal, incentiven el ecoturismo, incluyan a las comunidades indígenas y apoyen tanto a las microempresas como a los productores agropecuarios.

7. La Visión de la Salud – Enfermedad en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031

El Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 aborda el derecho a la salud a través de la gestión positiva de los determinantes sociales, la atención integral en salud y el acompañamiento y cuidado de las personas, familias y comunidades sanas o en algún estado de enfermedad.

En 2005, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud para llamar la atención sobre las condiciones de vida que subyacen a las desigualdades en salud. Dicha comisión define los determinantes sociales de la salud como las "condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Estas circunstancias están determinadas por la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local" (World Health Organization, 2021).

Abordar la equidad en salud también se ha identificado como un imperativo ético. Paula Braveman y Sir Michael Marmot, líderes en la materia, han afirmado, respectivamente, que "es una responsabilidad ética y en consonancia con los principios de los derechos humanos dar especial prioridad a la acción sobre importantes problemas de salud pública que afectan de manera diferencial a quienes tienen menos recursos y/o mayores obstáculos para abordar los problemas" (p185) (Braveman, Monitoring equity in health and healthcare: a conceptual framework., 2003), y "el caso es moral: reducir las inequidades en salud y mejorar la salud es un deber y debe ser una prioridad para los gobiernos y quienes tienen influencia para mejorar la salud" (p5519) (Marmot M, 2014).

Los últimos años se han caracterizado por un enfoque creciente en las soluciones (por ejemplo, véanse los informes de Meyer et al (Meyer PA, 2013) y Penman-Aguilar et al (Penman-Aguilar A, 2014). La salud en todas las políticas es un "enfoque colaborativo para mejorar la salud de todas las personas mediante la incorporación de consideraciones de salud en la toma de decisiones en todos los sectores y áreas de políticas" (Rudolph L, 2013.). Este y otros desarrollos, como intervenciones a nivel comunitario para abordar los determinantes sociales de la salud y Los cambios en los sistemas de salud para reducir las inequidades en la atención médica son prometedores (National Association of County & City Health Officials., 2014).

8. La gestión y la generación de valor en salud a partir del Plan Decenal de Salud Pública

La gestión y generación de valor del Plan Decenal, sienta las bases de las prácticas recomendadas en la medición de las disparidades en salud, las inequidades en salud y los determinantes sociales de la salud a nivel nacional para apoyar el avance de la equidad en salud. La tarea consiste en recopilar de forma rutinaria datos de alta calidad que indiquen dónde nos encontramos como nación, analizarlos adecuadamente y presentarlos de manera significativa para el amplio espectro de audiencias de cuyo esfuerzo depende el logro de la equidad en salud en niveles más bajos de geografía (por ejemplo, departamentos y municipios), ya que debe poder compararse poblaciones en resultados o determinantes de salud específicos a nivel nacional o territorial (Penman-Aguilar A T. M., 2016).

Existe evidencia preponderante que vincula a los determinantes sociales con las inequidades en salud en diversos entornos y en diferentes momentos de la historia (Marmot M, 2014) (Braveman P K. N., 2000). Los determinantes sociales explican algunas de las diferencias "evitables o remediables" en los resultados de salud observadas entre grupos con diferentes posiciones sociales. Si queremos promover la equidad en salud y la salud de la población (Braveman P E. S., 2011), entonces los determinantes sociales son de vital importancia para monitorear por derecho propio porque informan la priorización de las intervenciones que afectan los cambios en estas condiciones.

El seguimiento riguroso de los determinantes sociales de la salud requiere, en primer lugar, comprender qué determinantes sociales son más importantes de vigilar. Por esta razón, el seguimiento debe basarse en investigaciones previas sobre las vías a través de las cuales los determinantes sociales afectan la salud. El seguimiento de los determinantes sociales de la salud también requiere ir más allá de las fuentes tradicionales de datos de salud. La práctica de utilizar sistemas de datos no relacionados con la salud para monitorear los determinantes sociales de la salud a nivel nacional es todavía relativamente poco común y está lejos de ser una rutina, aunque existen algunas excepciones notables (por ejemplo, Healthy People 2020, como se discutió anteriormente (US Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion., 2021).

Aunque considerar los determinantes sociales de la salud medidos a nivel individual es importante y esclarecedor, no sustituye a considerarlos a niveles contextuales (por ejemplo, las condiciones del barrio) y viceversa. Las decisiones sobre el nivel de medición deben tomarse con cuidado, y es esencial desarrollar una justificación para elegir un nivel de medición particular. Los determinantes estructurales de la salud (incluidas las políticas, los programas, la toma de decisiones / gobernanza y la economía) también requieren seguimiento.

En las limitaciones de las mediciones pueden aparecer sesgos no solo de las preferencias de valor o los hábitos que informan la elección de las prácticas de medición, sino también del efecto que los diferentes enfoques de presentación de datos tienen en las percepciones o juicios de la audiencia sobre el significado resultante de los datos o análisis. Algunas consideraciones tempranas clave en la medición que tienen implicaciones importantes para la interpretación posterior de los hallazgos incluyen (a) el punto desde el cual se medirán las diferencias (el punto de referencia), (b) si las diferencias se medirán en una escala absoluta o relativa, (c) si se tendrá en cuenta el tamaño del grupo social, (d) si las diferencias se evaluarán con un enfoque de pares o resumido, (e) y si se debe dar un énfasis adicional a los grupos sociales que son de mayor preocupación a través de ponderación (Penman-Aguilar A B. K., 2014).

Hay dos enfoques principales para estudiar las desigualdades dentro y entre poblaciones. Para examinar los resultados de salud a nivel de grupo para comprender las desigualdades sociales en salud, es necesario reconocer las diferencias en salud de los grupos sociales para orientar las inversiones hacia los grupos más desfavorecidos, un enfoque a nivel de grupo puede apoyar la creación de leyes y programas que busquen eliminar las diferencias entre los grupos sociales.

Debido a que las desigualdades sociales en salud están determinadas por distribuciones injustas de los determinantes sociales de la salud, el seguimiento de las diferencias en salud de los grupos sociales es importante para monitorear el estado de equidad en una sociedad (Arcaya MC, 2015)

La Organización Mundial de la Salud, recomienda que los indicadores de salud sean reportados por grupos, o "estratificadores de equidad" con el propósito de monitorear las inequidades en salud (World Health Organization, 2013). Además, centrarnos en los grupos sociales nos permite comprender las desigualdades en salud actuales en un contexto histórico y cultural, lo que proporciona información sobre cómo pueden haber surgido las diferencias en salud. En resumen, ver las disparidades en salud a través de la lente de los grupos sociales puede ayudar a orientar las intervenciones, permitir la vigilancia de problemas importantes de equidad y avanzar en nuestra comprensión de la salud al ayudarnos a establecer conexiones que pueden no haber sido inicialmente obvias (Kawachi I, 2002) (Braveman P K. N., 2000).

Alternativamente, es posible centrarse en las diferencias de salud entre los individuos, por ejemplo, describiendo el rango o la varianza de una medida dada en toda una población. Este método es agnóstico a los grupos sociales, colapsando efectivamente a todas las personas en una distribución (Murray CJL, 1999). Los investigadores que estudian la desigualdad de ingresos global han utilizado este enfoque para resaltar la riqueza relativa de las personas pobres en los países ricos en comparación con las personas acomodadas en los países pobres, por ejemplo (Milanovic, 2012). En contraste con centrarse en cómo se comparan las personas de orígenes similares entre sí, explorar la distribución del ingreso en una población mundial ha arrojado información importante sobre cuán desigualmente están distribuidos los recursos actualmente, así como qué factores impulsan estas diferencias.

Se observan disparidades de salud a lo largo de líneas raciales, étnicas y socioeconómicas tanto en países de ingresos bajos como en países de ingresos altos, y pueden estar aumentando (Braveman P T. E., 2002), lo que subraya la importancia de estudiar las diferencias de salud a nivel de grupo. Comprender las disparidades de salud con patrones sociales requiere la construcción de grupos significativos de individuos. Cada sociedad tiene sus propias formas únicas de estratificar y dividir a las personas en grupos sociales.

Con este panorama, el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 aborda el derecho a la salud a través de la gestión positiva de los determinantes sociales, la atención integral en salud y el acompañamiento y cuidado de las personas enfermas y por lo tanto, si bien es cierto que el Plan aborda eventos de enfermedad, lo hará desde una perspectiva de los eventos que necesariamente se deben evitar y asumirá el no evitarlo como un desenlace negativo. Para evidenciar este proceso se incorporarán indicadores que den cuenta de: Mortalidad evitable, Exceso de mortalidad; Discapacidad; Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVISA), combinando los años de vida perdidos por muerte prematura (AVPP) y los años de vida perdidos por discapacidad (AVD); Prevalencia; Incidencia; Letalidad.

Con esta lógica, la dinámica de valor en salud a la lógica estratégica del Plan Decenal parte desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, enfoque de derechos y bienestar y el enfoque de la salud en todas las políticas, mediante la articulación entre actores y sectores públicos, privados y comunitarios, que mediante un pacto social y mandato ciudadano se garantizarán las condiciones de bienestar integral y calidad de vida de la población (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). En este contexto, las estrategias formuladas para lograr los fines orientarán la construcción de planes de acción, que incluirán: actividades, responsables, fechas y recursos, así como las métricas que permitan monitorear su avance y establecer su cumplimiento.

Las metas e indicadores definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social serán analizados de manera permanente a través del sistema de seguimiento y monitoreo del plan, a partir del cual se generarán las orientaciones y retroalimentación a los territorios, con el ánimo de fortalecer los procesos de toma de decisiones informadas. De manera complementaria, el Ministerio desarrollará procesos de Evaluación que permitan enriquecer los procesos de ejecución y/o reorientar de manera oportuna las estrategias para el logro de los fines establecidos.

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 sectoriales 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

y la atención primaria), y un amplio conjunto de factores que hoy día se conocen como "determinantes sociales" de la salud, los cuales incluyen una larga lista de causas asociadas al empleo, la economía, el medio ambiente, las políticas sociales, entre otras.

Los especialistas en temas de salud y la sociedad, sin embargo, no otorgan igual peso a cada una de esas causas. Así, en la mayoría de la población predomina la visión que se conoce como "ideología biomédica dominante", según la cual las principales causas que producen los problemas de salud colectiva deben tener que ver con "causas cercanas" de la enfermedad como son las causas de origen genético y hereditario, las "elecciones personales" o los servicios sanitarios. Sin embargo, aún y siendo importantes, esas tres causas no permiten explicar ni la situación de salud colectiva ni las desigualdades en salud existentes en una determinada sociedad (Benach, 2005).

Desafortunadamente, no se han cumplido las metas y objetivos establecidos en salud pública, por lo que es importante evaluar este hecho antes de enfrentarse a una actualización programática que cubra el siguiente ciclo de políticas hasta el año 2031. Para ello es necesario impulsar con fuerza la salud global e ir más allá de los tres Objetivos de Desarrollo del Milenio de salud, en pro de la equidad. Para lograrlo, se deberían establecer algunas premisas en la hoja de ruta para llegar con buen pie a la siguiente década, tales como:

- ✓ La aplicación efectiva del enfoque multisectorial y comprehensivo para atender la salud global y sus determinantes sociales, enfatizando los valores de equidad, fortalecimiento de sistemas nacionales, protección social y coherencia de políticas.
- ✓ El diseño de las intervenciones de cooperación debería tener en cuenta las necesidades conjuntamente establecidas en el contexto de cada grupo, de cada sociedad, de cada país y de cada región, teniendo en cuenta la coherencia de políticas externas e internas que influyen en la justicia social y el desarrollo mutuo como una sociedad globalizada. Deben estar centradas, por lo tanto, en el paciente, en la persona y en el grupo social y no en la enfermedad para evitar el mantenimiento de sistemas de salud estructuralmente injustos e insostenibles, deformados, fragmentados e hipértrofos.
- ✓ Los sistemas de información deben fortalecerse para disponer de datos fiables y desagregados que permitan una "toma de decisiones informada y participada" con control social que dirija de forma efectiva la lucha contra la injusticia y la inequidad local, nacional e internacional. En definitiva, la equidad en la salud global debe convertirse en el indicador del desarrollo humano en términos económicos, sociales y ecológicos. Para ello, debe establecerse un marco de actuación global, bajo el enfoque de derechos humanos, que incluya dos pilares fundamentales: la cobertura sanitaria universal de servicios de salud de calidad y la gobernanza sanitaria global basada en el derecho a la salud.

10. Declaración de las circunstancias injustas

Las circunstancias injustas a las cuales están inmersas las personas, familias y comunidades dan lugar a la posición que individuos y comunidades ocupan en la sociedad, en donde los grupos se configuran en torno a sus ingresos, nivel educativo, 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, 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). De este contexto se parte entonces para encontrar los pilares propuestos en el Plan Decenal de Salud Pública: Protección Social, ambiente y salud, Cultura para la Vida y la Salud e Integralidad en salud que serán descritos en el capítulo 4.

de múltiples obligaciones establecidas en los contenidos de los derechos ratificados en Colombia, lo que hace que sean parte de su bloque de constitucionalidad. Por lo que se deben comprender 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 2022 – 2031. Este panorama 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.

Los pilares que establecen el contenido y alcance de la salud pública como base de la organización estratégica y operativa del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, reconociendo 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 Plan Decenal de Salud Pública 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.

9. Declaración de las circunstancias injustas y de las necesidades en salud de la población.

La salud es mucho más que ausencia de enfermedad o tener acceso a la atención médica; es un derecho fundamental que toca todos los aspectos de la vida y por eso es tan importante entender la salud del modo más amplio posible. La Organización Mundial de la Salud estableció como definición de salud el "estado de completo bienestar físico, mental y social". A esta definición de salud se han ido incorporando otras dimensiones, como la capacidad de funcionar o la salud como un fenómeno continuo y dinámico a lo largo del tiempo, hasta llegar a instaurarse la idea de que la salud es un fenómeno multidimensional. Así pues, se constata que la noción de salud ha ido evolucionando a lo largo de la historia desde un enfoque médico-biológico hasta un concepto global e integral que incorpora el paradigma socio-ecológico (Frutos, 2006).

La Declaración de Alma-Ata planteaba que la grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, entre los países, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable (Organización Mundial de la Salud, 1978). Unos de los logros fue atraer la atención internacional hacia el concepto de la salud como un derecho humano y se propuso la atención primaria de salud como la mejor estrategia para poner la salud al alcance de todos los miembros de la sociedad. La mayor parte de los problemas de salud y de las principales causas de muerte prematura están condicionadas por factores determinados socialmente, como la educación, la situación laboral, la renta, el entorno, el territorio o la exclusión social, que afectan de forma desigual a la población y superan al sector sanitario. Podemos tener muy buenos hospitales, pero la mejora de la salud debe incluir también la reducción de las desigualdades. Actualmente, las desigualdades constituyen "la mayor epidemia" y no se debe a características o fallos biológicos.

Los determinantes no están ni necesaria ni directamente relacionados con la atención de la salud, sin embargo, su influencia es muy notoria y su análisis ayuda a clarificar dónde existen barreras a los derechos humanos y, en definitiva, cuáles son "las causas de las causas" de nuestra mala salud (factores sociales, políticos, ambientales y económicos). La raza y la clase social (medida en función del nivel de ingresos, condiciones de vida, educación, tipo de trabajo, etc.) son, junto con el género, los mayores determinantes sociales para la salud. Por lo tanto, es imprescindible que estas diferencias se tengan en cuenta para planificar tanto las políticas de salud como el resto de políticas que pueden influir en el bienestar físico, mental y social de los diferentes grupos de población (PROSALUS y Cruz Roja Española, 2019).

Las causas de la producción de la enfermedad y salud colectiva son, como es bien conocido, múltiples, muy diversas. Las más conocidas son los factores genéticos y biológicos, los "estilos de vida" relacionados con la salud (como los hábitos alimentarios, el abuso de alcohol o la adicción al hábito de fumar), el acceso y la calidad de la atención médica y sanitaria (incluyendo la hospitalaria

Esta declaración reconoce la transformación que el sector y el país debe realizar en este decenio frente a la visión de la salud pública, el reconocimiento de los sujetos de derecho y la integralidad de la gestión a través de la generación de valor en la salud más que en la mitigación de los efectos de la enfermedad en la calidad de vida y el bienestar. A partir de los procesos de participación social, los desarrollos conceptuales y técnicos desarrollados en el la fase de formulación del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, del desarrollo histórico de la agenda para la gestión de los Determinantes Sociales de la Salud, que incluyen la agenda de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, la agenda con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico y la experiencia y evidencia de la gestión realizada en el Plan 2012-2021, se reconocen las siguientes estrategias:

- **Establecimiento de un marco para la planificación de la acción intersectorial:** se relaciona con la consolidación de un marco para la planificación intersectorial que propicie la construcción de confianza, el entendimiento común, la administración intersectorial coordinada y articulada, el compromiso político gubernamental, las fuentes adecuadas de financiación y el análisis integrado de los determinantes sociales de la salud para la formulación, implementación, seguimiento y evaluación de políticas públicas participativas y colaborativas que permitan el abordaje integral de los determinantes sociales en salud desde un enfoque de Salud en Todas las Políticas.
- **Desarrollo de políticas públicas para el abordaje integral de la salud humana, animal y ambiental:** se relaciona con el desarrollo de políticas públicas intersectoriales de carácter participativo y colaborativo para prevenir, detectar y responder integralmente a los desafíos derivados del relacionamiento humano, animal y ambiental como los recién experimentados con la pandemia de COVID-19.
- **Ingresos y situación económica digna:** se relaciona con las acciones destinadas a controlar las variaciones en los niveles de producción, renta y empleo, y en el abordaje particular de las situaciones que generan inseguridad económica y social por medio del desarrollo de mecanismos fiscales y financieros que favorezcan la protección social de la población, especialmente de las poblaciones en condiciones de vulnerabilidad, y que refuercen la respuesta a los efectos económicos y sociales producto de la pandemia de COVID 19.
- **Mejora de las condiciones de empleo y trabajo:** se relaciona con la mejora de las condiciones de empleabilidad, trabajo y empleo decente con garantías de protección y seguridad laboral para toda la población, el incremento de la cobertura en seguridad social de los trabajadores, la construcción de entornos de trabajo saludables, el crecimiento sostenible de pequeñas y medianas empresas para la generación de empleo, el fomento de programas para la generación de empleo formal por parte de los sectores productivos, el desarrollo de programas especiales para la protección al trabajador/a del sector informal y la formación para el trabajo que fortalezca el desarrollo de conocimientos y capacidades ocupacionales necesarias para el mercado laboral.
- **Gestión para la prevención y adaptación de los efectos del cambio climático:** se relaciona con la gestión del cambio climático por medio del desarrollo de acciones que avancen hacia un desarrollo sostenible bajo en carbono, que incidan en la promoción de relaciones saludables con el ambiente y en la mitigación de sus efectos en los ecosistemas y en las condiciones de vida y salud de la población.
- **Acceso a educación de calidad:** se relaciona con las acciones destinadas a avanzar en el logro del derecho a una educación universal, gratuita, oportuna, intercultural y laica por medio de la garantía del acceso efectivo a las instituciones públicas y privadas en los distintos niveles de educación y en condiciones de excelencia académica, que posibiliten los conocimientos, capacidades, habilidades y destrezas necesarias para la integración cultural y la inserción laboral de los habitantes del territorio colombiano.
- **Acceso a redes de servicios sociales y de salud para el cuidado integral de la vida y la salud:** se relaciona con el desarrollo de redes territoriales integrales para la promoción y el acceso efectivo a los servicios sociales y de salud en condiciones de disponibilidad, oportunidad, calidad y aceptabilidad a lo largo del continuo del cuidado de la vida y la salud en respuesta a las necesidades de bienestar, calidad de vida y desarrollo humano y social de la población.
- **Promoción de ciudades, entornos y ruralidades saludables y sostenibles:** se relaciona con el fomento de un ambiente sano, la protección y recuperación de los entornos y ecosistemas, la construcción de zonas verdes biosaludables y de espacios públicos seguros para el disfrute de la vida, el acceso a viviendas dignas y servicios públicos domiciliarios, la mejora del equipamiento de barrios y ruralidades en condiciones de mayor vulnerabilidad, el transporte adecuado, seguro, accesible y universal en el marco de la construcción de un hábitat urbano

y rural saludable y la construcción de vínculos urbano-rurales que faciliten el desarrollo sostenible.

- **Garantía progresiva del derecho humano a la alimentación:** se relaciona con las acciones destinadas a avanzar en el logro del derecho a una alimentación adecuada y sostenible por medio de la producción, distribución y consumo sustentable de alimentos, así como con su disponibilidad, acceso oportuno y aprovechamiento biológico que responda a las necesidades alimentarias, nutricionales y económicas de la población. Así mismo, superar de manera progresiva la inseguridad alimentaria y la malnutrición que afectan las condiciones de vida y salud de los habitantes del territorio colombiano.
- **Garantía de acceso a saneamiento básico y agua apta para consumo humano:** se relaciona con la protección de nacimientos de agua y reservas nacionales, la garantía de la disponibilidad de agua y su gestión adecuada y sostenible y el saneamiento, optimización de sistemas de acueducto y alcantarillado y de tratamiento de aguas residuales y el fomento de prácticas de higiene para el cuidado de la vida y la salud.
- **Construcción de una sociedad más justa y en paz:** se relaciona con la garantía de los derechos humanos por medio de la gobernabilidad efectiva del Estado y la construcción de arreglos institucionales y acuerdos de acción conjunta para el fortalecimiento del gobierno multinivel y la gobernanza democrática, la institucionalización de una cultura favorecedora de lo público y libre de corrupción, la superación de las distintas formas de violencia y de inseguridad en el país, la promoción de procesos de transición hacia una sociedad en paz con justicia social que brinde protección especial a las víctimas del conflicto, la población en proceso de reincorporación a la sociedad civil, la población privada de la libertad y garantice la implementación de los acuerdos de paz, la promoción de la sana convivencia y la construcción de formas dialógicas para afrontar los conflictos y el despliegue de potencialidades individuales y colectivas que contribuyan a la salud, el bienestar y al desarrollo humano y social.

En el capítulo 4 de este documento se presentarán los cuatro pilares que integran estas estrategias alrededor de los sujetos y que serán los elementos que fundamentarán el eje estratégico de gestión intersectorial de los determinantes sociales de la salud, descrito y desarrollado en el capítulo 5.

11. Declaración de los eventos de interés en salud pública

En el marco de lo anterior, este plan pretende impactar en la salud de las personas, familias y comunidades a partir de la incidencia positiva de los determinantes sociales de la salud, promoviendo factores protectores y previniendo la exposición a riesgos que posibiliten eventos de enfermedad. Previamente el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 realizó la declaración de los determinantes sociales de la salud que gestionará de manera integral, decidida y dinámica a través de los ejes estratégicos del Plan, en este apartado el Plan declara los eventos de intereses en salud pública que el país gestionará a través de las acciones propias del sistema de salud, de los otros sectores para evitar su incidencia, mitigar su impacto en la calidad de vida y bienestar de las personas que padecen dichos eventos. La declaración se realiza teniendo en cuenta la historia natural de los eventos de interés en salud pública y reconociendo a través de datos cuantitativos el impacto de dichos eventos en la calidad de vida y su tendencia en términos de la transición epidemiológica. En la Tabla 2 se presentan los criterios desarrollados por cada tipo de evento de interés en salud pública utilizados para esta declaración.

Tabla 2. Criterios para la identificación de los eventos de interés en salud pública.

Grupo de riesgo	Ordenador por condición particular	1 Ordenador de priorización	2 Ordenador de priorización
Enfermedades cardiovasculares	NA	Prevalencia del año 2019	Delta de DALYS 2019-2012
Materno perinatal	NA	Mortalidad	Incidencia
Violencia	NA	Incidencia	DALYS
Cáncer	Prevenibles*	Delta de incidencia	Delta de DALYS 2019-2012
	Tratamiento**	Delta de DALYS 2019-2012	Delta de mortalidad
Salud mental	NA	DALYS 2019	Delta de DALYS 2019-2012
Enfermedades Infecciosas	Tropicales+	Delta de incidencia en departamentos endémicos	NA

Grupo de riesgo	Ordenador por condición particular	1 Ordenador de priorización	2 Ordenador de priorización
	No tropicales	Delta de incidencia poblacional	NA
Enfermedades respiratorias crónicas	NA	DALYS 2019	Delta de DALYS 2019-2012
Salud bucal, visual y auditiva	NA	DALYS 2019	Delta de DALYS 2019-2012
Alteraciones asociadas a la alimentación	NA	Prevalencia del año 2019	Delta de DALYS 2019-2012
Enfermedades autoinmunes	NA	Prevalencia del año 2019	Delta de DALYS 2019-2012
Enfermedades raras y ultra raras	NA	DALYS 2019	Delta de DALYS 2019-2012

* Prevenible: Condiciones de salud tipo cáncer que tienen estrategias de prevención y detección temprana instauradas en el territorio nacional.

** Tratamiento: Condiciones de salud tipo cáncer que tiene disponibilidad de tratamientos quimioterapéuticos/biológicos y pruebas de diagnóstico efectivos.

+ Tropicales: Enfermedades infecciosas que tienen un comportamiento endémico epidémico en zonas tropicales

A continuación, se presentan los eventos de interés en salud pública que gestionará el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 a través del proceso integral de la salud pública para promover procesos de salud y prevenir y mitigar los eventos de enfermedad.

Tabla 3. Declaración de eventos de interés en salud pública

Grupo de riesgo	Eventos
Materno perinatal	Mortalidad materna
	Morbilidad Materna Extrema
	Mortalidad Perinatal
	Mortalidad neonatal
Población en riesgo o con alteraciones asociadas a la alimentación	Deficiencia de vitaminas y minerales
	Lactancia materna
	Enfermedades transmitidas por alimentos
	Dieta mínima aceptable
	Ingesta de alimentos mínimamente procesados
	Retraso en talla
	Desnutrición infantil
	Mortalidad asociada a desnutrición
Población en riesgo o con Alteraciones y trastornos de la salud visual, bucal y auditiva	Exceso de peso (Obesidad y sobrepeso)
	Alteraciones de la salud bucal
	Alteraciones de la salud visual
Población en riesgo o con cáncer	Alteraciones de la salud auditiva
	Cáncer de colon y recto
	Cáncer de cuello uterino
	Cáncer de estómago
	Cáncer de mama
	Cáncer de próstata
	Cáncer de pulmón
	Cáncer de piel
	Cáncer de cuello uterino
	Cáncer infantil (Leucemias y Linfomas)

	Cáncer de piel melanoma	
Enfermedades autoinmunes	Artritis reumatoidea	
Población en riesgo o con enfermedades huérfanas-raras	Enfermedades huérfanas-raras	
	Esclerosis múltiple	
Población en riesgo o con enfermedades cardiovasculares y metabólicas	Diabetes mellitus	
	Enfermedad renal crónica	
	Hipertensión arterial	
	Enfermedades cardiovasculares	
Población en riesgo o con Enfermedades transmisibles	Complejo Teniasis y cisticercosis (impacta epilepsia)	
	Coinfección TB/VIH	
	Enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años	
	Infección Respiratoria Aguda en menores de 5 años	
	Chagas	
	Dengue	
	Enfermedades de transmisión sanguínea	
	Enfermedades de transmisión sexual	
	Enfermedades parasitarias de la piel (escabiosis y tungiasis)	
	Escabiosis (impacta en enfermedad renal)	
	Helmintiasis transmitidas por suelo	
	Hepatitis virales	
	HTLV 1 y 2	
	Infecciones Asociadas a la Atención en Salud y Resistencia Antimicrobiana	
	Leishmaniasis	
	Lepra	
	Malaria	
	Oncocercosis	
	Pian	
	Rabia y otras zoonosis (Brucelosis, toxoplasmosis, leptospirosis y accidente ofídico)	
	Sífilis congénita	
	Tracoma	
	Transmisión materno infantil de VIH, sífilis, Hepatitis B, enfermedad de Chagas	
	Tuberculosis	
	VIH / SIDA	
	Salud mental	Trastornos mentales
		Problemas mentales
		Conducta suicida
		Consumo de sustancias psicoactivas
	Población en riesgo o con enfermedades respiratorias crónicas	Epilepsia
		Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
		Enfermedad respiratoria por COVID 19*
	Violencia	Violencia de genero

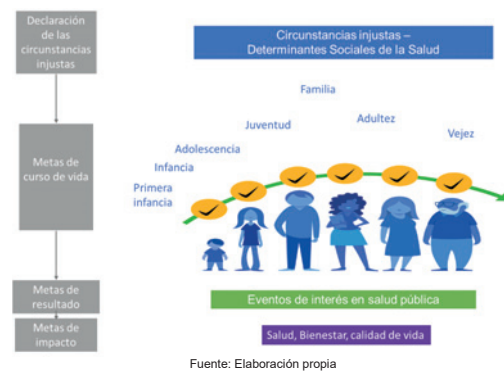
	Conflicto armado
	Lesiones de causa externa
	Lesiones por accidentes de tránsito

*Dado que es una enfermedad nueva y que aún no se reconocen todos los resultados secundarios a la primoinfección se incluirá en el grupo de enfermedades respiratorias crónicas

12. Metas del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031

Teniendo en cuenta la cadena de valor del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, descrita en el capítulo 6, se reconoce la coherencia de la política en el marco de la salud pública y la generación de valor de la misma en la salud y bienestar de las personas. En el gráfico descrito a continuación se plantea la relación entre las declaraciones realizadas en la sección anterior las metas de curso de vida, metas de resultado y metas de impacto que permitirán realizar los propósitos descritos en los fines de la política.

Ilustración 1. Relación entre cadena de valor del PDSP 2022-2031 y el establecimiento de metas



A continuación, se presentan las metas de curso de vida:

Momento de curso de vida	Categoría	Línea de base	Año	Meta
Primera Infancia	Materno - perinatal	En procesamiento	2020	A 2031, el 85% de las gestantes y recién nacidos recibirán atención integral en salud
Primera Infancia	Mortalidad materna	50,7	2019	A 2031, reducir a 32 por 100.000 nacidos vivos la razón de mortalidad materna
Primera Infancia	Mortalidad materna	86,0	2019	A 2031, reducir a 70 por 100.000 nacidos vivos la razón de mortalidad materna en área rural dispersa
Primera Infancia	Mortalidad perinatal	15,0	2020	A 2031, reducir a 13,5 por cada 1.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad perinatal
Primera Infancia	Bajo peso al nacer	9,1	2020	A 2031, mantener en < 9% la proporción de Bajo Peso al Nacer

Primera Infancia	Sífilis congénita	2,8 por mil nacidos vivos (incluidos los mortinatos)	2020	A 2031, se logra reducir la tasa de incidencia de la sífilis congénita (incluidos los mortinatos) a 0,5 casos o menos por cada 1.000 nacidos vivos	Primera infancia	Atención integral	95% (afiliación vigente) 85% (esquema de vacunación completo) Valoración integral (60%)	2021	A 2031, el 95% de los niños y niñas reciben atención integral en el marco de la Política de Estado para el desarrollo Integral en la Primera Infancia
Primera Infancia	VIH	2%	2018	A 2031, se logra mantener el porcentaje de transmisión materno infantil del VIH al 2% o menos, en niños y niñas menores de 2 años	Infancia	Actividad física	31,10%	2015	A 2031, incrementar el 10% de los niños y niñas entre 6 y 12 años cumplan las recomendaciones de actividad física
Primera Infancia	Hepatitis B	En procesamiento	2021	A 2031, se logra reducir la transmisión materno infantil de la hepatitis B al 2% o menos.	Adolescencia	Embarazo en infancia y adolescentes	2,21	2020	A 2031, disminuir la tasa específica de fecundidad adolescente de 10 a 14 años a cero nacimientos por cada 1.000 niñas de 10 a 14 años.
Primera Infancia	Enfermedad de Chagas congénito	0	2021	A 2031, el 15% de municipios logran condiciones de eliminación de enfermedad de Chagas congénito.	Adolescencia	Embarazo en infancia y adolescentes	54,42	2020	A 2031, disminuir la tasa específica de fecundidad adolescente de 15 a 19 años a menos de 40 nacimientos por cada 1000 mujeres adolescentes de 15 a 19 años.
Primera infancia	Mortalidad neonatal	6,7	2020	A 2031, reducir a 6 por cada 1.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad neonatal	Adolescencia	Embarazo en infancia y adolescentes	24	2020	A 2031, Colombia reducirá a menos del 14 % el porcentaje de embarazos subsiguientes en adolescentes de 15 a 19 años.
Primera infancia	Mortalidad infantil	17,34	2019	A 2031, reducir a 15,3 por mil nacidos vivos la tasa de mortalidad infantil	Adolescencia	Inmunoprevenibles	36,2	2021	A 2031, Colombia aumentará a un 90%, la cobertura de vacunación de VPH en mujeres entre los 9 a 17 años.
Primera infancia	Infección respiratoria aguda	13,4	2019	A 2031, reducir en 50% la tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años	Adolescencia	Anticoncepción	19,3%	2015	A 2031, Colombia reducirá a menos del 10%, la necesidad insatisfecha de anticoncepción en adolescentes de 15 a 19 años
Primera infancia	Enfermedad diarreica aguda	5,91	2019	A 2031, reducir en 50% la tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años	Adolescencia	Actividad física	13,40%	2015	A 2031, el 17,3% de los adolescentes cumplen las recomendaciones de actividad física
Primera infancia	Desnutrición aguda	6,75 por 100.000 menores de 5 años	2020	A 2031, reducir a 5 por cada 100.000 menores de 5 años la tasa de mortalidad asociada a desnutrición aguda.	Adolescencia	Actividad física	76,60%	2015	A 2031, disminuir en 5% de los adolescentes, los comportamientos sedentarios relacionados con la exposición excesiva a tiempos en pantallas.
Primera infancia	Desarrollo infantil	SD		A 2025, Colombia establecerá una línea de base en relación al desarrollo infantil de niños y niñas en primera infancia.	Adolescencia	Calidad de la atención	12 Departamentos y Distritos	2021	A 2031, el 100% de los Departamentos y Distritos cuentan con evaluación de la calidad de la atención a adolescentes y jóvenes en prestadores de servicios de salud
Primera infancia	Alimentación saludable	36,1%	2015	A 2031, el 50% de los niños menores de 6 meses tienen lactancia materna exclusiva	Infancia adolescencia	Atención integral	En procesamiento	2021	A 2031, el 80% de los niños y niñas y adolescentes reciben atención integral en el marco de la Política de Infancia y Adolescencia.
Primera infancia	Inmunoprevenibles	Recién Nacidos con BCG/HB:89,9% Niños y niñas menores de un año tercera dosis de pentavalente:93,5% Niños y niñas de 12 a 23 meses primera dosis de triple viral:94,5% Niños y niñas de 5 años refuerzo de triple viral:89,3%	2019*	A 2031, Colombia logrará coberturas útiles de vacunación (95% -biológicos trazadores).	Primera infancia Infancia Adolescencia	Salud nutricional	En procesamiento	2021	A 2031 Colombia aumentará en 10% la proporción de niñas, niños y adolescentes con estado nutricional adecuado
Primera infancia	Alimentación saludable	36,50%	2015	A 2031, el 50% de los niños entre 6 a 23 meses reciben una dieta mínima aceptable	Primera infancia Infancia Adolescencia	Salud bucal	44% En procesamiento (Fuente Res.202/21)	2014	A 2031, incrementar en 40% la población del país sin caries, con énfasis en la primera infancia, niñez y adolescencia - Índice de Caries Dental=0.
Primera infancia	Actividad física	25,60%	2015	A 2031, el 30% de los niños y niñas entre 3 y 5 años cumplan las recomendaciones de actividad física a través del juego activo					
Primera infancia Infancia Adolescencia	Actividad física	67,60%	2015	A 2031, disminuir en 5% los comportamientos sedentarios relacionados con la exposición excesiva a tiempo en pantallas en niños y niñas en edad escolar	Primera Infancia - Infancia - Adolescencia - Juventud - Adultez - Vejez	Gestión del riesgo individual	SD		A 2031, al 100% de las personas con riesgo detectado en las intervenciones individuales para la promoción y el mantenimiento de la salud, recibirán atención oportuna
Adolescencia	Involucramiento parental	59,3	2016	A 2031, el 75% de los adolescentes cuentan con involucramiento parental reportado	Nota: Las metas relacionadas previamente, se armonizarán con las metas de las Rutas Integrales de Atención en Salud. Las líneas de base son y serán tomadas de las propuestas realizadas en el marco de dicho proceso.				
Adolescencia Juventud Adultez	Anticoncepción	14%	2015	A 2031, la prevalencia del uso actual de métodos anticonceptivos de larga duración reversibles en mujeres de 13 a 49 años será superior al 25 %.	Metas de Salud Ambiental				
Juventud	Cáncer de cuello uterino	51,13% En procesamiento Resolución 202/21 - RIPS	2020	A 2031, el 85% de las mujeres entre 25 y 29 años son tamizadas para cáncer de cuello uterino.	Categoría	Línea de base	Año	Meta	
Juventud Adultez Vejez	Salud bucal	30%	2014	A 2031, incrementar en el 30% la población mayor de 18 años sin pérdida dental (dentición permanente) por enfermedad bucodental prevenible.	PISA	0	2022	A 2031, el 100% de las entidades territoriales habrán implementado la Política Integral de Salud Ambiental (PISA)	
Juventud Adultez Vejez	Actividad física	22,50%	2015	A 2031, el 30% de la población entre 18 y 64 años cumple las recomendaciones de actividad física en tiempo libre	Calidad del agua	41%	2020	A 2031, el 80% de los municipios contará con la Certificación Sanitaria expedida mediante el Sistema de Información de la Vigilancia de la Calidad del Agua para Consumo Humano-SIVICAP	
Adultez Vejez	Cáncer de cuello uterino	51,13% En procesamiento Resolución 202/21 - RIPS	2020	A 2031, el 85% de las mujeres de 30 a 65 años son tamizadas para cáncer de cuello uterino	Sustancias químicas	0	2022	A 2031, Colombia habrá diseñado e implementado del Sistema de Gestión Toxicológica para el monitoreo de los efectos en salud asociados a las sustancias químicas.	
Adultez Vejez	Cáncer de mama	23,87% En procesamiento Resolución 202/21 - RIPS	2020	A 2031, el 70% de las mujeres de 50 a 69 años son tamizadas para cáncer de mama con mamografía bial.	Entornos saludables	0	2022	A 2031, el 100% las DTS departamentales, distritales y municipios categoría 1,2 y 3 implementan las estrategias de Entornos Saludables (hogar, laboral con énfasis en la informalidad, Comunitario, Educativo).	
Adultez Vejez	Cáncer de próstata	En procesamiento	2021	A 2031, el 60% de hombres entre 50 y 75 años son tamizados para cáncer de próstata	IVC - sanitario	0	2022	A 2031, el 100% de las entidades territoriales, habrán implementado los procesos del Modelo de IVC.	
Adultez Vejez	Cáncer de colon	1,8 En procesamiento Resolución 202/21 - RIPS	2020	A 2031, el 80% de personas entre 50 y 75 años son tamizadas para cáncer de colon y recto.	Cambio climático	0	2022	A 2031, se formularán acciones de adaptación en promoción de la salud y prevención de la enfermedad que aporten a reducir los casos de enfermedades sensibles al clima en el 100% de las Entidades Territoriales en el sector salud, del nivel departamental, distrital y municipal de categoría 1, 2 y 3, y estarán implementadas en un 40% de éstas.	
Adultez Vejez	Hepatitis virales	En procesamiento	2021	A 2031, por lo menos el 75% de las personas de 50 a 70 años de edad han sido tamizadas para la hepatitis C	Cambio climático	0	2022	A 2031, el 40% de las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud del sector público implementarán acciones de adaptación ante los posibles eventos asociados por variabilidad y cambio climático.	
Primera Infancia - Infancia - Adolescencia - Juventud - Adultez - Vejez	Actividad física	Caminar: 31,7% Montar en bicicleta: 4,9%	2015	A 2031, incrementar el 30% de población entre 18 y 64 años que cumple las recomendaciones de actividad física caminando o montando en bicicleta como medio de transporte	Finalmente, a continuación, se presentan las metas por eventos de interés en salud pública				
Primera Infancia - Infancia - Adolescencia - Juventud - Adultez - Vejez	Alimentación saludable	59,2%	2015	A 2031, incrementar el 5% de la ingesta total de energía proveniente de alimentos mínimamente procesados.	Población con riesgo o presencia de eventos	Categoría	Línea de base	Año	Meta
Primera Infancia - Infancia - Adolescencia - Juventud - Adultez - Vejez	Atención integral en salud	SD		A 2031, el 80% de las personas recibirán atención integral para la promoción y mantenimiento de la salud	Personas en riesgo o con alteraciones nutricionales	Alteraciones nutricionales	10,8	2015	A 2031, disminuir 20% la prevalencia por retraso en talla en menores de 5 años.
					Personas en riesgo o con alteraciones nutricionales	Alteraciones nutricionales-deficiencia de vitaminas y minerales	24,7	2015	A 2031, reducir en un 20% de la anemia en los niños, niñas menores de 5 años
					Personas en riesgo o con alteraciones nutricionales	Exceso de peso	Primera infancia:6,4% Infancia:24,4% Adolescencia:17,9% Adultos:56,5%	2015	A 2031, Colombia evitará el aumento en el exceso de peso en todos los momentos de curso de vida

Población en riesgo de desarrollar enfermedades no transmisibles	Tabaquismo	9,75% en población entre 12 y 65 años	2019	A 2031, reducir la prevalencia de consumo de tabaco en población general de 12 a 65 años por debajo de 6%
Población en riesgo de desarrollar enfermedades no transmisibles	Tabaquismo	0,67 % en población entre 12 y 65 años	2019	A 2031, reducir la prevalencia del consumo de productos sucedáneos e imitadores de productos de tabaco en el 40%.
Población en riesgo de desarrollar enfermedades no transmisibles	Tabaquismo	\$2.800 por cajetilla de 20 unidades.	2021	A 2031, triplicar los impuestos específicos indexados al IPC para productos de tabaco y sus derivados.
Población en riesgo o con alteraciones y trastornos de la salud visual, bucal y auditiva	Salud auditiva	2,26% DALYs	2019	A 2031, reducir en 8,7 % los DALYs atribuidos a pérdida auditiva.
Población en riesgo o con alteraciones y trastornos de la salud visual, bucal y auditiva	Salud visual	1,33 DALYs	2019	A 2031, reducir en 13,1% los DALYs atribuidos a ceguera y baja visión
Población en riesgo o con cáncer	Cáncer	138.000 casos nuevos	2020	A 2031, garantizar al 100% que las personas con cáncer accedan a consulta inicial de cuidado paliativo**
Población en riesgo o con cáncer	Cáncer de colon y recto	30,82	2020	A 2031, incrementar por encima del 50% la proporción de casos de cáncer de colon y recto diagnosticados en estadios tempranos
Población en riesgo o con cáncer	Cáncer de colon y recto	42,35 días	2020	A 2031, se garantiza que en menos de 30 días se realiza la confirmación diagnóstica en personas con tamización positiva para cáncer de colon y recto
Población en riesgo o con cáncer	Cáncer de colon y recto	61,64 días	2020	A 2031, garantizar que en menos de 30 días se inicie el tratamiento a personas con diagnóstico positivo de cáncer de colon y recto
Población en riesgo o con cáncer	Cáncer de colon y recto	6,6 x 100.000 hab.	2020	A 2031, reducir a 5 por 100.000 habitantes la tasa de mortalidad por cáncer de colon y recto
Población en riesgo o con cáncer	Cáncer de cuello uterino	En procesamiento	2020	A 2031, se garantiza que en menos de 30 días se realice la confirmación diagnóstica en 90% mujeres con tamización positiva para cáncer de cuello uterino
Población en riesgo o con cáncer	Cáncer de cuello uterino	79,13 días	2020	A 2031, garantizar que en menos de 30 días se inicie el tratamiento al 100% de mujeres con diagnóstico positivo de cáncer de cuello uterino.
Población en riesgo o con cáncer	Cáncer de cuello uterino	7,04 x 100.000 mujeres	2020	A 2031, reducir la mortalidad por cáncer de cuello uterino a 5,5 por 100.000.
Población en riesgo o con cáncer	Cáncer de mama	Estadio I y II: 49,38%	2020	A 2031 incrementar la proporción de casos de cáncer de mama en estadios tempranos por encima del 60%
Población en riesgo o con cáncer	Cáncer de mama	En procesamiento	2020	A 2031, se confirmará el diagnóstico en menos de 30 días al 100% de las mujeres con mamografías reportadas como BIRADS 4 o más.
Población en riesgo o con cáncer	Cáncer de mama	70,25 días	2020	A 2031, garantizar que en menos de 30 días se inicie el tratamiento al 100% de las mujeres con diagnóstico positivo de cáncer de mama.
Población en riesgo o con cáncer	Cáncer de mama	14,42 x 100.000 hab.	2020	A 2031, mantener la tasa de mortalidad de cáncer de mama en 14 x 100.000 habitantes.
Población en riesgo o con cáncer	Cáncer de próstata	LB: 67,46 CAC (estadios I y II)	2020	A 2031 incrementar la proporción de casos de cáncer de próstata en estadios tempranos
Población en riesgo o con cáncer	Cáncer de próstata	En procesamiento	2020	A 2031, el 80% de los hombres con resultados positivo en el tamizaje de próstata tendrá acceso a la confirmación diagnóstica en menos de 30 días.
Población en riesgo o con cáncer	Cáncer de próstata	Tasa ajustada para la edad LB: 87,66 días CAC	2020	A 2031, el 100% de los hombres con diagnóstico confirmado de cáncer de próstata tendrá acceso al tratamiento en menos de 30 días.
Población en riesgo o con cáncer	Cáncer de próstata	13,8 x 100.00hab.	2020	A 2031, reducir a 10,9 casos *100.000 la tasa de mortalidad de cáncer de próstata en 10,9 x 100.000 habitantes.
Población en riesgo o con cáncer	Cáncer de piel melanoma	Tasa de mortalidad 0,75	2019	A 2031, mantener la tasa de mortalidad por melanoma en 0,7 casos * 100.000 personas.
Población en riesgo o con cáncer	Cáncer de pulmón	Tasa de mortalidad por tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón: 9,16	2019	A 2031, reducir a 7 la tasa de mortalidad por tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón
Población en riesgo o con cáncer	Cáncer infantil	4,41x100.000 hab.	2020	A 2031, se reducirá la tasa de mortalidad por cáncer infantil a menos de 4,00 x 100000 niños, niñas y adolescentes.
Población en riesgo o con cáncer	Cáncer infantil	23,4 días	2020	A 2031, garantizar la oportunidad de acceso al tratamiento en 5 días en los menores de 18 años con diagnóstico de LAP.
Población en riesgo o con cáncer	Leucemias en niños, niñas y adolescentes hasta 18 años	57,7	2012-2016	A 2031 garantizar la supervivencia global en niños, niñas y adolescentes con leucemias por encima del 70%.
Población en riesgo o con cáncer	Linfomas en niños, niñas y adolescentes hasta 18 años	84,1	2012-2016	A 2031 garantizar la supervivencia global en niños, niñas y adolescentes con linfoma por encima del 85%.
Población en riesgo o con cáncer	Sistema nervioso central - niños, niñas y adolescentes	51,9	2012-2016	A 2031 garantizar la supervivencia global en niños, niñas y adolescentes con cáncer infantil del sistema nervioso central por encima de 60%.
Población en riesgo o con enfermedades huérfanas/raras	Enfermedades huérfanas/raras	0	2022	A 2031, en el 100 % de las entidades territoriales implementarán el Plan Nacional de Gestión Enfermedades Huérfanas/Raras
Población en riesgo o con enfermedades	Cardiopatía hipertensiva	0,71	2019	A 2031 Colombia reducirá en 13,2 % los DALYs atribuidos a cardiopatía hipertensiva

cardiovasculares y metabólicas				
Población en riesgo o con enfermedades cardiovasculares y metabólicas	Diabetes mellitus	4,13	2019	A 2031 Colombia reducirá en 19,1% los DALYs atribuidos a Diabetes Mellitus tipo 2
Población en riesgo o con enfermedades cardiovasculares y metabólicas	Diabetes mellitus	54,18	2020	A 2031, aumentar al 80% las personas diabetes controladas
Población en riesgo o con enfermedades cardiovasculares y metabólicas	Enfermedad renal crónica	2,26	2019	A 2031 Colombia reducirá en 10,0% los DALYs atribuidos a enfermedad renal crónica
Población en riesgo o con enfermedades cardiovasculares y metabólicas	Evento cerebrovascular	3,02	2019	A 2031 Colombia reducirá en 7,2% los DALYs atribuidos a evento cerebrovascular
Población en riesgo o con enfermedades cardiovasculares y metabólicas	Hipertensión arterial	55%	2020	A 2031, aumentar en un 70% el porcentaje de captación de personas con hipertensión arterial
Población en riesgo o con enfermedades cardiovasculares y metabólicas	Enfermedades no transmisibles	238,76x100.000 hab.	2020	A 2031, reducir la mortalidad prematura por ENT en un 25% en la población de 30 a 70 años.
Población en riesgo o con enfermedades cardiovasculares y metabólicas	Enfermedad renal crónica	Sin pérdida de función renal en personas con ERC: Estadio 1 y 2: Cockcroft 44,61% CKD EPI: 74,73% Estadio 3a: Cockcroft 80,87% CKD EPI: 77,66% Estadio 3b: Cockcroft 89,80% CKD EPI: 83,56% Estadio 4: Cockcroft 96,14% CKD EPI: 90,62%	2020	A 2031, reducir en 50% la progresión de enfermedad renal crónica en personas con hipertensión, diabetes y enfermedad renal crónica estadios 1,2, 3 y 4***
Población en riesgo o con enfermedades infecciosas	Complejo teniasis y cisticercosis	0	2021	A 2031 se alcanzarán coberturas de desparasitación masiva para el complejo teniasis/cisticercosis en la población en riesgo de cada foco priorizado, de al menos el 80% en cada ronda anual de tratamiento.
Población en riesgo o con enfermedades infecciosas	Dengue	0,13%	2012-2020	A 2031, se reduce la letalidad por dengue, por lo menos en un 20%.
Población en riesgo o con enfermedades infecciosas	Enfermedad de Chagas	7,50%	2012-2021	A 2031, se reduce 20% la letalidad por enfermedad de Chagas agudo.
Población en riesgo o con enfermedades infecciosas	Enfermedad de Chagas	66 municipios	2021	A 2031, 156 municipios han logrado la certificación internacional de la interrupción de la transmisión de T. cruzi por vectores domiciliados
Población en riesgo o con enfermedades infecciosas	Enfermedades transmitidas por alimentos	51%	2021	A 2031, 100% de las entidades territoriales de orden departamental y distrital, cuentan con lineamientos implementados de la estrategia de Gestión Integrada de las Enfermedades Transmitidas por Alimentos.
Población en riesgo o con enfermedades infecciosas	Helminthiasis transmitidas por el suelo	Escolar de 5 a 14 años 54,77% Preescolares (1 a 4 años): 0%	2019	A 2031 departamentos y distritos con población en riesgo, logran alcanzar y mantener las coberturas anuales de desparasitación antihelmíntica iguales o superiores al 75%, en niños elegibles en edad preescolar y escolar.
Población en riesgo o con enfermedades infecciosas	Hepatitis virales	67,4%	2019	A 2031, el 80% de las personas con criterio de tratamiento y diagnóstico de hepatitis C iniciaron tratamiento.
Población en riesgo o con enfermedades infecciosas	Hepatitis virales	SD		A 2031, el 50% de las personas pertenecientes a poblaciones vulnerables han sido tamizadas para hepatitis B, en las entidades territoriales priorizadas
Población en riesgo o con enfermedades infecciosas	Infección respiratoria aguda enfermedad diarreica aguda	42%	2021	A 2031 se logra la implementación de las estrategias (institucional, comunitaria, intersectorial) del programa nacional de prevención, manejo y control de la IRA y EDA en el 100% de las entidades territoriales.
Población en riesgo o con enfermedades infecciosas	Infecciones asociadas a la atención en salud y resistencia antimicrobiana	20%	2021	A 2031, el 100% de IPS de mediana y alta complejidad, incrementan la cobertura en la implementación del programa de IAAS y RAM, en todos sus componentes.
Población en riesgo o con enfermedades infecciosas	Infecciones asociadas a la atención en salud y resistencia antimicrobiana	56%	2021	A 2031, el 100% de IPS de mediana y alta complejidad, logran incrementar la cobertura de la estrategia multimodal de higiene de manos.
Población en riesgo o con enfermedades infecciosas	Infecciones de transmisión sanguínea	HTLV: 321, VIH: 903, HepB:193, Hep C: 77, Enfermedad de Chagas: 590, Sífilis 344	2021	A 2031, 70% de las personas que son confirmadas por banco de sangre para HTLV, VIH, Hepatitis B y C, enfermedad de Chagas y sífilis acceden a la atención integral en salud.
Población en riesgo o con enfermedades infecciosas	Inmunoprevenibles	1	2021	Al 2031, Colombia mantendrá la implementación de los planes orientados a la erradicación de poliomielitis, eliminación de Sarampión y Rubéola, control y eliminación de eventos inmunoprevenibles, Síndrome de Rubéola Congénita, Tétanos Neonatal, Fiebre Amarilla, Difteria, Tuberculosis Meningea, Hepatitis A, B y C, Neumococo, Haemophilus influenzae tipo B, Meningococo, diarreas por Rotavirus, Tos ferina, Parotiditis e Influenza, eliminación de la transmisión materno infantil de la hepatitis B.
Población en riesgo o con enfermedades infecciosas	Leishmaniasis	0 de 47 municipios.	2021	A 2031, el 20% de los municipios de los focos de leishmaniasis visceral logran condiciones de eliminación como problema de salud pública.

Población en riesgo o con enfermedades infecciosas	Leishmaniasis	9,50%	2012 - 2019	A 2031, se reduce el 15% los casos de Leishmaniasis cutánea en menores de 10 años de edad.
Población en riesgo o con enfermedades infecciosas	Lepra	0,58 x 1,000.000 hab	2021	A 2031, se logra disminuir en un 50% la tasa de discapacidad grado severo en las personas con diagnóstico nuevo de lepra.
Población en riesgo o con enfermedades infecciosas	Lepra	0,07 x 10,000 hab	2021	A 2031, se logra disminuir en un 50%, la tasa de incidencia de lepra o enfermedad de Hansen
Población en riesgo o con enfermedades infecciosas	Malaria	196 muertes	2012-2020	A 2031, se reduce en 60% las muertes por malaria en el periodo 2022- 2031.
Población en riesgo o con enfermedades infecciosas	Malaria	Los municipios clasificados con: Estrato 1: 377 municipios Estrato 2: 77 municipios sin población a riesgo de malaria. Estrato 3: 206 municipios Estrato 4: 389 municipios Estrato 5: 72 municipios	2021	A 2031, 30% de municipios endémicos para malaria pasan de categoría de riesgo 4 a 3
Población en riesgo o con enfermedades infecciosas	Malaria	72 municipios: riesgo 5 389 municipios riesgo 4	2021	A 2031, 50% de municipios endémicos para malaria pasan de categoría de riesgo 5 a 4
Población en riesgo o con enfermedades infecciosas	Pian	0	2020	A 2031, el 100% de los departamentos endémicos realizan la caracterización epidemiológica y serológica del pian y se realizan intervenciones.
Población en riesgo o con enfermedades infecciosas	Rabia	0 departamentos y municipios	2021	A 2031, 30% de departamentos desarrollan acciones de control relacionadas con la rabia humana asociada a los linajes del ciclo silvestre.
Población en riesgo o con enfermedades infecciosas	Rabia	0 departamentos y municipios	2021	A 2031, 50% de departamentos y distritos logran condiciones de eliminación de la rabia transmitida por perros.
Población en riesgo o con enfermedades infecciosas	Tracoma	0%	2021	A 2031, el 100% de las entidades territoriales departamentales, endémicas para tracoma, sostienen cada año coberturas de administración masiva de azitromicina iguales o superiores al 80%
Población en riesgo o con enfermedades infecciosas	Tracoma	0,29 x 1000 hab	2021	A 2031, se reducirá el 20% la prevalencia anual de personas con Triquiasis Tracomatosa (TT)
Población en riesgo o con enfermedades infecciosas	Tuberculosis	71%	2020	A 2031, se logra el 90% de tratamiento exitoso en pacientes con tuberculosis
Población en riesgo o con enfermedades infecciosas	Tuberculosis	1,93 x 100,000 habitantes	2020	A 2031, se logra reducir el 50% la tasa de mortalidad por 100mil habitantes, causada por la tuberculosis en Colombia.
Población en riesgo o con enfermedades infecciosas	VIH	19%	2019	A 2031, por lo menos el 55% de las personas que viven con VIH se diagnostican en estadios tempranos de la infección (estadio 0 y 1 de acuerdo con la clasificación clínica del CDC 2014)
Población en riesgo o con enfermedades infecciosas	Zoonosis	10% implementación de planes estratégicos en DTS departamentales y distritales.	2012-2021	A 2031, el 100% de las DTS departamentales, distritales y municipios categorías especial, 1, 2 y 3, implementan los planes estratégicos para la vigilancia y control de zoonosis (brucelosis, toxoplasmosis congénita y gestacional, leptospirosis, accidente ofídico).
Población en riesgo o con enfermedades pulmonares crónicas	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	2,47	2019	A 2031 Colombia reducirá en 8.8 % los DALYS atribuidos a EPOC
Población en riesgo o con problema y trastornos mentales, consumo de sustancias psicoactivas y epilepsia	Consumo de sustancias psicoactivas	13,6 años	2016	A 2031, Colombia aumentará la edad de inicio de consumo de sustancias ilícitas a más de 14 años en población en edad escolar.
Población en riesgo o con problema y trastornos mentales, consumo de sustancias psicoactivas y epilepsia	Consumo de sustancias psicoactivas	12,85 años	2016	A 2031, Colombia aumentará la edad inicio de consumo de alcohol a más de 14 años en población en edad escolar.
Población en riesgo o con problema y trastornos mentales, consumo de sustancias psicoactivas y epilepsia	Consumo de sustancias psicoactivas	7,97	2016	A 2031, Colombia reducirá en 10% la prevalencia de último año el consumo de marihuana en población escolar.
Población en riesgo o con problema y trastornos mentales, consumo de sustancias psicoactivas y epilepsia	Consumo de sustancias psicoactivas	59,59	2016	A 2031, Colombia disminuirá en 10% la prevalencia año del consumo de alcohol en población escolar.
Población en riesgo o con problema y trastornos mentales, consumo de sustancias psicoactivas y epilepsia	Consumo de sustancias psicoactivas	0,98	2019	A 2031 Colombia reducirá en 4,7% los DALYS atribuidos a trastornos por consumo de alcohol
Población en riesgo o con problema y trastornos	Depresión	1,63	2019	A 2031 Colombia reducirá en 4,3% los DALYS atribuidos a depresión
mentales, consumo de sustancias psicoactivas y epilepsia				
Población en riesgo o con problema y trastornos mentales, consumo de sustancias psicoactivas y epilepsia	Enfermedad de Alzheimer y otras demencias	1,62	2019	A 2031 Colombia reducirá en 15,4% los DALYS atribuidos a Enfermedad de Alzheimer y otras demencias
Población en riesgo o con problema y trastornos mentales, consumo de sustancias psicoactivas y epilepsia	Epilepsia	0,89	2019	A 2031 Colombia reducirá en 0,9% los DALYS atribuidos a epilepsia
Población en riesgo o con problema y trastornos mentales, consumo de sustancias psicoactivas y epilepsia	Esquizofrenia	0,81	2019	A 2031 Colombia reducirá en 4,8% los DALYS atribuidos a esquizofrenia
Población en riesgo o con problema y trastornos mentales, consumo de sustancias psicoactivas y epilepsia	Suicidio	5,5 por 100.000 habitantes	2020	a 2031, mantener la tasa de mortalidad de suicidio por debajo de 5
Población en riesgo o con problema y trastornos mentales, consumo de sustancias psicoactivas y epilepsia	Trastorno bipolar	0,71	2019	A 2031 Colombia reducirá en 2,3% los DALYS atribuidos a trastorno bipolar
Población en riesgo o con problema y trastornos mentales, consumo de sustancias psicoactivas y epilepsia	Trastorno de ansiedad	1,95	2019	A 2031 Colombia reducirá en 11,6% los DALYS atribuidos a trastorno de ansiedad
Población víctima por sexo, género, conflicto armado y lesiones de causa externa	Lesiones de causa externa	24,37 x 100.000 hab.	2020	A 2031, disminuir la tasa de homicidios a 16,4 por 100.000 habitantes.
Población víctima de violencia por sexo, género, conflicto armado y lesiones de causa externa	Lesiones de causa externa	240 por 100.000 Habitantes	2021	A 2031, disminuir la tasa de violencia interpersonal a 230 por 100.000 habitantes
Población víctima de violencia por sexo, género, conflicto armado y lesiones de causa externa	Víctimas de conflicto armado	79605	2021	A 2031, se espera aumentar a 1,716,222 el número de personas víctimas de conflicto armado que han accedido a la atención psicosocial por demanda y búsqueda activa en el marco del PAPSIVI
Población víctima de violencia por sexo, género, conflicto armado y lesiones de causa externa	Víctimas de conflicto armado	1120 municipios		A 2031, 100% de los municipios implementan Programas para la Promoción de la Salud y Calidad de Vida, prevención de riesgos y atención integral de personas víctimas del conflicto armado.
Población víctima de violencia por sexo, género, conflicto armado y lesiones de causa externa	Víctimas de conflicto armado	7349591	2022	A 2031, están afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el 97% del total de personas víctimas del conflicto armado vivas y activas.
Población víctima de violencia por sexo, género, conflicto armado y lesiones de causa externa	Víctimas de conflicto armado	725622	2021	A 2031, en el marco del PAPSIVI, 1.716.322 personas víctimas del conflicto armado han accedido a la atención psicosocial por demanda y búsqueda activa
Población víctima de violencia por sexo, género, conflicto armado y lesiones de causa externa	Víctimas de conflicto armado	36932	2019	A 2031, según su necesidad, 40.460 víctimas reciben servicios en salud, relacionados con procesos de rehabilitación física.
Población víctima de violencia por sexo, género, conflicto armado y lesiones de causa externa	Víctimas de conflicto armado	23742	2019	A 2031, de acuerdo con su necesidad, 26.010 personas víctimas reciben servicios en salud relacionados con procesos de rehabilitación mental
Población víctima de violencia por sexo, género, conflicto armado y lesiones de causa externa	Violencia sexual y género	0	2021	A 2031, el 100% de los municipios contarán con una ruta intersectorial para la atención integral a las víctimas de violencia sexual y género en el mecanismo articulador territorial (Decreto 1710 de 2020)
Población víctima de violencia por sexo, género, conflicto armado y lesiones de causa externa	Violencia sexual y género	0	2021	A 2031, Garantizar al 100% de las mujeres y sus hijos víctimas de violencia sexual y de género la atención en salud
Enfermedades huérfanas / raras	Esclerosis múltiple	0,029	2019	A 2031, Colombia reducirá en 5,3% los DALYS atribuidos a esclerosis múltiple

Enfermedades autoinmunes	Artritis reumatoidea	0,21	2019	A 2031, Colombia reducirá en 7.1% los DALYS atribuidos a artritis reumatoidea
--------------------------	----------------------	------	------	---

Capítulo 4. Abordajes Conceptuales y Pilares del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031

La salud pública es un campo de acción estatal y social de relevancia para la garantía del derecho a la salud y por tanto sus actuaciones sectoriales¹⁷ 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 y ejercicio efectivo de otros derechos y, a su vez, los logros en salud dependen de la garantía de múltiples obligaciones establecidas en los contenidos de los derechos ratificados por el Estado colombiano, y que hacen parte del bloque de constitucionalidad.

Este capítulo se organiza en tres grandes apartes. El primero, referido a los derechos, sus diferenciales y el abordaje integral e integrado de los sujetos de derecho y los sujetos de especial protección constitucional, 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 2022 – 2031.

El segundo, incluye los abordajes y modelos desde la salud pública y el desarrollo humano sostenible, que guían el modo de proteger y mejorar la salud de los habitantes de Colombia, con alcances que trascienden lo sectorial y enfatizan los determinantes sociales de la salud. El capítulo se construye con base en aportes, revisiones y trabajo conjunto entre diferentes actores y desde definiciones documentales y normativas internacionales y nacionales. Propone una síntesis que orienta lo definido en el Plan Decenal y determina 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 el significado de los sujetos de derecho y 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 pilares que establecen el contenido y alcance de la salud pública, como base de la organización estratégica y operativa del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031.

Para efectos del capítulo se reconoce que no existen únicas aproximaciones a ninguno de los aspectos que se recogen; sin embargo, se considera pertinente que la acción en salud pública y, en particular, el Plan Decenal de Salud Pública 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 institucionales y sociales de diversos órdenes que, de forma planeada, 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.

1. Abordaje de los sujetos de derecho en la salud pública: Derechos, diversidad y enfoque interseccional

1.1. Enfoque 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 constitucionalidad¹⁸ múltiples instrumentos internacionales relacionados con los Derechos Humanos y el Derecho Internacional Humanitario; no solo como decisión jurídica, sino como un compromiso de trabajar por su garantía, protección, goce y ejercicio 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.

¹⁷ Se refiere al sector administrativo de salud y protección social.

¹⁸ 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.

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 políticas públicas y de planes como el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031. Por tanto, el enfoque 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 Plan Decenal de Salud Pública 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 fundamentales.¹⁹ De otro lado, con respecto a los Derechos Económicos Sociales Culturales y Ambientales DESCA, 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.²⁰

A lo anterior y dadas las específicas situaciones que se viven cotidianamente en Colombia se une lo relativo al Derecho internacional humanitario (DIH), en tanto se mantiene el conflicto armado y socio político en la mayoría del territorio, desde donde se busca limitar su impacto, tanto en las personas y grupos que participan directamente, como entre quienes no están involucrados de manera directa, pero son afectados de distintas formas. En este mismo espacio, es necesario reconocer que tanto los conflictos armados como otras situaciones²¹ 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 y ejercicio del derecho a la salud, a las que se agregan otros fenómenos, como lo es la migración internacional desde países vecinos.

En el marco del reconocimiento constitucional de los derechos humanos, 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, respeto, promoción y, en caso de vulneraciones e impactos desproporcionados, deben asegurar su restablecimiento, reparación y no repetición. De ahí que el Plan Decenal de Salud Pública 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 enfoque 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, esto significa que un conjunto de derechos no puede disfrutarse plenamente sin

¹⁹ 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.

²⁰ 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 DESCA “[...] 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 DESCA 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.

²¹ Violencia, afectaciones ambientales, minería, disputas territoriales, extractivismo, contaminación con importantes efectos sociales, políticos, económicos, ambientales.

los otros (OHCHR, 2022). La interdependencia establece relaciones recíprocas e incidentes²² 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. El enfoque de derechos asume que todos aquellos que confluyen en una vida digna, deben ser incorporados, analizados y garantizados de manera conjunta.

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.²³ Los derechos humanos y su protección, llevan implícito el reconocimiento a la diversidad, derivada de múltiples diferenciales y, por ende, la obligación de contar con medidas afirmativas que los identifiquen, reconozcan y respondan con equidad, e incluso desde una respuesta institucional diferenciada y específica, acorde con las particularidades poblacionales.

En relación con la **igualdad sustancial** se hace referencia a la equidad; siendo necesario resaltar el sentido de justicia que subyace a este término, relacionado con un trato libre de discriminación para todas las personas, desde el reconocimiento de las diferencias singulares y colectivas. La equidad en salud “es un componente fundamental de la justicia social que indica la ausencia de diferencias evitables, injustas o remediabiles entre grupos de personas debido a sus circunstancias sociales, económicas, demográficas o geográficas” (OPS, s.f.).²⁴ Debido a que lo que se puede evitar o remediar puede variar a través del tiempo y el lugar, la concepción que se tenga de la equidad en salud puede también cambiar según las sociedades. En todo caso, “la equidad en salud enfatiza que la mayoría de las diferencias en el estado y los resultados de salud entre grupos no son el resultado de diferencias biológicas, sino que resultan de procesos sociales y económicos que crean y recrean diferencias en el acceso a la salud” (OPS, s.f.). Por lo tanto, lograr la equidad en salud requiere tantas acciones de reconocimiento como acciones distributivas de recursos, bienes y servicios.

Los resultados del incumplimiento en la garantía del goce y ejercicio de los derechos establecen distintas situaciones, muchas veces permanentes, que agregan vulnerabilidad²⁵ 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 mejora sustentada y continua en un acumulado de medidas de garantía, que busquen explícitamente ganancias permanentes en el ejercicio y goce efectivo de los derechos.

Implica gradualidad en su reconocimiento con la expresa prohibición de retroceder sobre lo alcanzado y avanzar significativamente en reducir lo que afecte el goce efectivo del derecho fundamental a la salud. 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; que infieren el desarrollo de acciones preferenciales y diferenciales. Los énfasis están en los sujetos de derecho, sus relaciones, sus contextos y sus referentes personales, familiares y sociales.

²² 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 votado 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).

²³ 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.

²⁴ <https://www.paho.org/es/temas/equidad-salud>

²⁵ 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).

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).

1.2. 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 constituyen 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 deben 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 o brechas de equidad entre grupos o segmentos poblacionales.

La normatividad vigente establece que el Estado debe ofrecer garantías especiales a estos segmentos, con el fin de responder a sus particularidades, pues se diferencian del resto en cuanto a la especificidad de sus fragilidades, "la desigualdad formal y real", las necesidades de protección y atención distintas y a las posibilidades de reconstruir su proyecto de vida digna (Corte Constitucional: sentencia C-438 de 2013).

La Corte Constitucional se ha referido a la categoría de "sujetos de especial protección constitucional", señalando como tales a sujetos como los niños y niñas, las madres cabeza de familia, a las personas en situación de discapacidad, a la población desplazada, a las personas mayores, y todas aquellas personas que por su situación de "debilidad manifiesta" o "estado de indefensión", están en una posición de desigualdad material con respecto al resto de la población, considerando que requieren de un tratamiento de especial protección y, por ende, se les debe aplicar un "amparo reforzado", debido a la deuda histórica del Estado con estos grupos poblacionales" (Corte Constitucional en su Auto 006 de 2009, Sentencia T-282, 2008 y T-341 de 2012, C-293 de 2010).

En consecuencia, aclara la Corte Constitucional que no se debe confundir la vulnerabilidad de estas personas con su condición misma, sino por la desprotección histórica y por la carencia de posibilidades de defender sus derechos, teniendo en cuenta que en la mayoría de los casos presentan una doble situación de vulnerabilidad o "vulnerabilidad acentuada" (Bernal-Camargo, D.R. y Padilla-Muñoz, A.C.: 2018). Así, "lejos de ser una formulación retórica, (...) pretende resarcir las injusticias históricas sufridas por algunos grupos sociales tradicionalmente discriminados, proyectando sobre el plano jurídico el deseo de defender el pluralismo como pilar fundamental del Estado Social de Derecho" (Sentencia T-002 de 2012).

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 por su situación, condición, pertenencia étnica e identidad 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, p. 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

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 Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 su reconocimiento plural, sistémico, dinámico, y conatural 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 sí²⁶. 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 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. el enfoque de curso de vida y el enfoque de género, se asumen como perspectivas aplicables a la totalidad de la población a la que se dirige, puesto que todas las personas experimentan una trayectoria de vida en la que las condiciones y necesidades cambian; y puesto que a todas las personas les afectan las normas, los roles y los estereotipos de género, es decir, las expectativas sociales respecto a cómo deben comportarse en función de su sexo biológico o asignado al nacer.

En este mismo sentido y para los pueblos y comunidades indígenas, Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras, y pueblo Rrom, se reliva su cultura sustentada en la identidad y sus cosmovisiones, que resignifican el cuidado de la salud desde lo integral. Ellos son los dinamizadores de usos, prácticas y costumbres, y tienen reconocimientos específicos de derechos colectivos que no se comparten con la sociedad en general. Adicionalmente, se incluyen diferenciales relacionados con la discapacidad, migración, conflicto armado, la orientación sexual y la identidad de género, la situación de habitancia en calle, entre otros.

1.3.1. Enfoque de Curso de Vida ²⁷.

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.

En este sentido el desarrollo humano se entiende como un conjunto de procesos que transcurren a lo largo de 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

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)

Así, 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.

Para Colombia en particular, en desarrollo del derecho a la paz, lo diferencial implica contemplar lo incluido en el Acuerdo Final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera, incorporado a la Constitución Política Nacional mediante el Acto Legislativo 02 de 2017.

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 resignificadas desde las realidades en que sus vidas se desenvuelven. El enfoque diferencial hace visible la diversidad y ordena la adecuada protección de los derechos.

1.3. Diversidad y enfoque Interseccional.

Del enfoque diferencial de derechos surge entonces el reconocimiento de que la igualdad no puede ser vista como homogeneidad simplificada de la comprensión de asuntos complejos, del reconocimiento de lo distinto y de la acción diferenciada; sino que supone la relevancia de lo diverso. Por esta razón en este apartado no se presentan los siguientes diferenciales como subcategorías de lo diferencial; sino como enfoques que deben aplicarse en todo momento para visibilizar la diversidad que es conatural a la vida y a 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, porque ha construido en su vida y entornos roles o formas de ser diversas, o porque sus circunstancias y sus trayectorias individuales y colectivas generan situaciones propias y condiciones de vida particulares compartidas en contextos sociales y culturales 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 transcurso 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,

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 relacionan 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,²⁸ vidas interconectadas, libre albedrío o agencia; y como elementos se reconocen: trayectorias, transiciones, sucesos vitales (normativos y no normativos), ventana de oportunidades, efectos acumulativos y autogobierno, que definen limitaciones, pero también capacidades en todos los momentos del proceso de envejecimiento de una persona, que no sólo comprende los inevitables efectos biológicos y fisiológicos ocasionados por los daños moleculares y celulares, sino la adaptación paulatina a nuevos roles y posiciones sociales, transiciones vitales y del propio crecimiento psicológico, con manifestaciones, continuas, multifacéticas, irreversibles y heterogéneas de una persona a otra .

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

- Se reconocen los períodos sensibles (relacionados con el desarrollo conductual) o críticos (relacionados con el desarrollo biológico) 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 este proceso, el cuidado de la vida y mantenimiento de la salud son capitales 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 de una dinámica de sus relaciones y sus legados generacionales, o en sus redes próximas.

²⁸ Entendido como el momento en la vida de una persona en que ocurre un evento, su duración y cómo afecta el curso de vida de un individuo en particular, en comparación con otros. Un ej. de este principio es la ocurrencia de la gestación que afectará de manera diferente el curso de vida de una mujer según el momento en que ocurra así, "las repercusiones de una transición o una sucesión de transiciones en el desarrollo de una persona son contingentes y dependen de en qué momento de su vida ocurren"

²⁶ Base de las relaciones población-territorio.

²⁷ MSPS, 2021a. Documento de postura institucional sobre curso de vida y salud pública. Documento de trabajo para la formulación del PDS 2022-2031. No publicado.

- 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. Dado el énfasis de política pública relacionado con los momentos de vida, el PDSP 2022-2031 relaciona su actuación con estos, y proyectando las dinámicas poblacionales que contemplan un envejecimiento incremental y los acumulados que supone.

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.

1.3.2. Enfoque de género

Es una perspectiva de análisis y una herramienta para la acción que permite visibilizar las desigualdades, discriminaciones y violencias basadas en el sexo, la identidad de género y la orientación sexual de las personas, así como las diferencias en el ejercicio del poder y los roles entre mujeres y hombres en la vida familiar, la sociedad, en el trabajo, la política y demás ámbitos de interacción humana.

El género es una categoría de análisis que permite tener una comprensión integral de la sociedad, la política, la economía, la historia, entre otras, que visibiliza las relaciones de poder existentes en diferentes espacios, tanto públicos como privados. El género es una forma de ordenamiento de las relaciones humanas que históricamente ha producido violencias, desigualdades y discriminaciones, principalmente para las mujeres, sin desconocer que los modelos hegemónicos de la masculinidad además de tener graves implicaciones para la vida de las mujeres, también afecta a los hombres.

Específicamente en el ámbito de la salud, el género ha sido incluido como uno de los determinantes de la salud. En los procesos salud-enfermedad influyen los imaginarios, creencias, discriminaciones, desigualdades, prácticas y roles tradicionales de género; las relaciones de poder asimétricas, las identidades femeninas y masculinas hegemónicas, las valoraciones sociales sobre el cuerpo, la sexualidad y la reproducción, y la autonomía y ejercicio de derechos, entre otros.

Este enfoque se basa en la comprensión de que todas las personas pasan por un proceso de socialización de género (Unidad de Igualdad de Género et al., n.d.), en el cual se transmiten las expectativas y creencias respecto a cómo deben comportarse las mujeres y los hombres; qué roles o trabajos les son adecuados y qué valor tendrán; cómo deben expresar su identidad; e incluso hacia quienes deben dirigir su deseo erótico o afectivo.

Por ejemplo, generalmente, se espera que las mujeres sean femeninas y que los hombres sean masculinos o que las mujeres sientan atracción erótico-afectiva por los hombres y viceversa²⁹. En la medida en que encasilla, el género constituye un sistema de división: entre mujeres y hombres; entre las identidades femeninas y las masculinas; y entre las personas heterosexuales y aquellas que no lo son. Asimismo, el género configura un sistema de poder: del hombre sobre la mujer; de lo masculino sobre lo femenino y de la heterosexualidad como la norma (Newcastle University, n.d.).

Por esta razón, según la OMS (2007) el género por sí mismo es un determinante social de la salud, que puede crear inequidades sanitarias o agravar aquellas que son producidas por la influencia de otros determinantes sociales de la salud, como la posición socioeconómica, la edad o la etnia (OPS,

²⁹ Al modelo según el cual solo existen dos géneros y dos sexos contrapuestos y complementarios (mujeres: femeninas y hombres: masculinos) se le conoce como binarismo de género.

2011). La sobre-representación de las mujeres entre las víctimas de violencia sexual, intrafamiliar y de pareja; la discriminación que sufren las personas de los sectores sociales LGBTI al momento de acceder al sistema de salud; o la poca atención que se ha dado a la alta tasa de mortalidad materna entre las mujeres con pertenencia étnica, son ejemplos de la influencia que tiene en la salud ese sistema de división y de poder denominado género.

A menos que los servicios de salud y los programas de salud pública consideren esta influencia, es decir, a menos que incorporen el enfoque de género; su repercusión en el mantenimiento, la promoción y la gestión del riesgo en salud será limitada para muchas personas en función del sexo, la identidad de género o la orientación sexual. Es más, de no tenerse en cuenta el enfoque de género, los servicios de salud y los programas de salud pública podrían terminar reproduciendo desigualdades injustas, en lugar de avanzar hacia su superación (Ajuste de módulo conocimientos, OPS 2020).

En este sentido, en lo que respecta a este PDSP, incorporar el enfoque de género implica mejorar los análisis sobre la salud de la población y la producción de datos desagregados por sexo, identidad de género y orientación sexual; diseñar intervenciones basadas en la evidencia respecto a la influencia del género en la salud; monitorear y evaluar el impacto de las intervenciones en materia de equidad de género; entre otras.

Implica también 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, expresión de género y orientación sexual.

Es importante tener en cuenta que el género se articula con otras categorías como: edad, etnia, orientación sexual, discapacidad, y situaciones como por ejemplo el desplazamiento forzado, el conflicto armado o la situación migratoria, entre otras. Por lo tanto, se reconoce la diversidad y heterogeneidad de las mujeres y de los hombres, propuesta que se relaciona con el concepto de equidad de género, puesto implica el reconocimiento y valoración de dicha diversidad. Es decir, el género se refiere no solo a las relaciones y desigualdades entre hombres y mujeres (intergénero), sino también a las intragénero.

En relación con el enfoque de derechos y de género se debe resaltar lo correspondiente a la sexualidad humana y la garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, los cuales responden a la reivindicación y al 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.³⁰ Son derechos que no se extinguen por el paso de los años y mantienen su vigencia en la vejez, salvo por las restricciones ocasionadas por los inevitables cambios biológicos y fisiológicos en el último momento del ciclo vital. 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 (2018), 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. (p.3)

La sexualidad y la reproducción son dos realidades y conceptos que, aunque están muy ligados representan dos ámbitos diferentes en la vida humana, por lo tanto, los derechos sexuales son independientes de los derechos reproductivos. Desde hace algunos años, la construcción social ha posibilitado que a todas las personas les asista el disfrute de la sexualidad al margen de la reproducción o a ejercer su derecho a la reproducción al margen de la sexualidad. La sexualidad es

³⁰ MSPS, 2022. Sexualidad y derechos. Páginas - Sexualidad y derechos (mins salud.gov.co) Página web.

de suyo un campo de la autonomía personal modelada en lo social, por ello reconocida como construcción social. Así mismo, la reproducción desde una condición biológica ha estado ligada a la sexualidad, pero cada vez los avances de la ciencia en materia de fertilidad, (reproducción asistida, adopción, etc.) la hacen posible sin esta mediación. Sin embargo, estas opciones, como toda práctica en la sexualidad, deben ligarse a unos mínimos éticos de respeto y del cuidado de sí, como "práctica social" que tiene en consideración el cuidado y el respeto por el otro.

Para la garantía del ejercicio de la sexualidad y de los derechos sexuales y los derechos reproductivos se reconoce la autonomía sexual y la autonomía reproductiva las cuales están definidas por la autodeterminación en la toma de decisiones y reconociendo que se pueden aceptar, rechazar o ejercer opciones con relación a la sexualidad y a la reproducción desde un proceso contextualizado e interseccional, el cual se extiende durante el curso de vida, y que para que sea garantizado depende un proceso de toma de decisiones verdaderamente libre e informado, y principalmente determinado por los valores de la persona y las decisiones autónomas sobre su cuerpo y su proyecto de vida (Moreno, 2022).

Tanto la dignidad humana como la autodeterminación reproductiva son derechos fundamentales y están íntimamente relacionados con la garantía del derecho a la salud. La dignidad humana es uno de los principios rectores de la Constitución Política y también es un derecho fundamental que permite vivir en condiciones óptimas y poder disfrutar de otros derechos fundamentales. Por su parte, la autodeterminación reproductiva es un derecho que se deriva del ejercicio de la libertad, dignidad y la libre expresión de la personalidad, que permite al ser humano tomar decisiones libres sobre su reproducción, cuerpo y salud.

Ambos derechos son fundamentales para poder gozar y exigir de los derechos sexuales y derechos reproductivos, los cuales están reconocidos por la Constitución como derechos fundamentales y a su vez por la Corte Constitucional. Este conjunto de derechos cobra especial relevancia porque se relaciona con el ejercicio pleno de los derechos de las mujeres, como el derecho a vivir una vida libre de violencias y el derecho a la igualdad en el acceso a servicios de salud en todos los niveles de atención.

En consecuencia, el enfoque de género establece consideraciones específicas para la salud pública, lo que significa que los derechos, responsabilidades y oportunidades en salud, dependen de la construcción social del sexo, el género y la orientación sexual. Los cuales establecen diferenciales que deben ser protegidos, buscando una equidad material y simbólica que supere todas las formas de violencia, discriminación, segregación y cualquier manifestación desigualdad.

1.3.3. 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 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).

En consecuencia, mantiene la línea del respeto por el acervo histórico del devenir de estas etnias, la heterogeneidad de sus cosmovisiones, prácticas, saberes y tradiciones ancestrales religiosas, culturales, lingüísticas, ceremoniales y comportamentales y los fundamentos de su organización social y territorial, que les da identidad y sentido de pertenencia desde lo individual y como sujeto colectivo, que comprende la protección de sus formas de vida, dialectos, regulación e instituciones internas de autoridad, conductas, métodos, rituales y simbolismos, normas y procedimientos. Se trata de una respuesta para la realización material de los principios pluriétnico, pluricultural y multilingüe de los pueblos indígenas y tribales, desde "lo identitario" y "lo propio".

El Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 tiene en cuenta los derechos propios y colectivos de los grupos étnicos reconocidos en Colombia y enuncia, por 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. Las especificidades de derechos y abordajes diferenciales para los pueblos y comunidades se amplían en los capítulos que dan cuenta de cada uno de ellos.

1.3.4. 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. El Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 reconoce los diferenciales que, de acuerdo con lo establecido en instrumentos internacionales, ratificados en Colombia mediante normativas específicas y otros avances de política pública, definen obligaciones vinculantes para diferentes desarrollos en los próximos diez años, horizonte de implementación y resultados en salud pública.

Se empieza por las personas con discapacidad³¹ quienes pueden enfrentar impedimentos en igualdad de condiciones, dadas las 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 reconfiguran las relaciones de población-territorio y la intersubjetividad local.

Además de lo anterior, se tiene lo relativo a personas privadas de la libertad, habitantes de calle, sectores LGBTI, personas con enfermedades huérfanas y otros existentes o emergentes según condiciones y situaciones particulares que se reconocen y que se encuentran en proceso de consolidación de su abordaje diferencial como es el caso de las comunidades rurales y los desafíos que supone comprender las brechas de inequidad y vulneración de derechos del campesinado colombiano.

Se suman finalmente a estos reconocimientos las personas mayores³², también considerados como sujetos de especial protección según la normatividad vigente, se identifica que las realidades en este

³¹ Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás. (Convención sobre los Derechos de las personas con discapacidad. Artículo 1)

³² "La sociedad las segrega en razón de su edad y las personas mayores actúan a su vez como un grupo limitado en las relaciones de poder, ubicándose más frecuentemente entre los excluidos de las relaciones de influencia, lo que perpetúa su

momento del curso de vida, están permeadas por estereotipos e imaginarios sociales y culturales respecto a la vejez y el envejecimiento, que han impuesto procesos discriminatorios, violencia y abandono, desde la cultura dominante, que invisibiliza los desequilibrios entre los distintos grupos de edad y determina un ejercicio limitado de los derechos y la ciudadanía, bajo el prurito del déficit de capacidades y la edad. A las barreras de acceso del orden geográfico, se suma las frágiles redes de apoyo familiar, comunitaria y social, los paradigmas reduccionistas para las mujeres mayores frente al cuidado familiar, así como la invisibilización de sus precariedades en términos de seguridad social y económica, que se exacerban desde sus condiciones de habitanza en calle, víctimas del conflicto armado o en proceso de reincorporación, personas con discapacidad y otras variables.

Se asume que la comprensión de lo diferencial y el desarrollo de acciones afirmativas debe hacerse de forma dinámica y bajo la premisa de lo establecido por la Corte Constitucional al expresar en varias de sus sentencias, lo que se debe entender como sujetos de especial protección:

Aquellos que están expuestos a una mayor vulnerabilidad; lo cual implica un tratamiento especial por parte del Estado, quien debe prevenir cualquier afectación, brindar la atención indispensable, salvaguardar sus derechos individuales y colectivos, haciendo una diferenciación positiva, un trato preferente para el ejercicio de sus derechos.³³

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. Es pertinente resaltar lo establecido como sujetos de reparación colectiva, en el marco de la ley de víctimas y sus acciones, entendidos como:

Las comunidades campesinas y barriales, comunidades y pueblos étnicos, organizaciones, grupos y movimientos sociales preexistentes a los hechos que los victimizaron, que sufrieron daños colectivos, es decir, transformaciones a sus elementos característicos como colectivo debido a vulneraciones graves y manifiestas a los Derechos Humanos y violaciones a los Derechos Colectivos en el contexto del conflicto armado.³⁴

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), emergentes como las registradas en la pandemia de COVID-19 y demás abordajes diferenciales que requieran una respuesta progresiva y adaptada a las vulnerabilidades contextuales y al reconocimiento de la diversidad.

El Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 establece relaciones con el conjunto de políticas y decisiones de Estado que han estructurado respuestas específicas en el marco del sistema de salud y acciones conjuntas, especificando las acciones afirmativas que son de su resorte directo y armonizando con otros trabajos conjuntos.

1.3.5. Enfoque interseccional.

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 Chacáregui (2010), «[l]os fenómenos de discriminación múltiple se producen cuando en una misma persona —o, más frecuentemente, grupo de personas—

posición asimétrica en la distribución de los recursos y beneficios que genera el desarrollo" (Huenchuan y Rodríguez-Piñero: 2010).

³³ Corte Constitucional Sentencia T- 736 de 2013.

³⁴ Reparación Colectiva | Unidad para las Víctimas (unidadvictimas.gov.co)

forma, comprende cómo interactúan en la vida de las personas para poder intervenirlas de manera conjunta y articulada. (Presidencia, 2018)

Resulta fundamental considerar las desventajas que recaen sobre las mujeres como consecuencia de la combinación de múltiples ejes de discriminación que limitan la realización de sus derechos, el desarrollo de sus capacidades y el acceso a bienes y servicios. Por ello "la interseccionalidad permite estudiar, entender y responder a las maneras en que el género se cruza con otras identidades y cómo estos cruces contribuyen a experiencias únicas de opresión o privilegio" (Symington, 2004, p. 1, citado por CONPES D.C 14, 2020).

En este sentido, es necesario que las orientaciones para el abordaje en salud tengan en cuenta, por ejemplo, la cosmovisión, los usos y las costumbres de las mujeres indígenas, gitanas, negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, al igual que las necesidades particulares de acuerdo con su momento vital, su orientación sexual, su condición de discapacidad, el tipo de trabajo que realizan, la condición de desplazamiento, la condición de ser víctimas del conflicto armado y de otras violencias, la condición migratoria y otras situaciones y condiciones, así como las necesidades particulares de las mujeres transgénero.

El derecho a la salud plena de las mujeres implica el desarrollo de acciones para promover la vivencia autónoma y libre de su corporalidad, desde el reconocimiento del cuerpo como primer territorio para el ejercicio de sus derechos, de tal forma que promueva su autonomía física, respecto a la libertad de tomar decisiones acerca de cómo vivir su sexualidad y reproducción como la carga global de trabajo que recae sobre ellas, el rol productivo sumado al reproductivo, el estrés producto de esta doble carga, el peso de las representaciones sobre la feminidad en el cuidado de la salud física y mental, entre otros.

Con respecto a la interseccionalidad, en el año 2020 el 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.

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

2.1. 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. (MSPS, 2021a)

La permanente interacción del ser humano con su entorno y contextos requiere que se entienda como un sujeto multidimensional, que se reconoce como tal, más allá de sus propios condicionantes y/o estímulos externos, incluso más allá de lo que él mismo considera como sus propias

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, p.317). Por otra parte, se hace referencia a la discriminación interseccional "cuando distintos motivos de discriminación interactúan de manera simultánea" (Resurrección, 2015, p.317).

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. Así:

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 —llevando a acuñar el término "edadismo" que comprende el rechazo contra los más jóvenes y las personas mayores—, 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 grupos étnicos, las personas sin hogar, las personas privadas de libertad, las personas en ruralidad, entre otros. Partiendo de este reconocimiento, es que para efectos del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 se asume un enfoque 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 relación con diversidades sociales, la interseccionalidad de la discriminación también se refiere a la "conurrencia simultánea de diversas causas de discriminación, que puede tener un efecto sinérgico, que supere la suma simple de varias formas de discriminación, o puede activar una forma específica de discriminación que sólo opera cuando se combinan varios motivos de discriminación. (CIDH, 2015, p.4)

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 2018, el decreto 762 que busca asegurar la garantía de los derechos de las personas 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

posibilidades. Desde esta perspectiva, cada persona es capaz de orientarse hacia un propósito y, por tanto, contar con el derecho de asignarle un significado a la vida, situado en una circunstancia, un entorno, un territorio existencial, unos referentes sociohistóricos. Es, de igual manera, capaz de trascenderse a sí mismo, y actuar en interdependencia, con los demás, con el planeta, superando el referente de ser en salud, en tanto las transacciones realizadas con las entidades del sector salud. Permite, por ende, comprender la articulación de diferentes esfuerzos, situar al ser humano en el centro, reconocer su libertad y su responsabilidad como ser social, como partes intrínsecas e inherentes a su propia existencia, y parte de un todo, que establece una interacción sistémica con el ambiente.

Complementariamente, el enfoque de las capacidades desarrollado por Amartya 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 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. Así,

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, p.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)

Esto implica para el PDSP 2022-2031 incorporar un enfoque ecosistémico, que permite una lectura integral y holística, acerca de aspectos tales como el entorno, lo biológico, lo físico, lo cultural, lo económico, lo político, lo ético, lo operativo, lo social y lo formativo, así como su relación, tanto con las potencialidades como con las problemáticas identificadas. Para ello ha de abordar lo que emana del trabajo transdisciplinario e intersectorial; de la participación sistémica y comunitaria; del reconocimiento de las particularidades y las generalidades; de la sostenibilidad creada por la generación de alternativas propias de la sociedad afectada y de la equidad social que logre.

Colombia hace parte del conjunto de Estados cuyas constituciones ratifican el derecho de la ciudadanía a disfrutar de un ambiente sano y seguro³⁵. Este compromiso constitucional unido a las relaciones de ambiente y salud, hace que para el PDSP 2022-2031 se plantee la necesidad de avanzar de concepciones antropocéntricas a construcciones biocéntricas como un imperativo del desarrollo sostenible. Este avance, deseable para la salud pública, entiende que los sistemas naturales del planeta no le pertenecen a la humanidad, sino que cohabitan, la contienen; y se encuentran en una coevolución sostenible.

En contraposición, el antropocentrismo percibe 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.

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)

Para la salud pública es relevante iniciar el camino hacia 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).

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, sin desmedro del reconocimiento de los sujetos en su multidimensionalidad, libertad y responsabilidad como seres sociales, pero avanzando en la comprensión de su interacción e interdependencia sistémica con el ambiente del cual hacemos parte de manera intrínseca e inherente a la propia existencia.

2.2. Salud y salud pública

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.

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

³⁵ 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".

Seguendo 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 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.

Los determinantes sociales de la salud están presentes incluso antes del momento de la concepción. Se desencadenan desde lo micro —el hogar en el que se nace— hasta lo macro —el entorno, que comprende todos los factores del mundo exterior — en donde se desarrollan las relaciones, las actitudes y los valores, las políticas de salud y sociales, los sistemas que las sustentan y los servicios que se prestan; pero también otros asociados con la movilidad social y el condicionamiento cultural, que reflejan normas socioculturales, como la ocupación, el nivel educativo o la riqueza, que determinarán la epigénesis de los sujetos en el transcurso de su envejecimiento, considerado como un proceso que dura toda la vida. Pero, además, se nace con unas predisposiciones genéticas y con unas características personales, entre las que se encuentran la identidad de género y no binario y el origen étnico. Condiciones que se suman a los factores conductuales del individuo, desde la toma acumulada de sus decisiones. (OMS: 2015).

Combinados redundarán en el estado de "bien-estar", calidad de vida y buen funcionamiento físico y mental de las personas o, por el contrario, determinarán una salud deficitaria, la aparición de desigualdades y riesgos específicos en salud, cuyas manifestaciones acumuladas tendrán su máxima expresión en la última etapa de la vida: la vejez. En este sentido, subyace a los propósitos de Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 la urgencia de profundizar el envejecimiento saludable, visto como el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional en el transcurso de la vida, para favorecer el bienestar en la vejez. Impone "planear" conscientemente dicho bienestar físico, mental y social y la necesidad de equilibrar dos orillas: la responsabilidad personal —desde el deber del cuidado de la propia salud— y, por otra parte, el derecho a las reivindicaciones constitucionales a un entorno y ambientes saludables, a la solidaridad social, a un desarrollo humano sostenible y a un envejecimiento en condiciones dignas, funciones que no sólo competen al Estado, sino también a las familias, al mercado y al sector privado (MSPS, 2022).

Desde este modelo de determinantes sociales, la equidad y la justicia social se entienden, entonces, 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).

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. En todo caso, en el PDSP 2022-2031 la salud es un proceso dinámico en contextos culturales, políticos, ecológicos, económicos que supera la perspectiva reducida biológica e individualista del abordaje del sujeto aislado con riesgos y eventos específicos.

Desde la acción se parte de lo establecido en la ley 1122 de 2007, Art. 32.

La salud pública está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad.

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. Para efectos del PDSP 2022 -2031 se entiende la salud pública como un campo teórico y práctico, multidimensional, multidisciplinar y complejo, en permanente tensión dado su carácter estructural y en relación con los determinantes sociales de la salud y las nociones propias de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras y el pueblo Rom, que para el caso de los pueblos y comunidades indígenas es el Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural – SISPI que se define como "el conjunto de políticas, normas, principios, recursos, instituciones y procedimientos que se sustentan a partir de una concepción de vida colectiva, donde la sabiduría ancestral es fundamental para orientar dicho sistema en armonía con la madre tierra y según la cosmovisión de cada pueblo.

2.3. 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 dependen 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, 2009), 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 —e implementación— los determinantes estructurales, ejes de desigualdad y determinantes intermedios de la salud y de las desigualdades en el país.

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, 2022. Adaptado de (Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, 2015; OMS, 2010)

Así, los Determinantes Sociales de la Salud no solo se relacionan con circunstancias adversas para la salud, de manera contextual; sino que también son condiciones que la favorecen, generadoras de bienestar y mejoramiento de la calidad de vida, protectoras y potenciales para la mejoría. Esta relación con la salud positiva, trasciende comprensiones patologizantes y estigmatizadoras, abriendo alternativas para intervenciones eficaces productoras de salud.

3. Píares 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 los pilares de la salud pública 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 el abordaje de 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.

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 más allá de sus límites 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 pilares propuestos, configuran los alcances constitutivos de la salud pública como fenómeno complejo, por tanto, buscan abarcar aspectos centrales del bienestar y salud, sus interrelaciones desde el modelo de DSS, como hitos que sustentan y señalan los caminos para conseguir los fines

propuestos y, en consecuencia, el logro del más alto nivel de salud posible, en contextos de diversidad poblacional y territorial.

3.1. 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 desigualdad³⁶ se han vuelto insostenibles y de que es necesario reconstruir" las acciones hacia el bienestar, dado que los efectos de la pandemia se unieron a las circunstancias estructurales en distintos países, entre ellos Colombia. La desigualdad social se visibiliza en mayor proporción, en escenarios de discriminación múltiple e interseccional derivados de las diferencias no reconocidas o insuficientemente atendidas.³⁷ Incluso antes de la difusión del COVID-19, la situación social en América Latina y el Caribe se estaba deteriorando, como lo muestra el aumento de los índices de pobreza y de extrema pobreza, la persistencia de las desigualdades; con repercusiones negativas en la salud y algunos de sus determinantes como la educación y el empleo; y afectaciones incrementales en diversos grupos de población diferenciales agravando sus condiciones de calidad de vida.

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, servicios sociales³⁸, y sociosanitarios³⁹ 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

³⁶ 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)

³⁷ 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 educativos y la crisis económica y social que afecta a sus hogares (CEPAL, 2020, p.14).

³⁸ Conjunto de acciones integradas que buscan atender las necesidades sociales identificadas en las personas, familias y comunidades en el marco de la protección social, el sistema de cuidado y la integración territorial, poblacional y diferencial, con el fin de aportar progresivamente a la superación de condiciones de vulnerabilidad, ampliación de capacidades, generación de oportunidades y acciones de corresponsabilidad.

³⁹ Son el resultado de la integración de los servicios sociales y de salud, destinados a las personas en situación de dependencia funcional, social, económica o emocional (psicológica). Con la integración de estos servicios, se busca garantizar la atención integral requerida por las personas que presentan tales características, beneficiándose de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar la rehabilitación. El desarrollo de los servicios sociales y sociosanitarios con los recursos del sector social, contribuyen a disminuir: i) el uso recurrente de servicios de salud; ii) los costos de atención con cargo a los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y del Sector Salud; y iii) cargas económicas de las familias o gastos de bolsillo en la atención integral.

De manera particular para las personas mayores, el cuidado fue elevado a la categoría de derecho fundamental —en conexidad con el derecho a la vida y a la dignidad en la vejez— a través de la "Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores", aprobada por el Estado colombiano mediante la Ley 2055 de 2020. Su reconocimiento debe comprender una oferta heterogénea de servicios sociosanitarios —que se insertan en la economía del cuidado— con proyectos, procedimientos, protocolos e infraestructura física, técnica y administrativa, en beneficio de las personas mayores. En este sentido, se debe profundizar en un esquema de atención no circunscrito a la satisfacción de las necesidades básicas, sino bajo un concepto de atención integral de la vejez, promoción y protección social para el cuidado y asistencia social, haciendo una contribución que impacte en su calidad de vida y su bienestar. Con un atenuante: la mejora sustancial de los cuidados de largo plazo, como un compromiso derivado de la pandemia y su efecto particularmente adverso sobre las personas mayores.

El Plan Decenal de Salud Pública 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 tanto tienen incidencia significativa en la determinación de la salud y de sus resultados. De todas formas, el PDSP 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. Este pilar 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 pilar 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 pilares 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 transformarlas 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

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 define las medidas 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". Desde esa fecha y hasta este momento, se ha avanzado en relacionar este pilar con el enfoque de derechos⁴⁰ y Agendas internacionales como la de los ODS.⁴¹

Por tanto, es clave para la inclusión social y la superación de desigualdades sociales, que, desde el enfoque de derechos y la acción sobre determinantes sociales de la salud, se conciba la protección social como un pilar estructurante de la salud pública articulada desde un trabajo sectorial, intersectorial y ciudadano.

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 y 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 pilar 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 género⁴² (entre otras) que produce. 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.

⁴⁰ Por su parte, de acuerdo con la CEPAL (2021), "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".

⁴¹ 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 todos y todas (OIT, 2021, 3).

⁴² 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.

acciones a los diferenciales y prevenir mayores impactos de enfermedad, discapacidad y muerte.

- La potencialización de la seguridad social 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
- El fortalecimiento de la Promoción Social en busca de la construcción de un sistema de acciones públicas dirigidas a fomentar la movilidad social de personas y colectivos en condiciones de precario reconocimiento de derechos, extrema pobreza y exclusión social; orientadas hacia la igualdad de los derechos en salud y la democratización, la ampliación de oportunidades, realizaciones y capacidades y el reconocimiento de diversidades sociales y culturales mediante estrategias, políticas, planes, programas y proyectos públicos dirigidos a personas, familias y comunidades insertas en procesos de exclusión social.

3.2. Salud ambiental

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 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).

La salud ambiental se entiende como la interacción entre los grupos humanos y los factores físicos, químicos, biológicos y sociales presentes en el medio que habita, se desarrolla y que a su vez se encuentra modulado por la estructura social. En ese sentido, el área de la salud ambiental explora las prácticas de uso, manipulación, apropiación y explotación de los componentes ambientales y abordaje de los determinantes sociales, en su relación con el bienestar general y la calidad de vida de la población, en la idea de que esas prácticas deben resolver las necesidades de las actuales generaciones, sin minar la posibilidad que futuras generaciones también lo puedan hacer.

Por tanto, la noción de salud ambiental plantea cómo han sido y cómo son las relaciones que los seres humanos entablan con el ambiente, y con base en lo anterior tiene un carácter interdisciplinario, multi-causal, pluri-conceptual, integral y dinámico. (MSPS, 2022a, p. 11)

En una visión comprensiva, 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 (Ramírez-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, Egert, & Williams, 2011; Henson et al., 2020; Hunter et al., 2015; Jackson & Kochitzky, 2010; Neira & Prüss-Ustün, 2016; O'Campo, Xue, Wang, & Caughy, 1997; Sastry, 1996; Srinivasan, O'Fallon, & Dearth, 2003; Yen & Syme, 1999).

Se reconoce desde la salud pública, que son múltiples los desafíos locales y globales en salud ambiental, el cambio climático, la degradación ambiental, el impacto sobre los recursos naturales y la calidad ambiental de los patrones de producción, consumo, extracción; el desequilibrio de ecosistemas. (MSPS, 2022a, p. 6) que inciden en los resultados en salud y bienestar; y producen desigualdades sobre las que se debe intervenir.

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).

<p>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, 2021). 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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 (Óxidos 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); además de eventos agudos respiratorios e incremento de la demanda de servicios de salud durante y posterior a los episodios críticos. 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.</p> <p>De igual manera, 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); además de efectos asociados a la contaminación con sustancias químicas (metales pesados, agroquímicos, mercurio, entre otros).</p> <p>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</p>	<p>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. La exposición solar o a radiaciones también tiene impacto en la salud, en especial en el desarrollo de enfermedades de tipo ocupacional, la evolución de cáncer de piel y cataratas por la exposición prolongada a radiación solar ultravioleta. (MSPS, 2022a, p. 33)</p> <p>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). Así, el ordenamiento territorial y la sostenibilidad ambiental son aspectos que deben definir criterios para la salud ambiental tanto en la planeación (MSPS, 2022a, p. 24) como la gestión de los territorios y en particular en sus relaciones con la salud pública</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>En tal sentido, es necesario la inclusión de intervenciones en el ambiente construido y los entornos como parte esencial e integral del Ordenamiento Territorial, incorporando una visión de desarrollo sostenible en los territorios con enfoque diferencial para contribuir a la generación de espacios más resilientes, en los que se protege y se cuida la vida.</p> <p>De otra parte, en las últimas décadas con el advenimiento de enfermedades infecciosas emergentes de origen principalmente zoonótico, tales como la influenza aviar (H5N1), la pandemia de influenza H1N1 y la pandemia actual por COVID-19 (SarsCoV2), entre otras, han puesto de manifiesto la necesidad de abordar la relación entre ambiente y salud humana desde una mirada más integradora que incorpore además la interacción y el rol de los animales y su salud en esta relación (Rabinowitz & Conti, 2013). Es así como surge el abordaje de Una Salud en la interdependencia entre la salud ambiental, la salud humana y la salud animal (One Health Initiative Task Force, 2008) como un "esfuerzo colaborativo de múltiples disciplinas trabajando a nivel local, nacional y global para alcanzar un nivel óptimo de salud para las personas, los animales y el ambiente" (One Health Initiative Task Force, 2008, p. 9). Este abordaje invita a un cambio en el paradigma de la perspectiva de la salud pública desde una mirada exclusivamente humana para incorporar explícitamente el cuidado y protección del ambiente y de los animales (Rabinowitz & Conti, 2013).</p> <p>El pilar de Ambiente y Salud del PDS 2022-2031 busca orientar el quehacer 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 y la salud animal, 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</p>
<p>construido y la interdependencia entre el ambiente, los animales y las personas con el propósito de impactar la salud, bienestar y calidad de vida de los habitantes del territorio colombiano.</p> <p>3.3. Cultura para la vida y la salud</p> <p>La cultura es un atributo y un producto humano, una construcción sociohistórica heterogénea que se concreta en prácticas sociales que institucionalizan modos diversos de vivir la vida. También es un constructo normativo y disciplinario que obedece a un conjunto de pautas, reglas, códigos, creencias y valores que se instituyen a través de las distintas organizaciones, roles y prácticas sociales, por tanto, interfiere en la vida cotidiana e impone límites al deseo y los impulsos agresivos de las personas obligando renuncias que generan malestar, pero posibilitan la sociabilidad y la convivencia (Campos, 2002; 2009).</p> <p>La cultura, en tanto modo socialmente aprendido y transversal a las dimensiones vitales, reproduce un orden social determinado que define formas particulares de pensar y actuar (Harris, 2007). Se puede decir que los sujetos son producto, se forman a través de su cultura. Sin embargo, aunque la cultura condiciona y reproduce en los sujetos formas legítimas para un tipo de organización social en un contexto determinado, la reacción e interacción de los sujetos con sus contextos transforma la cultura, por tanto, también se reconoce la capacidad de agencia del sujeto para co-productirla (Berger y Luckmann, 1968; Bourdieu y Passeron, 1998; Campos, 2009).</p> <p>Esta dotación de ideas, códigos y valores que nos brinda la cultura reproduce y moldea formas consideradas legítimas y valiosas para organizar la vida en sociedad, y en consecuencia determina el conjunto de prácticas sociales que influyen sobre la salud. De igual forma, el contexto económico, político y social al establecer normas, reforzar patrones sociales y proveer o no oportunidades de influencia en determinados comportamientos sociales jugando un rol preponderante en la toma de decisiones (McNeill, Kreuter, & Subramanian, 2006). Así, cada cultura instituye prácticas sociales íntimamente relacionadas con modos generales y contextos particulares materiales y simbólicos, que definen y controlan lo que se considera adecuado o no para la salud y que se materializan en estilos y condiciones de vida de personas y grupos poblacionales.</p> <p>Por consiguiente, el contexto histórico, económico, político, social y cultural determina el modo de vida de una sociedad y las condiciones de vida de los grupos que la integran guardando estrecha relación con los estilos de vida de las personas y sus familias, al producir y mantener patrones de comportamiento que orientan decisiones y acciones en salud (Castellanos, 1998). Así, las relaciones sociales instituidas y los patrones de distribución estructural de poder se concretan en condiciones particulares de vida cargadas de privilegio o de desventaja social con incidencia significativa en los resultados en salud de individuos y colectivos.</p> <p>En el marco de los DSS las condiciones de vida se consideran determinantes intermedios de la salud que incluyen las condiciones materiales (condiciones de vivienda y laborales, ambiente físico y social de entornos inmediatos) y los medios financieros para acceder a bienes esenciales y no esenciales de consumo (Braveman & Gottlieb, 2014; Solar & Irwin, 2010). Las condiciones de vida se identifican como uno de los determinantes intermedios más relevantes en la producción de desigualdades en salud, en tanto la estratificación socioeconómica estructural se manifiesta a través de las condiciones materiales de vida (Solar & Irwin, 2010).</p> <p>Particularmente, las condiciones de vivienda están estrechamente relacionadas con la salud, toda vez que determinan formas de vida, disposición de recursos protectores o imposición de riesgos para la salud. 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, cuya disponibilidad o ausencia determina una amplia gama de riesgos para la salud en relación con el ambiente físico y social del vecindario (Howden-Chapman, 2004; Solar & Irwin, 2010). Por su parte, las condiciones laborales y ambientales del lugar de trabajo determinan condiciones de vida favorables o no para la salud en la medida en que definen el ingreso, 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).</p> <p>A su vez, los estilos de vida entendidos como patrones de comportamiento habituales e identificables producto de la interacción entre las condiciones de vida y las características individuales, también determinadas por factores socioculturales y psicosociales, son considerados determinantes</p>	<p>intermedios de la salud (OMS, 1998; Solar & Irwin, 2010). Desde esta perspectiva, los estilos de vida no son situaciones que dependen exclusivamente de las decisiones racionales e individuales de las personas y sus familias, sino en gran medida son producto de las condiciones sociales, económicas y culturales en que viven y de las interacciones tejidas en los contextos donde habitan.</p> <p>De otro lado, el capital social, las redes de apoyo social e institucional y la eficacia colectiva se constituyen en factores facilitadores y promotores de estilos de vida saludables (Diez Roux & Mair, 2010). Asimismo, el ambiente construido determina la oferta y acceso a bienes y servicios en los entornos inmediatos de los grupos sociales. Escenarios de recreación, espacios públicos y espacios verdes, entornos alimentarios saludables y sistemas integrados de transporte influyen los patrones de comportamiento, de ahí que, los estilos de vida también se determinan por la oferta y 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.</p> <p>Particularmente, existen patrones de conducta valorados socialmente y evidenciados científicamente como perjudiciales para la salud al ser identificados como factores de riesgo asociados a las condiciones crónicas no transmisibles, entre los cuales destacan: el consumo de tabaco, novicio de alcohol, sustancias psicoactivas y de alimentos procesados y altamente calóricos. Por su parte, la actividad física, la sexualidad responsable, la lactancia materna son ampliamente reconocidos como factores protectores del estado de salud (Abafati et al., 2020).</p> <p>En consecuencia, la institucionalización a través de la cultura de prácticas sociales que permitan la construcción de modos y condiciones de vida y salud valoradas como dignas para todos los habitantes del territorio colombiano y de estrategias que promuevan estilos de vida saludables son un prerrequisito para alcanzar el bienestar, la calidad de vida y el desarrollo humano y sostenible en el marco de las aspiraciones del PDS 2022-2031.⁴³</p> <p>Además de los procesos de institucionalización de formas de vivir la vida valoradas como positivas y deseables, la cultura para la vida y la salud también se refiere a la interculturalidad. 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.</p> <p>Colombia es un país pluriétnico y multicultural, por tanto, el reconocimiento de su diversidad es una transversalidad obligatoria en cualquiera de sus políticas públicas y acciones de Estado. La salud pública debe cumplir con este reconocimiento, no solo incluyendo el enfoque de interculturalidad, sino apropiando prácticas sociales que valoricen e instituyan caminos interculturales de intercambio 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.</p> <p>La interculturalidad integra y permite en un mismo territorio donde cohabitan distintas culturas, el diálogo entre diferentes conocimientos, saberes y prácticas, cada una con sus propios orígenes e historias, identidades y cosmovisiones, que expresan diferentes modos concebir y de vivir la vida, que deben ser respetados con base en el marco normativo que, derivado del bloque de constitucionalidad, no solo reconoce la diversidad cultural (especialmente étnica), sino que orienta la construcción de relaciones entre el Estado y los actores sociales para dar campo a lo heterogéneo, lo diferencial y lo divergente que existe, coexiste y se resignifica en el accionar conjunto para construir acciones y espacios de beneficio mutuo que posibiliten la gestión territorial integral de la salud pública, en la búsqueda del más alto nivel de salud posible.</p> <p>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</p>

⁴³ Mantiene la Organización mundial de la Salud que: "(...) la mayor parte de la carga de morbilidad en la edad avanzada se debe a enfermedades no transmisibles, los factores de riesgo de estas afecciones son blancos importantes en la promoción de la salud. Las estrategias para reducir la carga de la discapacidad y la mortalidad en la edad avanzada mediante hábitos saludables y el control de los factores de riesgo metabólicos, por lo tanto, deben comenzar a una edad temprana y continuar a lo largo de toda la vida. Los riesgos asociados con estos hábitos y factores de riesgo metabólicos continúan hasta edades más avanzadas, aunque es posible atenuar esta relación. Las estrategias para reducir su impacto continuarán siendo eficaces en la vejez, en particular para reducir la hipertensión, mejorar la nutrición y dejar de fumar, aunque las pruebas que demuestran su eficacia en la edad avanzada son limitadas. Además, hay algunos indicios de que reducir la exposición a los factores de riesgo cardiovascular también puede reducir el riesgo de, al menos, algunos tipos de demencia" (OMS: 2015).

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 constituye una violación de los derechos culturales y sociales.

En este contexto y en el marco del PDSP 2022-2031 el pilar 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 que se institucionalizan a través de distintas prácticas sociales, al interior y por fuera del sector salud, que de manera sinérgica y participativa construyen formas de relacionamiento social proclives a la construcción de modos, condiciones y estilos de vida para la garantía de derechos y el cuidado de la vida, bajo el respeto de la pluralidad étnica y cultural de los pueblos y la exigencia del límite frente a las acciones que atentan contra la vida y la salud de las personas y sus entornos en contextos sociohistóricos diversos.

En ese sentido, el pilar de Cultura para la Vida y la Salud, reconoce que si bien, la afectación integral de los modos, condiciones y estilos de vida excede los alcances del sector salud, la educación en tanto medio expedito para la producción y reproducción cultural contemplado en la Constitución Política de 1991⁴⁴ se constituye en la posibilidad de habilitar los procesos de institucionalización de prácticas y relaciones sociales acordes con la promoción de la vida y la salud de tal forma que incidan positivamente en los modos, condiciones y estilos de vida de los habitantes del país y al mismo tiempo orienten la acción en salud pública acogiendo una perspectiva intercultural que integre la riqueza de la diversidad cultural existente en los distintos territorios del país.

En consecuencia, 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 sujetos e instituciones incorporen una cultura favorable a la vida y la salud. Así, el PDSP 2022-2031 apuesta por un fortalecimiento de la educación en el campo de la salud pública que permita el desarrollo de capacidades para coproducir una vida saludable e institucionalizar una praxis de la 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.

Asumir la educación en el campo de la salud pública como estructurante del pilar de la Cultura para la Vida y la Salud, supone trascender la comprensión tradicional de la información, la educación y la comunicación para la salud (IEC) e incorporar para el PDSP una reflexión pedagógica desde otras miradas de la educación que enriquecen su praxis, a saber: la etnoeducación en salud, la educación intercultural en salud, la educación popular en salud, la educación decolonial en salud, la formación en salud, la comunicación para el cambio social en salud, la educación en salud entre otras. De ahí que el PDSP 2022-2031 acoge el término de educación en el campo de la salud pública como una sombrilla que permite albergar posibilidades diversas en la vía de institucionalizar una Cultura para el cuidado de la vida y 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 asociadas al campo, como la educación que se realiza desde el sector salud ya sea en ámbitos institucionales sanitarios o en ámbitos comunitarios en los que se establece un tipo de relación educador-educando (Peñaranda, 2018). Reconocer desde lo pedagógico, 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 avanzar hacia propuestas de educación dialógica que permitan 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 vida y 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

⁴⁴ 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.

personas; y la acción en tres esferas: 1) reforzar la buena gobernanza en pro de la salud; 2) mejorar la salud en entornos urbanos y promover las ciudades y las comunidades saludables; y 3) reforzar los conocimientos sobre la salud y las capacidades para tener un mayor control sobre su propia salud y los determinantes que influyen en ella.⁴⁶ Durante la pandemia Covid-19, se realizó la última conferencia mundial de promoción de la salud en Ginebra-Suiza (2021) acordando la Carta en pro del Bienestar. Destaca la necesidad de asumir compromisos mundiales destinados a lograr resultados sanitarios y sociales equitativos ahora y para las generaciones futuras, sin destruir la salud de nuestro planeta; indica cinco medidas⁴⁷: plantea que tanto el bienestar de las personas como del planeta ocupen un lugar central para definir el progreso de la humanidad; se debe trabajar en alianzas con todos los sectores de la sociedad en favor de la aplicación decisiva de estrategias en pro de la salud y el bienestar; priorizar la salud como parte de un ecosistema más amplio que abarque factores medioambientales, sociales, económicos y políticos; una cobertura sanitaria universal, basada en una sólida atención primaria de salud.

El abordaje positivo de la salud significa centrarse en todo aquello que la genera y la mejora. No es una postura pasiva que solo se moviliza cuando hay indicios de perderla; mitigando y ojalá superando el camino enfatizado de trabajar en solucionar problemas que se visualizan como riesgos (no siempre presentes como probabilidad sino como acumulados invisibles de lo que indefectiblemente se materializará) y como eventos instaurados que obligan al predominio de lo biomédico, de los servicios de salud curativos y dependencia irreversible de consumo de medicamentos y tecnologías en salud, entre otros (Cofiño, 2016, p.1). En salud pública es necesario intervenir para prevenir y disminuir el daño acumulado tanto individual como colectivo, derivado de decisiones en lo macro y en lo micro, pero a la vez es especialmente relevante proteger la salud y establecer acciones que incrementen personas sanas, poblaciones sanas.

La salud pública debe favorecer la búsqueda de soluciones integrales que mejoren y protejan la salud y la calidad de vida de la población, contribuyendo al bienestar y desarrollo humano, integrando en ello a todos los agentes del sistema de salud que tienen la responsabilidad de garantizar el derecho a la salud de las personas, familias y comunidades en todos sus momentos de curso de vida, en todas sus esferas (cultural, biológica, psicológica y social), enmarcadas en un contexto histórico, político, geográfico y económico, que influyen en los resultados en salud.

En el marco de la promoción de la salud, se ha trabajado lo relativo a los activos en salud, los cuales de acuerdo con Morgan y Ziglio (2007) se refieren a cualquier factor (o recurso) que mejora la capacidad de las personas, grupos, comunidades, poblaciones, sistemas sociales e instituciones para mantener y sostener la salud y el bienestar, y que les ayuda a reducir las desigualdades sociales (Cofiño, 2016, p.2).

Esto implica que el sistema de salud debe movilizar su acción en salud pública a la generación de salud, con un predominio promocional en su estructura de atención, integrando a todos los involucrados en superar modelos patocéntricos, que debilitan lo preventivo e incentivan intervenciones tardías y costosas, afectando adicionalmente la sostenibilidad del sistema.

Trabajar por la integralidad en salud desde lo promocional y preventivo, es el propósito superior para obtener los mejores resultados en la población. Complementariamente y buscando igualmente la disminución de la carga de enfermedad creciente y los desenlaces negativos, en el contexto de la salud pública se deben exigir estrategias y servicios, que ejecutadas por los actores sectoriales 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.⁴⁸

⁴⁹ En este sentido, la integralidad en salud⁵⁰ se caracteriza por:

⁴⁶ Conferencias Mundiales de Promoción de la Salud – Observatorio de biopolítica

⁴⁷ diseñar una economía equitativa que sirva al desarrollo humano dentro de los límites planetarios; crear políticas públicas favorables al bien común; lograr la cobertura sanitaria universal; abordar la transformación digital para contrarrestar los daños y el debilitamiento y reforzar los beneficios; y valorar y preservar el planeta. La 10.ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud señala un camino para crear 'sociedades del bienestar' (WHO.int)

⁴⁸ De acuerdo con lo definido por la ley estatutaria de salud (1751 de 2015) en su artículo 8, se entiende en la integralidad que "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. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario. En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada"

⁴⁹ 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

⁵⁰ Definición. Atención centrada en la persona: forma de entender y practicar la atención sanitaria que adopta conscientemente el punto de vista de los individuos, los cuidadores, las familias y las comunidades como participantes y beneficiarios de sistemas de salud que inspiren confianza,

en una racionalidad técnico-científica de carácter biomédico que impone una forma particular de conocer y significar los procesos de salud-enfermedad-cuidado y de patologizar a 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 en pro de la vida y la salud. Educación con escasa reflexión pedagógica sobre su quehacer que deriva en su uso instrumental y limita su potencia transformativa (Granda, 2009; Campos 2009; Díaz et al., 2010; Vivero, 2013; Peñaranda, 2018).

Trascender la visión instrumental de la educación y recuperar el saber pedagógico para lograr mejores desarrollos en el campo de la salud pública requiere reconocer las relaciones de poder existentes que enmarcan el proceso educativo, lo que implica profundizar en la comprensión del educador como sujeto, sin cuya transformación no es posible la apropiación de una Cultura para la vida y la salud, y al mismo tiempo, promover formas de relacionamiento cada vez más dialógicas que posibiliten la formación de un sujeto individual y colectivo libre y responsable de sus actos, capaz de acoger el ejercicio democrático y de apropiarse subjetividades que habiliten la cogestión como fundamento esencial para la gestión territorial integral de la salud pública. pueda

Construir una cultura para la vida y la salud desde la educación en el campo de la salud pública implica en el marco del PDSP 2022-2031 reconocer que el aprendizaje es un proceso de construcción conjunta en lugar de una adquisición, adaptación o reproducción ciega de conocimientos y/o comportamientos en salud, y que, se requiere desmarcar la educación del modelo biomédico hegemónico para instituir relaciones pedagógicas dialógicas que permitan problematizar la realidad sociosanitaria e implementar metodologías que amplíen eficazmente la capacidad de los sujetos para analizar e intervenir sobre sus circunstancias en la vía de coproducir modos, condiciones y estilos favorables a la vida y salud.

3.4. Integralidad en salud

El abordaje prestacional del derecho a la salud y su relación con los determinantes sociales de la salud se enfatiza en los denominados determinantes intermedios, en términos de acceso y calidad de los servicios de salud. En complementación con los anteriores pilares, este trata lo que debe estar a cargo del sistema de salud⁴⁵ y su ordenamiento, en el sector salud, teniendo en cuenta la intermediación de las entidades promotoras de salud, y los demás responsables de pago de los servicios de salud; y la organización de los servicios de salud a través de diferentes modalidades de prestación.

Ya que los otros pilares enfatizan en determinantes estructurales, sus ejes de desigualdad y determinantes intermedios relacionados con las condiciones materiales, este se centra en la comprensión de la acción sanitaria para alcanzar el nivel más alto de salud y bienestar de la población que habita el territorio colombiano. La integralidad en salud en el marco de la salud pública se centra en que el principal objetivo es que las personas permanezcan sanas y acumulen durante su trascurso de vida, las mejores condiciones y situaciones que refuercen en el tiempo, procesos de bienestar, buen vivir y calidad de vida.

Esto significa brindar oportunidades y potenciar capacidades para el desarrollo humano y sostenible, pero además garantizar la integralidad del cuidado cuando las condiciones de salud se ven deterioradas atendiendo lo promocional de la salud y lo preventivo, sin dejar de lado los demás componentes que sustentan la mejor prestación de servicios incluyendo la muerte digna. En ese sentido, dado que el sistema de salud se ha caracterizado por un énfasis en lo curativo y en respuestas reactivas frente a la aparición del riesgo y la enfermedad, la integralidad en salud invita a centrar la mirada en las acciones proactivas para la promoción del cuidado de la vida y la salud, incluso en personas enfermas en quienes también es posible promocionar la salud al reconocer la enfermedad como una condición más que atraviesa pero no define la multidimensionalidad del ser humano.

Desde Ottawa (1986) se ha considerado la promoción de la salud como una estrategia fundamental para aumentar la salud de la población, llegando hasta Shangai (2016) conferencia en la que se señaló la importancia de la relación entre la salud, sus determinantes y el empoderamiento de las

⁴⁵ Es el conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento; controles; información y evaluación, que el Estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud. Ley 1751 de 2017. Artículo 4.

- Estar centrada en las personas⁵¹, familias y comunidades y su incremento de salud, desde una perspectiva positiva de esta. Implica reconocer la diversidad y singularidad de los sujetos individuales y colectivos, en contextos territoriales, sociales, culturales, políticos, económicos y ambientales distintos.
- Asegurar resultados en salud en las personas, familias y comunidades, a partir del mejor desempeño del sistema de salud y la transformación de las circunstancias de vida mediante la acción colectiva orientada al bienestar y la calidad de vida.
- Garantizar el continuo de la atención desde lo promocional hasta el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad; basado en el acceso y la calidad de los servicios de salud y la excelencia en la interacción y gestión de los diferentes actores del sistema de salud.

Los pilares presentados se basan en una comprensión amplia de la salud y la salud pública, y buscan establecer contenidos de interés de la salud pública interdependientes y determinantes de la vida humana y su dignidad. No constituyen silos aislados y fragmentados que dividen a los sujetos individuales y colectivos, así como al actuar en salud pública, señalan apuestas fundantes de lo que será la búsqueda del más alto nivel de salud en los próximos diez años, a partir de la comprensión de las circunstancias de vida de los habitantes de Colombia.

Se relacionan con los fines establecidos en este PDSP 2022 – 2031 en tanto explicitan aquello que se debe buscar como incidencia positiva de los DSS y los resultados en salud, bienestar y calidad de vida. De la misma manera, orientan la organización estratégica del PDSP, bajo el entendido que su materialización programática apunta integralmente a la búsqueda colectiva, corresponsable, efectiva y sostenible de las transformaciones requeridas para consolidar la acción en salud pública.

.

estén organizados no tanto en función de enfermedades concretas, sino de las necesidades integrales de la persona, y respeten las preferencias sociales. La atención centrada en la persona exige también que los pacientes reciban la información y el apoyo que necesitan para tomar decisiones y participar en su propia atención y que los cuidadores estén en condiciones de rendir al máximo dentro de un entorno de trabajo favorable. La atención centrada en la persona es más amplia que la atención centrada en el paciente, en la medida en que trasciende la consulta clínica para englobar también la salud de las personas en su propia comunidad y la crucial función que desempeña la población en la configuración de la política sanitaria y los servicios de salud (OMS, 2016, p. 2).

⁵¹ El desarrollo de sistemas de atención más integrados y centrados en la persona tienen el potencial de generar beneficios significativos para la salud y la atención sanitaria de todas las personas, en particular una mejora del acceso a la atención, de la salud y los resultados sanitarios y de la educación sanitaria y la autoasistencia, un aumento de la satisfacción con la atención, de la satisfacción laboral de los trabajadores de la salud y de la eficiencia de los servicios, y una reducción de los costos generales (OMS, 2016, p. 2).

Capítulo 5. Marco Estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031

El Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 es la hoja de ruta de la salud pública del país para los próximos diez años. En él, se capitalizan los aprendizajes del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, así como el reconocimiento de los desafíos para la salud pública asociados a un contexto dinámico que involucra elementos heterogéneos como la post pandemia, los fenómenos sanitarios emergentes, el cambio climático, los fenómenos migratorios, las desigualdades e inequidades sociales, la discriminación y la vulneración de derechos, entre otros.

Estos desafíos demandan del nuevo Plan Decenal de Salud Pública trascender el paradigma de la salud y su abordaje desde la perspectiva de eventos de salud-enfermedad hacia una visión de la salud como un derecho humano fundamental en contextos culturales, políticos, ecológicos, económicos y sociales. Esto implicó evolucionar el abordaje estratégico del Plan desde eventos específicos y dimensiones prioritarias desarrolladas en el Plan anterior hacia un marco estratégico que busca trascender hacia el reconocimiento de las personas, las familias y las comunidades como sujetos de derechos, así como su primacía en la gestión de las acciones en salud pública y las diferentes intervenciones en salud en armonía con las transformaciones culturales, sociales, económicas, políticas y ambientales para el goce efectivo del derecho fundamental a la salud y la reducción de desigualdades en salud. Así como el acceso oportuno a los servicios de salud en términos de calidad, oportunidad, aceptabilidad, asequibilidad y continuidad.

En tal sentido, el Plan Decenal 2022-2031 establece un marco estratégico basado en la planeación orientada por objetivos, cuyas bases fundamentales son los elementos conceptuales descritos en el capítulo cuatro (4) del presente documento, las cuales le dan sentido y contenido a lo estratégico, para que éste en el marco de la implementación del Plan se constituya en la herramienta para alcanzar las transformaciones culturales, sociales, económicas, políticas y ambientales necesarias para el logro de los fines del Plan.

La construcción de este marco estratégico, corresponde a un proceso de mejora de política pública que recoge retos del Plan anterior, identifica necesidades en salud y plantea ejes estratégicos y estrategias, con los cuales se busca generar y potencializar transformaciones e impactos positivos en salud. Estas estrategias serán desarrolladas en coordinación, articulación e integración con otros sectores, instancias en todos los niveles, entidades del sector y entidades territoriales, entre otros, conforme a sus competencias, capacidades y necesidades particulares, en un esfuerzo conjunto por promover la consolidación de procesos y acciones en miras a alcanzar los fines establecidos en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031.

El marco estratégico del Plan Decenal que se presenta en este capítulo, contiene la visión de la salud pública planteada para Colombia a 2031, la cual se materializa a partir de cuatro fines, los cuales se alcanzan mediante la implementación articulada de seis ejes estratégicos que determinan las bases fundamentales para la gestión de la salud pública en los próximos diez años, los cuales integran y le dan sentido estratégico a los elementos conceptuales y los pilares del Plan para poner en el centro la salud y el bienestar de las personas, las familias y las comunidades, con el propósito de avanzar en la garantía del derecho fundamental a la salud y su interdependencia con otros derechos, a través de la gestión positiva de los determinantes sociales de la salud y el mejoramiento de las condiciones de vida y salud de la población.

Para el caso de los pueblos y comunidades indígenas su marco estratégico se desarrolló en el ámbito de la gestión territorial integral propia, teniendo en cuenta los componentes, ejes estratégicos y líneas operativas del SISPI que se presentan en el capítulo ocho (8) de salud propia e intercultural con pueblos y comunidades; así como los elementos orientadores propios para las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueros y el pueblo Rrom. Desde el enfoque de derechos, diferencial e interseccional también se construyó el alcance estratégico para la población víctima del conflicto armado, acogiendo los resultados del proceso participativo establecido en el PDSP 2012-2021 (capítulo 9) y para las demás poblaciones a las que se le reconoce la relevancia de incluir desarrollos estratégicos afirmativos en salud pública.

A continuación, se presentan los elementos constitutivos del marco estratégico del PDSP 2022-2031.

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 su situación, condición, pertenencia étnica o identidad son discriminados o sus derechos han sido vulnerados, o se encuentran en riesgo de ambas situaciones, para los que el Estado tiene la obligación de reconocer y responder con medidas que apunten a la equidad.

Interculturalidad

Es el respeto por las diferencias culturales existentes en el país y en el ámbito global, así como el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que integren tales diferencias en la salud, en las condiciones de vida y en los servicios de atención integral, a partir del reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud en el ámbito global.

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. Asimismo, el acceso a la información sectorial e intersectorial derivada del Plan y el desarrollo de procesos que garanticen la participación social que permita reforzar el carácter democrático del Plan y la confianza de la ciudadanía.

Integralidad

Entendida como la articulación y convergencia del conjunto comprensivo de acciones sectoriales e intersectoriales en la gestión de la salud pública para generar bienestar desarrolladas en el marco del Plan Decenal de Salud Pública.

4. Ejes Estratégicos del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031

Los ejes estratégicos del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 son las líneas o rutas de gestión de la salud pública que, en el marco del derecho fundamental a la salud y la gestión de los determinantes sociales de la salud, permitirán el desarrollo y el fortalecimiento de acciones sectoriales e intersectoriales para contribuir al logro de sus fines y alcanzar la visión deseada para los próximos diez años en materia de salud pública e incluyen: el gobierno y la gobernanza de la salud pública, la gestión intersectorial de los determinantes sociales de la salud, la gestión de la atención primaria integral en salud, la gestión integral de riesgos en salud pública, la gestión del conocimiento para la salud pública, y la gestión y desarrollo del talento humano para la salud pública.

Estos ejes estratégicos contribuyen al apalancamiento de la gestión sectorial e intersectorial de la salud pública y no proponen un abordaje jerárquico de las acciones sino complementario y articulado, en el que la contribución de cada eje al logro de los fines del Plan se enmarca en su objetivo, alcance, elementos orientadores y estrategias. Si bien pueden existir coincidencias entre algunos elementos orientadores de los ejes, estas no van en detrimento de las acciones dadas las posibilidades de coordinación y articulación entre ejes para el logro de los fines del Plan. Asimismo, reconociendo que cada eje tiene diferentes niveles de desarrollo en el país se espera que en estos diez años existan desarrollos sustanciales en los ejes de mayor rezago.

A continuación, se describen los seis ejes estratégicos del PDSP 2022-2031. Para cada eje se presenta una descripción, la definición, el alcance, el objetivo general del eje y su meta, así como los elementos orientadores del eje que dan cuenta de los contenidos para la acción y sus respectivas metas, y finalmente se presentan las estrategias de cada elemento orientador.

5.1 Eje estratégico 1: Gobierno y gobernanza de la salud pública

La salud pública y su complejidad 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

1. Visión del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031

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 intersectorial, territorial, institucional y social de forma articulada, diferencial y sostenible.

2. Fines de la salud pública para el próximo decenio

El Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 materializa su visión a 2031 a través del logro de cuatro fines:

- **Fin 1:** 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.
- **Fin 2:** Avanzar hacia la mejora de las condiciones de vida, bienestar y calidad de vida de las personas, familias y comunidades que habitan en el territorio colombiano mediante la reducción de desigualdades sociales en salud entre grupos socialmente constituidos.
- **Fin 3:** 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.
- **Fin 4:** 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 la generación de territorios, entornos y comunidades saludables, resilientes y sostenibles.

3. Principios

El Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 acoge los principios establecidos en la Ley Estatutaria de Salud y los valores definidos en el Ministerio de Salud y Protección Social, y hace énfasis en:

Dignidad

Principio inherente y consustancial de los seres humanos, que imprime valor y respeto por el ser humano como un fin en sí mismo sin distinciones de etnia, sexo, género, orientación sexual, edad, religión, ideología política, posición económica o social, o de cualquier otro tipo.

Progresividad

Implica el incremento gradual de los derechos en salud para lograr su pleno cumplimiento evitando retrocesos sobre lo ya logrado. Representa la ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías en salud, la mejora en su prestación, la ampliación de la 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.

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 y la superación de desigualdades en salud en personas de escasos recursos, de los grupos en vulnerabilidad por situación, condición, pertenencia étnica, identidad y de los sujetos de especial protección.

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 las 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.

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. Por tanto, representan caminos comunes sinérgicos o antagónicos de acuerdo con intereses que deben ser modulados y armonizados buscando impactos positivos en la salud.

La coexistencia de múltiples políticas públicas, orientadas desde diversas perspectivas y sectores, genera 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 en bien de todos/as y de la salud pública.

Los sistemas de salud han consolidado a través del tiempo su función rectora, sustentada en diferentes ordenamientos 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 territoriales, 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 y protección social de los pobladores de sus áreas político-administrativas. Un primer reto en materia de gobierno y gobernanza al reconocer este ordenamiento es contar con capacidades locales y nacionales, que, de acuerdo con las particularidades y diferencias propias del país, tanto en territorios como actores, logren la rectoría esperada de la salud pública basada en transparencia, confianza social y democracia participativa.

El abordaje integral de la salud pública se ubica en la estructura de gobierno, ordenada en un conjunto de instituciones públicas que administran y dirigen el Estado colombiano.⁵² La comprensión del diseño institucional de gobierno para la salud pública y sus alcances de interrelación es la base del trabajo gubernamental multinivel basado en la legalidad, en el reconocimiento de experticias y de agendas comunes en sus diferentes misionariedades, y del fortalecimiento de la integración de políticas públicas, de la normativa y la autoridad sanitaria.

El PDSP 2022-2031 hace parte de los instrumentos de política pública que deben garantizar el derecho fundamental 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 la prestación 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, dando sentido a las recomendaciones derivadas de la apuesta de la salud en todas las políticas, 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, municipal y gobiernos propios étnicos (plano vertical); cuyos mandatos y responsabilidades confluyen en garantizar (para el caso sectorial) y aportar (para lo multisectorial) al más alto nivel de salud posible.

Esto significa que la rectoría 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 territoriales, 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 misionariedad 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 legislativos, judiciales, de control y transparencia, de políticas públicas, planes, programas y proyectos tanto en lo sanitario como en lo no sanitario.

⁵² Como lo expresa el Departamento Administrativo de La 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, 2022, <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gerentes/Modulo1/tema-2/1-estructura-estado.html>)

<p>Al ejercicio de la autoridad sanitaria 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 democrática, 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, incluyendo aquellos que trascienden las fronteras territoriales del país, que inciden de distintas formas en las dinámicas de la salud pública, y con los que se construyen acciones supranacionales. Todos ellos tienen diferentes alcances de acción, múltiples interacciones que al reconocerse permiten la construcción de relaciones, sinergias e interdependencias susceptibles de integrar en la búsqueda de la salud, el bienestar y la calidad de vida de quienes habitan Colombia.</p> <p>5.1.1 Definiciones centrales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gobierno <p>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 del Estado Social de Derecho, unitario, democrático, pluralista, en un marco de descentralización político-administrativa, autonomía territorial, con prevalencia del interés general.</p> <p>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.</p> <p>La descentralización y la autonomía de lo local se sustentan en el conocimiento de los gobiernos territoriales de las necesidades específicas y la generación de respuestas que dan cuenta de las diferencias poblacionales y territoriales. Desde la perspectiva del gobierno se debe reconocer en los territorios que allí confluyen múltiples actores gubernamentales, no todos bajo líneas de poder de la autoridad local (gobernadores y alcaldes) lo que implica que se unan los acuerdos gubernamentales del orden nacional para apalancar los avances territoriales y establecer acuerdos intergubernamentales multinivel; permitiendo relaciones armónicas entre lo centralizado y lo descentralizado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gobernanza <p>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. No se trata solo de las estructuras formales que guían la acción pública, sino del establecimiento de interacciones democráticas, corresponsables, en las que los diferentes actores incluido el gobierno, se involucran en moldear conjuntamente las mejores relaciones para sustentar y adelantar la acción colectiva en salud pública.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gobernabilidad 	<p>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.</p> <p>5.1.2 Alcance del eje estratégico</p> <p>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.</p> <p>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 territoriales, 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.</p> <p>5.1.3 Objetivo del eje estratégico</p> <p>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.</p> <p>Meta del eje estratégico: A 2031 el país contará con una gobernanza democrática y colaborativa y un gobierno multinivel para la salud pública fortalecidos, de acuerdo con los diferenciales territoriales.</p> <p>5.1.4 Elementos orientadores</p> <p>El eje estratégico de gobierno y gobernanza de la salud pública se desarrollará a partir de los siguientes elementos, que dan cuenta del alcance y objetivo, e incorporan las estrategias y acciones. Para cada uno de ellos se incluyen las metas que de forma integrada y sinérgica posibilitarán el cumplimiento de la meta de eje.</p> <p>5.1.4.1 Elemento orientador: Regulación y legalidad para el ejercicio del gobierno y la gobernanza de la salud pública</p> <p>El fortalecimiento del gobierno y la gobernanza de la salud pública requiere de un marco regulatorio que brinde soporte, claridad y respaldo a la acción colectiva requerida para llegar a los resultados buscados, con una explícita supremacía del interés general, estructurante de los fines del Estado, sobre cualquier interés particular cuya acción afecte la salud de los habitantes del territorio colombiano. Debe consolidar la comprensión de que dañar lo común afecta lo particular y por ende es necesario trabajar por una adecuada alineación.</p> <p>Se reconoce que el país cuenta con múltiples desarrollos normativos y de política pública que sustentan el qué hacer de la salud pública; algunos con compromisos explícitos realizables en los próximos años. Se entiende entonces que es necesaria una agenda estructurada de consolidación, armonización y renovación de la regulación existente, que brinde consistencia y fortaleza a la operación funcional de la autoridad sanitaria y de una gobernanza en la que se optimicen las relaciones y la co-gestión.</p> <p>El marco de legalidad de la salud pública, no solo se refiere a lo emitido en el sector de salud y protección social, sino que incluye todo aquello que define las obligaciones públicas para con los sujetos individuales y colectivos; los contenidos de derechos y políticas públicas y la protección de la salud y el bienestar.</p>
<p>Meta del elemento orientador: A 2031 se contará con un marco regulatorio en salud pública que garantice un ejercicio de gobierno y de gobernanza democrática y colaborativa para la salud pública con legalidad, legitimidad y sostenibilidad consolidadas.</p> <p>A continuación, se presentan las estrategias que desarrollan el elemento orientador.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Generación de coherencia interna y simplificación del ordenamiento jurídico en materia de salud pública <p>Son múltiples los avances normativos y de política pública relacionados con la salud de las poblaciones y sus determinantes sociales emitidos en los últimos años, que se encuentran en implementación y que surgen de los compromisos de país adquiridos. Esto unido a los marcos constitucionales, estatutarios, y jurisprudenciales produce una estructura regulatoria y de legalidad que debe ser analizada en términos de fines propuestos, mandatos y responsabilidades asignadas, alcances y contenidos, procesos y procedimientos involucrados, utilización de recursos y mecanismos de control; a fin de establecer las adecuaciones requeridas para facilitar la acción de la autoridad sanitaria (nacional y territorial), garantizar su efectividad y fortalecer la gobernanza.</p> <p>A pesar de los avances en la simplificación normativa del país, debe fortalecerse la coherencia interna, eliminar las contradicciones, duplicidades, suplir vacíos, integrar intencionalidades, temáticas, procesos y garantizar la seguridad jurídica de la salud pública. Esta estrategia requiere: revisión y análisis integral del ordenamiento regulatorio de la salud pública; elaboración de la agenda de ajuste regulatorio; producción de la regulación requerida según necesidades adicionales y desarrollo de los instrumentos para una mejora continua de la regulación en salud pública que acompañe el ciclo de política del PDSP 2022-2031.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de procesos de armonización de regulaciones gubernamentales multinivel <p>Los diferentes niveles gubernamentales producen regulaciones que deben ser armónicas para la implementación del PDSP 2022-2031 y el avance significativo en salud pública. El Plan se ejecuta en el marco de varios planes de desarrollo, planes sectoriales, planes territoriales, políticas públicas, planes y lineamientos temáticos que terminan, continúan o aparecen, lo que requiere un trabajo continuo de armonización de regulaciones gubernamentales. La producción continua de normas y políticas públicas, y sus procesos de seguimiento y evaluación deben aportar para fortalecer la armonización regulatoria, que implica no solo revisar estas relaciones en su formulación, sino también acompañar todo el ciclo de política, en un proceso de permanente diálogo, adopción y adaptación.</p> <p>Esta estrategia requiere: desarrollo de acuerdos y dispositivos gubernamentales multinivel para la armonización regulatoria en salud pública y desarrollo de mecanismos de verificación conjunta de la armonización regulatoria en salud pública.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adecuación regulatoria para el gobierno y la gobernanza de la salud pública con legitimidad y sostenibilidad <p>Las exigencias actuales en salud pública, lo acontecido durante la pandemia de Covid – 19, sus desafíos, la innovación global y local, y el avance significativo en gobernanza y gobernabilidad exige que la regulación fortalezca la co-gestión democrática en los próximos diez años. Esto implica que los desarrollos regulatorios que se den en concordancia con el PDSP 2022-2031 sean legítimos y sostenibles. Avanzar hacia una gobernanza y gobernabilidad fortalecidas requiere contar con espacios de legalidad y reconocimiento explícitos. Es necesario establecer gobiernos (nacionales, subnacionales y propios) comprometidos con la salud pública, legítimos, confiables, con capacidad de respuestas coherentes acorde a sus contextos, con políticas que aportan a la salud pública sostenibles; y con ejercicios de gobernanza y gobernabilidad que consolidan y reconocen la fuerza de un quehacer colectivo abierto, participante, empoderado y sostenible.</p> <p>El desarrollo de esta estrategia contempla: revisión y análisis de los mandatos, competencias y responsabilidades a cargo de los diferentes actores gubernamentales en territorio y su alcance de gobierno y gobernanza en salud pública; revisión y análisis de las instancias, espacios, mecanismos, actores sociales y dinámicas de participación ciudadana, democrática y colaborativa, por niveles de decisión y presencia territorial; y generación de la adecuación regulatoria según niveles de</p>	<p>responsabilidad y decisión para establecer los instrumentos necesarios que fortalezcan la gestión de gobierno y gobernanza de la salud pública.</p> <p>5.1.4.2 Elemento orientador: Generación y adecuación de arreglos institucionales para el gobierno y la gobernanza de la salud pública</p> <p>Un referente central al incorporar un eje de gobierno y gobernanza como un camino estratégico de la acción en salud pública, es el ordenamiento del Estado sus roles y relacionamientos con la sociedad a quien le debe cumplimiento de lo establecido en los contratos sociales. La salud pública, si bien tiene una fuerte raíz en el sistema de salud colombiano, también se trata de lo que sucede en otros sectores administrativos y sociales, que inciden de distintas formas sobre la salud, el bienestar y la calidad de vida de los habitantes del territorio colombiano.</p> <p>Fortalecer el gobierno y la gobernanza de la salud pública implica reconocer la institucionalidad estatal y social, comprender su ordenamiento funcional, relacional; sus roles, su participación diversa a lo largo del país, sus capacidades, sus líneas de poder y decisión; sus aportes y activos sociales presentes cotidianamente en la vida y relaciones (más allá de un explícito reconocimiento) y proceder a resignificarlos y transformarlos para facilitar que las acciones en salud pública logren los resultados esperados.</p> <p>Transformar los arreglos existentes reconoce la necesidad de contar con gobiernos legítimos con capacidades de liderazgo, co-gestión y relacionamiento en red que mitiguen las barreras derivadas de concepciones y operaciones rígidas, basadas en especializaciones que fortalecen micropoderes o hegemonías que subvaloran los saberes, capacidades y aportes significativos de diferentes grupos sociales que hacen parte de una institucionalidad amplia. Se debe buscar una acción en salud pública más eficiente, que visibilice los lugares comunes donde el trabajo colaborativo, sinérgico y socialmente potenciado sea posible y encuentre caminos expeditos para su realización.</p> <p>Meta del elemento orientador: A 2031 el país contará con arreglos institucionales nacionales y territoriales que consolidan la rectoría y la gobernanza democrática y colaborativa en salud pública.</p> <p>Las siguientes estrategias desarrollan el elemento orientador.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento de la rectoría en salud pública <p>La autoridad sanitaria debe establecer la visión estratégica nacional y territorial para la salud pública en términos de los arreglos institucionales requeridos para cumplir con lo establecido; gestionar la agenda gubernamental sectorial e intersectorial desde la alineación de la acción en salud pública de cada entidad responsable y la aplicación de las indicaciones dadas en el territorio bajo su jurisdicción. Su liderazgo activo debe ser fortalecido tanto en los ámbitos sectoriales como con los demás actores y sectores.</p> <p>Estos procesos y el cumplimiento de los mandatos y responsabilidades asignados requieren de capacidades permanentes para la dirección del sistema de salud, la ejecución de las acciones colectivas, la gestión integral de la salud pública, su sostenibilidad financiera, su integración con otros programas y servicios, sanitarios y sociales, entre otras funciones relacionadas con la rectoría. El análisis de la situación de salud y el ordenamiento programático necesario para atenderla es esencial para que la autoridad sanitaria cumpla a cabalidad con su rol. Debe adelantarse de manera específica, la adecuación de las acciones en salud pública a sus diferenciales poblacionales y territoriales. Requiere establecer sus condiciones operativas, los logros en salud y la agenda pendiente derivada no solo del Plan Territorial de Salud en ejecución, sino también la incidencia de los determinantes sociales en contextos particulares y los retos derivados de la pandemia de Covid-19.</p> <p>El ejercicio de la rectoría sanitaria requiere de un fortalecimiento integral con el apoyo permanente sectorial y con el concurso de aquellas entidades e instancias responsables de los sistemas de gestión, mejoramiento continuo, asistencias técnicas, transferencia de conocimiento, entre otros. Los arreglos institucionales para el gobierno y la gobernanza de la salud pública en incluyen los espacios de participación e incidencia de la autoridad sanitaria, tanto gubernamentales como no gubernamentales.</p>

• **Adecuación de los arreglos institucionales de gobierno y de gobernanza de acuerdo con los contextos territoriales y poblacionales diferenciales**

Las condiciones gubernamentales de la salud basadas en una descentralización político – administrativa en la que la implementación local es la estructura fundamental de los logros en salud requiere de relaciones gubernamentales multinivel que superen la fragmentación, la duplicidad, los déficits de capacidades y se fundamenten en el fortalecimiento de la coordinación, la concurrencia, la subsidiariedad y la colaboración sistemática. El gobierno nacional y los gobiernos territoriales cuentan con múltiples organizaciones responsables de cumplir con mandatos específicos, que comprenden entidades adscritas y vinculadas, otras autónomas, centralizadas o descentralizadas; cuyas actuaciones se amplían a espacios, mecanismos e instancias de trabajo conjunto del orden intersectorial, en muchos de los cuales la autoridad sanitaria es parte constitutiva de comisiones, consejos, comités y sistemas administrativos.

Estos espacios deben ser aprovechados de forma activa para incidir en agendas conjuntas que posicionen la salud pública y la intervención positiva de los determinantes sociales de la salud. La participación en dichos espacios requiere que cada autoridad sanitaria establezca sus representantes, su misionalidad, su oferta programática, su incidencia y compromiso, sus intereses, sus aportes (mapa de activos sociales) y establezca una agenda común que incorpore la salud en todas las políticas, soportada en la armonización de políticas públicas y en el desempeño idóneo de sus responsabilidades y competencias. Asimismo, que ponga y desarrolle las relaciones intergubernamentales y sociales que potencien relaciones vinculantes en favor de la salud pública. Este ordenamiento que complementa y fortalece la acción específica de cada sector, no debe competir, debe fortalecer relaciones interdependientes, en redes dinámicas de colaboración, base de nuevos arreglos institucionales orientados a un mejor gobierno y a una gobernanza consolidada y sostenible.

Por otra parte, los arreglos institucionales en el marco de contextos poblacionales diferenciales implican el reconocimiento de los procesos de consulta con las comunidades para garantizar la adaptabilidad de la respuesta institucional a favor de la salud pública y su legitimidad como autoridad sanitaria.

Esta estrategia se relaciona con el reconocimiento de la institucionalidad estatal y social, su ordenamiento funcional y relacional, su participación en salud pública y el mapeo de los activos sociales diferenciales y en territorio; armonización de las políticas públicas y demás instrumentos relacionados con énfasis en la planeación y la gestión integral de la salud pública con las adaptaciones institucionales que se deriven.

5.1.4.3 Elemento orientador: Desarrollo de la gestión de la salud pública en territorio mediante la participación democrática y colaborativa en la gobernanza de la salud pública

El PDSPS 2022-2031 se enmarca en el reconocimiento de Colombia como un Estado Social de Derecho y democrático, en el que el constituyente primario es el pueblo. A esto se une que la salud pública requiere e incorpora una comprensión basada en que los resultados en salud, bienestar y calidad de vida hacen parte de una apuesta social en la que la totalidad de actores y sectores confluyen en su materialización como expresión concreta del goce efectivo de derechos humanos y planetarios convergentes e interdependientes.

Por lo tanto, más allá del papel constitucional que cumple el gobierno en su conjunto, y en particular el sector administrativo de salud y protección social, la gobernanza y gobernabilidad de la salud pública se dirige a establecer medidas que consoliden la gestión democrática y colaborativa de la salud pública, enmarcada en las profundas relaciones sociales que se viven en territorio.

Esta condición de gestión de la salud pública se asume dinámica, consolidada y emergente según las necesidades cambiantes y diversas que se presentan (como lo enseñó la pandemia Covid-19), con capacidad de reconocer lo novedoso, lo que existe y se transforma, lo que retrocede, lo que agrega discriminación, brechas y desigualdades. Es una gestión democrática y colaborativa que se compromete con la salud pública y que actúa más allá de la formalidad establecida, que recupera y gestiona lo tácito, lo informal, lo invisible; hace parte de lo cotidiano para superar la indiferencia que subyace a lo que se hace de la misma manera o que se establece en los imaginarios como imposible de transformar.

Es una gestión que le exige al gobierno hacer lo que le corresponde con excelencia, y que a la vez moviliza la acción colectiva al compromiso explícito con la propia salud y con la transformación significativa de la vida en territorio, basada en la dignidad humana, en el respeto y cuidado por el planeta. Implica avances a comprensiones compartidas de la salud y de lo público, para que lo democrático y colaborativo se afiance en reglas compartidas, que reconozcan los intereses legítimos de distintos actores y sectores y que a la vez construyen espacios de valor común.

Como parte de este eje estratégico y asumiendo su transversalidad en la salud pública, se asume la participación como un derecho fundamental que se materializa de distintas formas y en diferentes contextos.⁵³ Significa que la gobernanza-gobernabilidad de la salud pública exige y requiere de más oportunidades de incidencia en las decisiones de carácter público para la salud, es fortalecer una cultura consolidada para la vida y la salud basada en lo común y en lo diverso. Se trata de la participación democrática⁵⁴ que le da soporte a los ejercicios de cogestión en el marco de la gobernanza de la salud pública.

Se relaciona con la legitimidad y la gobernabilidad y establece un marco de actuación que permite la consolidación de procesos de participación informada, incluyente, dinámica, sostenible, continua y empoderada de la sociedad civil y la ciudadanía según los contextos territoriales y diferenciales poblacionales desde el enfoque de derechos.

Meta del elemento orientador: A 2031 el país tendrá una gestión integral de la salud pública sustentada en dinámicas institucionales y sociales democráticas y colaborativas que confluyen en resultados de valor público para la salud y el bienestar.

Las estrategias del elemento orientador son:

• **Fortalecimiento de capacidades territoriales y sociales requeridas para la gestión de la gobernanza democrática en salud pública**

Hace referencia a la implementación de procesos, reglas de relación, operación, mecanismos de control y convergencia en resultados y acción conjunta que permitan la cogestión democrática y participativa en salud pública; así como al intercambio colaborativo de conocimiento, recursos, sinergias y capacidades con perspectiva de activos sociales en salud pública. Se busca una toma de decisiones basada en acuerdos conjuntos derivados de los objetivos comunes en salud pública y los resultados de valor público.

• **Consolidación de la gobernabilidad, la legitimidad, la gestión integral de la salud pública basada en la acción conjunta, colaborativa y en los activos sociales**

Esta estrategia implica el fortalecimiento de la pluralidad participativa, organizada, dinámica y de interacción de acuerdo con los contextos territoriales y sociales mediante: i) 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 reconozcan la diversidad y los alcances particulares de la salud pública; ii) Desarrollo de procesos de participación social y ciudadana, empoderamiento social y organizativo que fortalezcan la incidencia colectiva en las decisiones y acciones conjuntas en salud pública, disponiendo los mecanismos necesarios para que las personas que por su situación, condición, pertenencia étnica e identidad se encuentran en desventaja para participar, logren

⁵³ El marco democrático participativo, como elemento esencial de la Constitución de 1991, hace referencia a las bases fundacionales que en ella se encuentran contenidas en lo relativo al ejercicio de la participación política que conduce a la realización del principio democrático en el proceso decisorio del Estado colombiano. Es decir, el marco democrático participativo está compuesto por los elementos normativos a partir de los que se establece quiénes y en qué condiciones cuentan con la posibilidad de participar en la sociedad política que toma las decisiones de razón pública en el marco jurídico del Estado colombiano. Corte Constitucional. 2014. Sentencia C-577 de 2014. <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/listados/tematica2.jsp?subtema=29851&cadena=&msckid=5b43c45bd00e11ecb7a7d1cc9921760f>

⁵⁴ La participación democrática es un derecho-deber, toda vez que le concede al ciudadano la facultad y a la vez la responsabilidad de hacerse presente en la dinámica social que involucra intereses colectivos. Esa facultad no se circunscribe a los procesos propiamente políticos, y su ejercicio debe estar adecuadamente garantizado, pues así lo exigen las mismas normas superiores. Esta comprensión se manifiesta tanto en la elección de representantes como en los mecanismos de participación ciudadana. Corte Constitucional. 2016. Sentencia C-379 de 2016. <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/listados/tematica2.jsp?subtema=29851&cadena=&msckid=5b43c45bd00e11ecb7a7d1cc9921760f>

hacerlo; e iii) Implementación de mecanismos de corresponsabilidad social que apalanquen la acción conjunta.

5.1.4.4 Elemento orientador: Fortalecimiento de la transparencia y confianza en la acción pública y conjunta en salud

Trabajar de forma colaborativa en salud pública con compromiso y empoderamiento social requiere estrategias que prevengan y superen la corrupción en la gestión de la salud y en particular de la salud pública. El PDSP 2022-2031 busca avanzar en consolidar procesos de transparencia y de confianza social entre actores y sectores, como base fundamental de buenos gobiernos y gobernanzas reconocidas. Para esto es necesario que se fortalezcan varias de las iniciativas en proceso de implementación en el país (por ejemplo, integridad, información pública, gobierno abierto) y con avances no solo en el sector salud, sino en general en la totalidad de la estructura del Estado.

Meta del elemento orientador: A 2031 la gestión integral de la salud pública será ejemplo de transparencia y confianza social en el país, con base en resultados anticorrupción e integridad pública.

Las estrategias del elemento orientador son:

• **Gobierno abierto como soporte de los procesos, decisiones y espacios colaborativos de gobierno y gobernanza en salud pública**

El gobierno abierto⁵⁵ establece que todos los participantes del gobierno colombiano deben adelantar las acciones institucionales necesarias para luchar contra la corrupción y trabajar por la transparencia. El PDSP 2022 – 2031 busca trabajar por fortalecer los mecanismos de gobierno abierto, mediante el acceso a la información de salud pública, tanto sectorial como derivada de los acuerdos intersectoriales y sociales resultantes de las estrategias y acciones a implementar en los próximos diez años.

La disponibilidad de información requiere de adaptaciones territoriales que garanticen la inclusión diferencial de los sujetos de derecho y la ciudadanía en general. La estrategia del Gobierno Abierto en salud pública requiere el desarrollo de capacidades organizacionales, territoriales y sociales de conocimiento, de análisis e interpretación de indicadores, de participación en el seguimiento y evaluación de lo acordado, de las metas y resultados esperado en salud pública, de acuerdo con las particularidades de cada contexto. Implica el fortalecimiento de los sistemas de información y su interoperabilidad, el alfabetismo digital, y la mejora en la calidad, oportunidad y acceso real.

Debe reconocer la interculturalidad y avanzar a la incorporación de saberes y aproximaciones diversas a la información, a las maneras de medir. Debe permitir diferentes niveles de decisión, de acompañamiento a la autoridad sanitaria, al trabajo intersectorial y a la gobernanza en salud pública; la participación ciudadana y sus mecanismos propios de control.

• **Fortalecimiento de la rendición de cuentas en salud pública con alternativas adaptadas y apropiadas según los diferenciales poblacionales y territoriales**

En rendición de cuentas es otro campo en el que Colombia cuenta con avances muy relevantes y el PDSP 2022-2031 se apalanca en ellos para fortalecer su gestión. Es una obligación del Estado y se trata de fortalecer el diálogo con la ciudadanía desde la democratización de los resultados y los logros de desempeño en la acción pública, facilitando la participación y el control social.⁵⁶

Se espera que la rendición de cuentas en salud pública vaya más allá de una obligación y un ejercicio de cumplimiento legal, para convertirse en un proceso de diálogo social, que genera confianza y

empoderamiento que en la medida en que se logran trabajos colaborativos y acción colectiva, sea un compromiso de todos/as mostrar los resultados, el desempeño, revisar necesidades y respuestas, en definitiva, producir valor público de forma permanente. Se apalanca en el gobierno abierto y debe garantizar la mayor inclusión posible. La rendición de cuentas se basa en esfuerzos comunicativos que faciliten la interacción, el mejoramiento continuo y el despliegue oportuno de acciones correctivas.

Esta estrategia requiere de: generación de espacios interactivos de análisis de avances de resultados en salud pública, del desempeño institucional y social y la retroalimentación ciudadana continua; adecuación administrativa y tecnológica para la consolidación de la rendición de cuentas en salud pública; y desarrollo de mecanismos dinámicos e incluyentes de rendición de cuentas en salud pública basados en adecuaciones según los diferenciales locales de disponibilidad, acceso, consulta, uso y retroalimentación de información y conocimiento.

• **Consolidación de mecanismos para el control de intereses**

Los procesos de política pública se relacionan con la concurrencia de múltiples intereses, siempre presentes en las dinámicas sociales. Para el fortalecimiento de la transparencia se hace necesario que la gestión integral de la salud pública explícite en relación con los actores y sectores, todas aquellas motivaciones que se presentan, algunas de ellas a favor de la salud pública y otras que pueden ser contradictorias.

También es claro que varios de los territorios en Colombia se enfrentan a situaciones de intereses no legítimos que generan conflictos sociopolíticos y se convierten en contextos problemáticos para un adecuado ejercicio de la autoridad sanitaria y la confluencia propositiva, sinérgica y pacífica en fines comunes. Si bien se trata de situaciones que requieren acciones de mediano plazo, es necesario que los territorios adelanten análisis de actores involucrados e intereses presentes, y propongan, consoliden o transformen mecanismos de control de intereses que afecten la transparencia y la confianza en las medidas y acciones que se adelanten en salud pública. Esto también implica que se fortalezcan las funciones de inspección, vigilancia y control en los territorios con el concurso de las diferentes entidades sectoriales, intersectoriales y organismos de control.

Esta estrategia se despliega mediante: el desarrollo de acciones basadas en control social y orientadas al cuidado de la salud pública, integridad en la gestión y uso de recursos; los análisis permanentes de los intereses y prácticas que debilitan la transparencia en salud pública como base de actuaciones concretas y conjuntas que incrementen la confianza social; y el fortalecimiento de las funciones de inspección, vigilancia y control en los territorios con el concurso de las diferentes entidades sectoriales, intersectoriales y organismos de control, apoyados en canales de denuncia ciudadana.

5.2 Eje estratégico 2: Gestión Intersectorial de los Determinantes Sociales de la Salud

El papel preponderante de factores sociales estructurales e intermedios en la determinación de la salud y las desigualdades en salud de las personas, familias y colectivos (Braveman, Egerter, & Williams, 2011; Braveman & Gottlieb, 2014) demanda la acción intersectorial, entendida como el trabajo sistemático, coordinado, articulado e integrado entre actores sociales y sectores gubernamentales y no gubernamentales, con la participación de la sociedad civil organizada y de la ciudadanía con una visión conjunta, que implica concertación, distribución y asignación de recursos y capacidades técnicas entre los involucrados, (Diez, Camprubí, & Ferrelli, 2015) para el agendamiento, formulación, implementación, implementación y evaluación de políticas públicas que permitan transformaciones económicas, sociales, culturales y ambientales con el propósito de alcanzar el mejor nivel de salud posible, reducir las desigualdades sociales en salud e impactar positivamente el bienestar y la calidad de vida de la población.

Desde hace varias décadas el sector salud ha liderado iniciativas que buscan la confluencia intersectorial como elemento clave para alcanzar el nivel más alto de salud para todos/as, las cuales han sido ratificadas en numerosos instrumentos de política global y más recientemente, en el enfoque de “Salud en todas las políticas” de 2013 (Kershaw, 2018; WHO, 2013). Dicho enfoque busca que los responsables de 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 la política y establezcan sinergias entre sectores que eviten impactos sanitarios adversos y mejoren la salud y la equidad en las poblaciones (WHO, 2013). La implementación de este enfoque

⁵⁵ De acuerdo con la función pública corresponde a una “política de gobierno que promueve y garantiza el acceso a la información para fortalecer la transparencia y la participación ciudadana en la gestión y control de lo público” Gobierno Abierto - Glosario - Función Pública (funcionpublica.gov.co)

⁵⁶ “El proceso conformado por un conjunto de normas, procedimientos, metodologías, estructuras, prácticas y resultados mediante los cuales, las entidades de la administración pública del nivel nacional y territorial y los servidores públicos informan, explican y dan a conocer los resultados de su gestión a los ciudadanos, la sociedad civil, otras entidades públicas y a los organismos de control, a partir de la promoción del diálogo. La rendición de cuentas es una expresión de control social que comprende acciones de petición de información y explicaciones, así como la evaluación de la gestión”. (Colombia, 2015, Artículo 48)

ha llevado al reconocimiento de que la multidimensionalidad y complejidad de los procesos de coproducción de salud requieren de abordajes que trasciendan el sector salud en el nivel nacional y territorial, y trasciendan hacia la acción intersectorial y transectorial.

En coherencia con los avances globales, Colombia ha tenido progresos en relación con la acción intersectorial al desarrollar instrumentos normativos (MSPS, 2014), orientaciones para la intersectorialidad (MSPS, 2016), así como mecanismos, espacios e instancias para la acción intersectorial en el marco del PDSP 2012-2021. En el marco de estos avances, la Ley Estatutaria de Salud, le asignó al Estado colombiano la responsabilidad de implementar una política social 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, definió que el Plan Decenal de Salud Pública debe contener acciones de coordinación intersectorial entre las instancias del Sistema de Salud y Protección Social y otros actores para intervenir positivamente sobre los determinantes sociales de la salud (Congreso de la República, 2011).

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 y actores, gubernamentales y no gubernamentales para la acción intersectorial, así como construir las bases hacia el logro de la transectorialidad que permita el desarrollo de nuevos arreglos institucionales y sociales para el abordaje de necesidades sociales transversales a los sectores, en el que se supere la fragmentación y se generen procesos conjuntos de respuesta integral e integrada.

5.2.1 Definiciones centrales

- **Intersectorialidad**

Consiste en la coordinación, articulación e integración de actores y sectores gubernamentales y no gubernamentales, incluyendo la sociedad civil organizada y las comunidades, para el agendamiento, formulación, 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.

- **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, implementación y evaluación de políticas públicas favorables para la vida y la salud (MSPS, 2016).

5.2.2 Alcance del eje estratégico

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 a través del PDSP 2022-2031 busca consolidar la coordinación, articulación e integración de actores y sectores gubernamentales y no gubernamentales, que de manera directa o indirecta influyen sobre los determinantes sociales de la salud para la gestión de políticas públicas participativas. 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 el nivel nacional y territorial incorporen sistemáticamente la perspectiva de salud.

Los sectores del nivel nacional y territorial que desarrollan las acciones intersectoriales en el marco de este eje incluyen, pero no se limitan a: los departamentos administrativos y consejerías; los sectores de salud, trabajo, educación, tecnologías de la información y las comunicaciones, minas y energía, ciencia, tecnología e innovación, hacienda, interior, justicia y derecho, comercio, industria y turismo, agricultura, ambiente, vivienda, transporte, deportes, cultura y seguridad; el sector privado; la sociedad civil organizada, las instancias de cooperación internacional y la comunidad en general.

población (caracterización de la población afiliada a las entidades promotoras de salud y caracterización de la población trabajadora del sector informal), y herramientas de diagnóstico, entre otros. En estos análisis integrales e integrados deben contribuir todos los sectores, propiciar el intercambio de conocimiento entre sectores y deben permitir avanzar desde la medición de desigualdades en salud al análisis de inequidades en salud que implica el abordaje de teorías sobre justicia social y socio-sanitaria para juzgar dichas desigualdades. Estos análisis deben ser insumo fundamental en la formulación conjunta de políticas, planes y programas para su abordaje.

- **Articulación con los procesos de planeación nacional y territorial**

Consiste en el desarrollo de acciones en el nivel nacional y territorial que permitan la coordinación y articulación con las instancias de planeación y de política social nacional y territorial en el marco de la gestión integral de la salud pública para la inclusión efectiva de la gestión intersectorial de los determinantes sociales de la salud en los diferentes instrumentos de planeación nacional y territorial.

- **Fortalecimiento de la participación social para la acción intersectorial**

Busca el desarrollo de acciones enfocadas en el fortalecimiento de la participación de la sociedad civil organizada y las comunidades en su diversidad y diferencia en los mecanismos, espacios e instancias de acción intersectorial para su incidencia efectiva en los procesos de gestión intersectorial.

- **Seguimiento y evaluación de la acción intersectorial.**

Consiste en el desarrollo de acciones para el seguimiento y evaluación de la implementación de las acciones de la agenda de acción intersectorial, que permita evaluar el avance en los compromisos acordados y los resultados alcanzados en la gestión intersectorial.

5.2.4.2 Elemento orientador: Consolidación de los mecanismos, espacios e instancias de acción intersectorial

La acción intersectorial requiere de mecanismos, espacios e instancias del nivel nacional y territorial para la articulación, coordinación e integración de actores y de sectores gubernamentales y no gubernamentales para la acción intersectorial, que propicien espacios para el establecimiento de intereses y acuerdos comunes, así como la definición conjunta de políticas, planes o programas para la gestión de los determinantes sociales de la salud. En tal sentido, este elemento orientador busca que los mecanismos, espacios e instancias de acción intersectorial del nivel nacional y territorial consoliden, desarrollen y mejoren su capacidad para la articulación de la acción intersectorial.

En el nivel nacional, la CISP es la encargada de la coordinación y seguimiento de la acción intersectorial en el marco del Plan Decenal de Salud Pública, y en el nivel territorial los Consejos Territoriales de Planeación⁵⁷, los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud y los Consejos de Política Social⁵⁸ entre otros espacios, mecanismos, comités y comisiones que según necesidades a resolver y desarrollos territoriales diferenciales son los más expeditos para la acción intersectorial. En este sentido, se reconoce que en el nivel nacional como el territorial existe un grupo importante de más de sesenta (60) espacios, mecanismos e instancias intersectoriales que han ejercido un liderazgo significativo para la acción intersectorial en el marco de las dimensiones del PDSP 2012-2021, entre las que se encuentran pero no se limitan a la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional—CISAN, la Comisión Técnica Nacional Intersectorial para la Salud Ambiental—CONASA, la Comisión Nacional Intersectorial para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos, el Consejo Nacional de Control de Zoonosis—CNCZ, entre otros. La articulación de estos espacios, mecanismos e instancias intersectoriales podría potenciar los alcances de la gestión intersectorial en el nivel nacional y territorial.

⁵⁷ Los Consejos Territoriales de Planeación-CTP son instancias territoriales de planeación, creados para garantizar la participación ciudadana en la construcción y seguimiento de políticas públicas a nivel territorial. Las instancias de planeación territorial a nivel nacional son el Consejo Nacional de Planeación y el Congreso de la República y como instancias del nivel territorial los CTP, las Asambleas Departamentales, los Concejos Municipales, Distritales y las Entidades Territoriales Indígenas. Tomado de: <https://www.cnp.gov.co/normaliva/hornmaliva-ctp>.

⁵⁸ Los Consejos Nacional y Municipal de Política Social son instancias responsables del diseño, movilización y apropiación de recursos presupuestales y orientación de las líneas de acción en materia de política pública para garantía de los derechos de los niños, niñas y adolescentes y sus familias en el marco del Sistema Nacional de Bienestar Familiar.

5.2.3 Objetivo del eje estratégico

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, incluyendo la sociedad civil organizada y las 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, el ejercicio de los derechos y la calidad de vida de la población y avanzar hacia la equidad en salud.

Meta del objetivo: A 2031, el país habrá consolidado la acción intersectorial de los determinantes sociales de la salud con el propósito de avanzar al mejoramiento de las condiciones de vida, salud, bienestar y calidad de vida de la población.

5.2.4 Elementos orientadores

El eje de gestión intersectorial de los determinantes sociales de la salud orientará el agendamiento, formulación, implementación y evaluación de políticas públicas con énfasis en los siguientes elementos, que dan cuenta del alcance y objetivo: desarrollo de acuerdos para la acción intersectorial, consolidación de los mecanismos, espacios e instancias de acción intersectorial, y gestión intersectorial de políticas públicas participativas.

5.2.4.1 Elemento orientador: Desarrollo de acuerdos para la acción intersectorial

La acción intersectorial depende en gran medida de que los sectores y actores que influyen directa o indirectamente sobre los determinantes sociales de la salud estén articulados en el marco de procesos de gestión conjunta. En tal sentido, este elemento orientador busca la consolidación de la articulación para la acción intersectorial, que propicie la construcción del entendimiento común entre actores, la construcción de acuerdos y de una agenda de acción intersectorial conjunta, el compromiso político gubernamental y no gubernamental con fuentes adecuadas de financiación, la gestión intersectorial coordinada y articulada con participación incidente de la sociedad civil y las comunidades, el análisis integrado de los determinantes sociales de la salud para la formulación, implementación de políticas públicas participativas y colaborativas que permitan el abordaje integral de los determinantes sociales desde un enfoque de Salud en Todas las Políticas, así como el seguimiento y evaluación integral de la acción intersectorial.

Meta del elemento orientador: A 2031, el país habrá consolidado y financiado acuerdos de acción conjunta para la gestión intersectorial de los determinantes sociales de la salud apalancados en la coordinación, articulación e integración de actores y sectores gubernamentales y no gubernamentales.

Estrategias del elemento orientador:

- **Articulación de actores para la gestión intersectorial en el nivel nacional y territorial**

Consiste en el desarrollo de acciones para la articulación de los actores intersectoriales gubernamentales y no gubernamentales de los distintos niveles territoriales (vertical y horizontal) para la gestión integral de la salud pública y de los determinantes sociales de la salud; propicie el entendimiento y construcción de un lenguaje común entre actores; defina la agenda de acción intersectorial conjunta con un plan de acción integrado con compromisos, responsabilidades, asignación de recursos de los sectores y herramientas de seguimiento y evaluación de las acciones; identifique y gestione fuentes adecuadas de financiación conjunta y establezca una distribución presupuestal para la acción intersectorial, que permitan el financiamiento de políticas, planes y programas para la gestión de los determinantes sociales de la salud.

- **Desarrollo de análisis articulados e integrados de los determinantes sociales de la salud**

Consiste en el desarrollo de acciones para que, en el marco de la articulación intersectorial, se construyan periódicamente y de manera participativa análisis integrados de equidad en salud a nivel nacional y territorial con énfasis en los determinantes sociales de la salud, a partir de las metodologías disponibles pero no limitados a estas tales como los ASIS, la caracterización de

Meta del elemento orientador: A 2031, el país contará con mecanismos, espacios e instancias de acción intersectorial del nivel nacional y territorial incluida la CISP consolidados y fortalecidos que liderarán acuerdos de gestión intersectorial apalancados en la participación social.

Estrategias del elemento orientador:

- **Fortalecimiento de los mecanismos, espacios e instancias de acción intersectorial nacional y territorial**

Esta estrategia busca el desarrollo de acuerdos pertinentes para fortalecer los mecanismos, espacios e instancias de acción intersectorial en el nivel nacional y territorial para que cuenten con una conformación adecuada de actores, insumos y recursos, así como planes de acción articulados de acuerdo con la reglamentación vigente para el desarrollo pleno y efectivo de la acción intersectorial que redunde en el desarrollo de políticas, planes, programas y acciones conjuntas para la transformación positiva de los determinantes sociales de la salud.

- **Fortalecimiento de la CISP**

Esta estrategia busca el desarrollo de acuerdos y acciones pertinentes para el fortalecimiento de la CISP como instancia de coordinación y orientación de políticas intersectoriales para la gestión de los determinantes sociales de la salud en el marco de la implementación del Plan Decenal de Salud Pública. En este orden, incluye la implementación del Decreto, que en el marco del Plan, reglamenta la organización, gestión y operatividad de la CISP y que establece estrategias para la gestión intersectorial de los determinantes sociales de la salud del Plan Decenal de Salud Pública así: i) Desarrollo de políticas públicas para el abordaje integral de la salud humana, animal y ambiental, ii) Ingresos y situación económica digna, iii) Mejora de las condiciones de empleo y trabajo, iv) Gestión para la prevención y adaptación de los efectos del cambio climático, v) Acceso a educación de calidad, vi) Acceso a redes de servicios sociales y de salud para el cuidado integral de la vida y la salud, vii) Promoción de ciudades, entornos y ruralidades saludables y sostenibles, viii) Garantía progresiva del derecho humano a la alimentación, ix) Garantía de acceso a saneamiento básico y agua apta para consumo humano, y x) Construcción de una sociedad más justa y en paz.

5.2.4.3 Elemento orientador: Gestión intersectorial de políticas públicas participativas

Avanzar hacia el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, al alcance de una salud y vida plenas, así como a la reducción de desigualdades demanda de acciones conjuntas entre sectores gubernamentales y no gubernamental que de manera directa o indirecta influyen sobre la distribución del dinero, el poder y los recursos y por tanto determinan las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen. Es así como la acción intersectorial para movilizar de manera positiva dichos determinantes y circunstancias, es reconocida como un elemento central de las políticas públicas orientadas a alcanzar una salud para todos/as. Este elemento orientador busca definir áreas de acción intersectorial para la transformación positiva de los determinantes sociales de la salud en el marco de un enfoque de derechos, mediante la gestión de políticas públicas participativas en las instancias nacionales y territoriales de acción intersectorial con participación de la sociedad civil organizada y las comunidades en su diversidad y diferencia.

Meta del elemento orientador: A 2031, el país habrá ejecutado políticas públicas participativas intersectoriales en el marco de los diferenciales poblacionales y territoriales para la gestión de los determinantes sociales de la salud.

Estrategias del elemento orientador:

- **Desarrollo de políticas públicas participativas**

Consiste en el agendamiento, formulación, implementación y evaluación de políticas públicas, planes y programas intersectoriales con la participación de la sociedad civil organizada y la comunidad teniendo en cuenta los diferenciales poblacionales y territoriales y las necesidades propias de cada territorio enfocadas en la transformación positiva de los determinantes políticos, económicos, sociales, ambientales y culturales de la salud en el marco de la protección social, una cultura para la vida y la salud, la salud ambiental y la integralidad en salud.

- **Mejora del ámbito laboral**

<p>Consiste en la gestión intersectorial de políticas públicas, planes y programas en torno al mejoramiento de las condiciones de salud, trabajo y ambiente laboral de la población trabajadora del sector formal e informal mediante la mejora de las condiciones de trabajo y fortalecimiento de la protección y seguridad; la protección del bienestar físico, mental y social; la construcción de entornos de trabajo seguros y saludables; la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludables en el ámbito laboral; la gestión de los riesgos en salud y la prevención de los riesgos de origen laboral (enfermedades, accidentes, muertes y discapacidades o pérdida de la capacidad laboral); la ampliación de la cobertura de la afiliación a Riesgos Laborales; el fortalecimiento de los grupos organizados de los trabajadores informales; el fortalecimiento del autocuidado y la gestión de los riesgos, de los factores protectores de la salud y seguridad, y el mejoramiento de las condiciones de los ambientes de trabajo. Asimismo, el desarrollo de acciones intersectoriales para fortalecer la coherencia entre los elementos planteados en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 con el Plan Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo y las políticas y lineamientos del SGSST.</p> <ul style="list-style-type: none">• Gestión para la garantía progresiva del derecho humano a la alimentación <p>Consiste en la gestión intersectorial de políticas públicas participativas, planes y programas en el marco de los diferenciales poblacionales y territoriales para avanzar en el logro de una alimentación saludable, desde el enfoque del derecho humano a la alimentación mediante la gestión de acciones que favorezcan la sostenibilidad de los sistemas de producción de alimentos con prácticas agrícolas resilientes y sostenibles; la disponibilidad, accesibilidad física y económica de los alimentos en los entornos cercanos a los sujetos y la adecuación desde una perspectiva sostenible que responda a las necesidades de energía y nutrientes de la población. Planes y programas que permitan superar de manera progresiva la inseguridad alimentaria y la malnutrición e incluyan el desarrollo de acciones para asegurar la inocuidad de los alimentos, mediante la gestión de medidas sanitarias y fitosanitarias, el fortalecimiento de la inspección, vigilancia y control sanitaria de alimentos y bebidas. Acciones para promover hábitos alimentarios adecuados de acuerdo con las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos (GABA), que aporten a reducir el consumo de alimentos fuente de nutrientes de interés en salud pública (azúcares simples, sal/sodio y grasas trans o saturadas), así como acciones para reducir la oferta y demanda de dichos alimentos como la implementación de impuestos saludables y la implementación de etiquetado frontal y restricciones a la publicidad.</p> <ul style="list-style-type: none">• Abordaje integral de la salud humana, animal y ambiental <p>Consiste en la gestión intersectorial de políticas públicas, planes y programas para prevenir, detectar y responder integralmente a los desafíos derivados del relacionamiento humano-animal-ambiental; así como la vigilancia y control de eventos zoonóticos. El desarrollo y consolidación de una agenda intersectorial de Una Salud en todos los niveles de gestión territorial para generar capacidad, construir una agenda de trabajo e investigación e implementación de iniciativas en el marco de Una Salud; fortalecimiento de los mecanismos de detección temprana y prevención tales eventos como la vigilancia sanitaria y los laboratorios; acciones de comunicación para incrementar el conocimiento de la población, tomadores de decisiones y demás actores interesados en Una Salud; movilización y asignación de recursos enfocados al desarrollo y fortalecimiento de la agenda de Una Salud en el territorio nacional.</p> <ul style="list-style-type: none">• Gestión para el acceso a saneamiento básico y agua apta para consumo humano <p>Consiste en la gestión intersectorial de políticas públicas, planes y programas orientados a la disponibilidad de agua y su gestión adecuada y sostenible; el saneamiento, optimización de sistemas de acueducto y alcantarillado y de tratamiento de aguas residuales; el acceso a agua potable para consumo humano; y el fomento de prácticas para que favorezcan el cuidado de la vida y la salud.</p> <ul style="list-style-type: none">• Gestión de medidas para reducir la oferta, demanda y consumo de alcohol, tabaco, sus derivados, sucedáneos e imitadores. <p>Consiste en la gestión intersectorial de políticas públicas, programas y estrategias basadas en: i) política fiscal para la implementación de impuestos saludables a productos sucedáneos e imitadores del tabaco, incremento en los impuestos al tabaco, sus derivados y el alcohol, ii) lo normativo para la reglamentación de los productos sucedáneos e imitadores de productos de tabaco, duplicar el tamaño de la advertencia sanitaria para productos de tabaco al 60% de las caras principales de empaques y etiquetas, así como lo normativo relativo al consumo nocivo de alcohol, iii) el desarrollo</p>	<p>de acciones orientadas a la limitación del acceso y demanda de tabaco, sus derivados, sucedáneos e imitadores y alcohol en los diferentes entornos, iv) avanzar en la implementación del plan de acción mundial 2022- 2031 para fortalecer la aplicación de la Estrategia Mundial para la Reducción del Consumo Nocivo de Alcohol, v) implementación efectiva del programa nacional de cesación a nivel territorial, para brindar alternativas para las personas que desean dejar de fumar y vi) fortalecer la inspección y vigilancia sanitaria de la Ley 1335 de 2009 a nivel territorial</p> <p>5.3 Eje estratégico 3: Gestión de la Atención Primaria Integral en Salud</p> <p>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. En este contexto, se identifican tres posturas frente a su conceptualización que oscilan entre: i) la APS entendida como un nivel primario de atención o como un enfoque que guía la organización del sistema de salud en integración con los demás niveles de complejidad y con la atención familiar y comunitaria; ii) si está centrada en la prevención, atención y rehabilitación de enfermedades o en la promoción de la salud, participación comunitaria y acción intersectorial sobre los determinantes sociales de la salud; y iii) su alcance de la APS, en relación a la inclusión o no, de acciones orientadas al abordaje de los determinantes sociales de la salud, pero desvinculadas de los servicios de salud (Labonté et al., 2009).</p> <p>Según la OMS, la APS tiene por objeto garantizar el mayor nivel de salud y bienestar posibles aproximando la atención de las personas a sus entornos cotidianos para dar respuesta integral a las necesidades de salud a lo largo de un continuo del cuidado que va desde la promoción de la salud hasta los cuidados paliativos y que, para el logro de los resultados en salud esperados, contempla el abordaje del conjunto de los determinantes sociales de la salud. En términos de la atención, la APS se concentra en los aspectos generales e interrelacionados de la salud física, mental, social y el bienestar, con el objeto de ofrecer una atención integral de calidad a lo largo del curso de la vida y no sólo, de respuesta frente a una serie de enfermedades (OMS, 2021).</p> <p>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. La definición vigente en el país está dada en la Ley 1438 del 2011, entendida 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 (MSPS, 2011).</p> <p>De igual forma, en el marco normativo vigente, la APS incorpora el desarrollo de diferentes enfoques de salud familiar y comunitaria, cuidado, gestión integral del riesgo, y el enfoque diferencial poblacional y territorial. Asimismo, 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 integral de la salud pública de carácter interdisciplinar, interinstitucional e intersectorial en cada uno de los contextos poblacionales y territoriales.</p> <p>Por tanto, 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; apropia un enfoque de derechos centrado en las necesidades diferenciales de personas, familias, comunidades y colectivos; 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 para todas las personas que habitan el territorio colombiano.</p> <p>5.3.1 Definiciones centrales</p> <ul style="list-style-type: none">• 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.• Atención integral
<p>Implica la articulación de los servicios sociales, sociosanitarios y de salud⁵⁹ 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, lo que incluye acciones desde la promoción de la calidad de vida y protección social; la promoción de la salud; la prevención, el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de la enfermedad hasta la rehabilitación, la paliación y la muerte digna.</p> <ul style="list-style-type: none">• Continuidad de la Atención <p>Implica el seguimiento al proceso del continuo del cuidado de las condiciones de salud a lo largo del curso de la vida, según necesidades, sin interrupciones y hasta su completa recuperación o máximo desarrollo.</p> <ul style="list-style-type: none">• Atención Primaria Integral en Salud <p>Estrategia de gestión integral para la organización de la salud pública y el sistema de salud que implica esfuerzos territoriales, institucionales y sociales coordinados desde el sector salud y articulados con los demás sectores y con 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. 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 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.</p> <p>5.3.2 Alcance del eje estratégico</p> <p>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 y la construcción de una sociedad con justicia social y ambiental.</p> <p>La normatividad vigente resalta la acción de la APS en tres componentes centrales: acción intersectorial, participación social y prestación de servicios de salud. Sin embargo, dada la estructura actual y la trayectoria del SGSST, en su mayoría construida sobre la base de la gestión integral del riesgo y al mismo tiempo, la necesidad estratégica de apalancar de manera decidida la acción intersectorial; el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 considera estratégico desarrollar de manera concurrente, de un lado, el eje de gestión intersectorial para avanzar en el abordaje de los determinantes sociales de la salud y de otro lado, el eje de gestión integral de riesgos en salud pública para avanzar en la consolidación de la integralidad de la atención desde la estructura del aseguramiento y la prestación de los servicios de salud en integración con los demás actores involucrados en la gestión de la salud pública. Lo anterior sin desconocer los vínculos constitutivos de dichos ejes con la APS y las posibilidades de coordinación y articulación entre ejes que la estrategia de Atención Primaria Integral en Salud facilita con el concurso de la participación social para el logro de los fines del Plan.</p> <p>De ahí que este eje reconozca la importancia estratégica y el valor para la implementación del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 de consolidar la Atención Primaria Integral en Salud como una estrategia renovada, garante de los procesos de construcción de paz en los territorios y fundamental en la organización del sistema de salud y de la gestión integral de la salud pública como medio para avanzar en la garantía del derecho a la salud y la protección social.</p> <p>⁵⁹ Servicios Sociales: son el conjunto de acciones integradas que buscan atender las necesidades sociales identificadas en las personas, familias y comunidades en el marco de la protección social, el sistema de cuidado y la integración territorial, poblacional y diferencial, con el fin de aportar progresivamente a la superación de condiciones de vulnerabilidad, ampliación de capacidades, generación de oportunidades y acciones de corresponsabilidad. Servicios Sociosanitarios: son el resultado de la integración de los servicios sociales y de salud, destinados a las personas en situación de dependencia funcional, social, económica o emocional (psicológica) y psicosocial. Con la integración de estos servicios, se busca garantizar la atención integral requerida por las personas que presentan tales características, beneficiándose de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar la realización de diversas actividades. Servicios de Salud: son el conjunto de servicios ofrecidos por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.</p>	<p>5.3.3 Objetivo del eje estratégico</p> <p>Fortalecer la Atención Primaria Integral en Salud desde esfuerzos territoriales, institucionales y sociales coordinados y articulados para el abordaje de los determinantes sociales de la salud brindando respuestas satisfactorias, participativas, 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 para todas las personas que habitan el territorio colombiano.</p> <p>Meta del objetivo: A 2031 el país contará con una estrategia de Atención Primaria en Salud fortalecida en su capacidad de responder coordinada, integral, sostenible y participativamente a las necesidades en salud de personas, familias y comunidades atendiendo a diferenciales poblacionales y territoriales.</p> <p>5.3.4 Elementos orientadores</p> <p>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 Atención Primaria Integral en Salud; Modos, condiciones y estilos favorables a la vida y la salud; promoción y protección del cuidado integral de la salud con enfoque diferencial el Marco de la RPMS y RIAMP e institucionalización de una cultura para la vida y la salud.</p> <p>5.3.4.1 Elemento orientador: Gestión territorial, administrativa y financiera de la Atención Primaria Integral en Salud</p> <p>Se relaciona con el fortalecimiento de las capacidades para gestionar territorial, administrativa y financieramente la salud pública desde la estrategia de Atención Primaria Integral en Salud de tal forma que las entidades territoriales puedan responder efectiva y eficazmente a las necesidades individuales y colectivas en salud pública brindando una atención integral, integrada y continua que atienda diferenciales poblacionales y territoriales e incorpore mecanismos para el uso apropiado, oportuno y sostenible de los recursos en el marco de la Gestión Integral de la Salud Pública⁶⁰. Lo anterior, requiere la integración y desarrollo de sistemas de información abiertos e interoperables al interior del sistema de salud y de protección social y con los distintos sistemas gubernamentales responsables del manejo de información relacionada con el abordaje de los determinantes sociales de la salud y el desarrollo de acciones de bienestar⁶¹.</p> <p>Meta del elemento orientador: A 2031, las entidades territoriales del país contarán con un marco de capacidades institucionales y sociales apropiadas para la gestión territorial, administrativa y financiera de la Atención Primaria Integral en Salud.</p> <p><i>Estrategias del elemento orientador:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Planeación integral en salud pública <p>La planeación integral en salud pública reconoce la necesidad de coordinar en el marco de la Atención Primaria Integral en Salud el conjunto de procesos involucrados en la definición de las acciones de formulación, implementación, monitoreo, evaluación y rendición de cuentas de los Planes Territoriales de Salud-PTS en articulación con los niveles macro, meso y micro de la gestión integral de la salud pública acogiendo directrices ministeriales para la materialización del derecho a la salud y demás derechos en interdependencia. Tiene como centro la realización de los sujetos y está orientada al logro de la equidad, la salud y el bienestar de la población en los distintos territorios. Implica el desarrollo de herramientas operativas para fortalecer los procesos de planeación integral en salud pública⁶² bajo la responsabilidad de las entidades territoriales en articulación con los demás actores y sectores e involucra la caracterización del territorio en términos de equipamiento,</p> <p>⁶⁰ Que se desarrolla en el capítulo seis del presente plan. ⁶¹ Información que se desarrolla con mayor amplitud en el eje de gestión integral del conocimiento del presente capítulo y en el capítulo sobre el Sistema de Seguimiento y Evaluación del PDSP 2022-2031. ⁶² El desarrollo de herramientas operativas y kits para la planeación integral requiere de un proceso de armonización de política pública (políticas sectoriales e intersectoriales, Planes de Desarrollo Territorial, Plan Territorial de Salud Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial-PDET, Planes de Ordenamiento Territorial, Planes de Seguridad y Salud en el Trabajo, Planes de vida indígenas, entre otras) y de la formulación de instrumentos de política que den cuenta de la operación del PDSP en los territorios, procesos que serán adelantados una vez culmine la formulación del Plan.</p>

requerimientos, capacidad instalada y mapeo de actores clave para el abordaje de las necesidades en salud pública, así como el establecimiento de prioridades, el agendamiento y la construcción de acuerdos y arreglos institucionales que integren otras políticas públicas en curso y que permitan la acción colegiada, complementaria y sinérgica entre los actores y sectores involucrados en la gestión de la salud pública territorial. Implica, además, el fortalecimiento de los sistemas de información para adelantar acciones de seguimiento y evaluación, y el desarrollo y fortalecimiento de los equipos interdisciplinarios para Atención Primaria Integral en Salud.

- **Desarrollo y consolidación de redes integrales e integradas para el bienestar**

Se relaciona con el desarrollo de redes integrales e integradas bajo condiciones de calidad, accesibilidad, oportunidad y aceptabilidad que faciliten la coordinación entre los distintos servicios sociales, sociosanitarios y de salud existentes en el territorio y las acciones sectoriales e intersectoriales desarrolladas en los tres niveles de la gestión integral de la salud pública para evitar la fragmentación de las acciones tendientes al bienestar y garantizar la atención integral, integrada y continua según necesidades del momento del curso de vida de las personas y sus familias. Redes coordinadas desde la entidad territorial y articuladas con las redes integradas de servicios de salud a cargo de las entidades promotoras de salud, prestadores y de las mismas entidades territoriales.

- **Integración entre sistemas, niveles, intervenciones y modelos para la gestión integral de la salud pública**

Implica la integración a través de los distintos niveles de gestión integral de la salud pública entre el sistema de salud, el sistema de protección social y demás sistemas gubernamentales con incidencia en los determinantes sociales en articulación con los sistemas propios interculturales y otras formas autónomas para el cuidado de la vida y la salud con el objeto de propiciar un relacionamiento estratégico para el intercambio de conocimientos, capacidades, recursos tecnológicos, físicos y financieros en el territorio. Asimismo, requiere la articulación de las intervenciones poblacionales, colectivas e individuales en salud pública, y la integración de distintos modelos de atención para el abordaje integral de las condiciones de salud con adaptaciones interculturales según diferencias poblacionales y territoriales.

- **Desarrollo de tecnologías y salud digital para la atención integral, integrada y continua en salud pública**

Implica la modernización, actualización, innovación y financiación de tecnologías (productos, dispositivos, servicios, procedimientos y prácticas) que respondan y se adapten a los diferenciales poblacionales y territoriales a lo largo del continuo del curso de la vida contribuyendo a la efectividad y sostenibilidad de las intervenciones poblacionales, colectivas e individuales para la protección social y la promoción de la salud, así como de las intervenciones de prevención, mitigación y superación de riesgos para la gestión integral de las amenazas en salud pública. Comprende todas aquellas tecnologías aplicables a la gestión administrativa y financiera de la Atención Primaria Integral en Salud, y se acompaña del impulso de la investigación y la generación del conocimiento en temas de efectividad, implementación y costos. Implica la definición y desarrollo de lineamientos para obtener, implementar y evaluar innovaciones tecnológicas en salud de tal forma que se garantice el acceso de toda la población a tecnologías costo-efectivas para el abordaje de los determinantes sociales en salud.

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

Se relaciona con el fortalecimiento de la participación social para la toma efectiva de decisiones en los procesos de planeación, implementación, asignación de recursos, evaluación, vigilancia y control de la gestión territorial de la salud pública, en condiciones deliberativas y representativas plúreas que garanticen la seguridad y autonomía de los participantes y la legitimidad de las decisiones. Se relaciona con el fortalecimiento de los escenarios, mecanismos y recursos para la participación social bajo el respeto de la autonomía y diversidad de individuos y organizaciones sociales involucradas en los procesos de toma de decisiones y de acción colectiva en salud, así como con la garantía de la participación de personas que por su situación, condición, pertenencia étnica e identidad se encuentran en situación de desventaja social. Implica el desarrollo de capacidades dialógicas en sujetos y colectivos para problematizar y comprender la realidad, proponer, discurrir, negociar, acordar y actuar de manera colaborativa y participativa en beneficio de la salud pública a nivel territorial.

gestión intersectorial para fortalecer la protección social, el mejoramiento de la oferta institucional y la prestación de servicios públicos sociales y sanitarios para las personas que desarrollan labores del cuidado, con miras a promover el reconocimiento, reducción y redistribución del trabajo de cuidado no remunerado principalmente en las mujeres, contribuyendo al bienestar y calidad de vida de todas las personas. Lo anterior requiere de la transversalización del enfoque de género, para transformar la cultura organizacional y las instituciones en sus distintos niveles procurando que el enfoque de género sea un elemento fundamental y permanente en la toma de decisiones y su uso se refleje en políticas públicas, planes, programas y proyectos que: i) incorporen acciones para resolver demandas y necesidades diferenciadas de hombres y mujeres; ii) permitan garantizar los derechos de las mujeres; iii) disminuyan y erradiquen las desigualdades, y brechas sociales y económicas, así como las violencias y diferentes tipos de discriminación que afectan principalmente a las mujeres. Asimismo, implica la educación del talento humano para la formación en derechos de las mujeres, enfoque de género, enfoque diferencial, prevención y atención de violencias basadas en género.

- **Mejoramiento de condiciones de vida y salud**

Se relaciona con la promoción y el desarrollo de acciones sectoriales e intersectoriales para el mejoramiento de las condiciones de vida y salud de personas, familias y comunidades en los distintos entornos educativos, laborales, comunitarios, institucionales y del hogar, y especialmente en los ámbitos urbanos, rurales y rurales dispersos, lo que implica arreglos normativos e institucionales que apalancen de manera comprometida y sostenible la proporción de la población con necesidades básicas satisfechas en términos de acceso a bienes y servicios básicos como vivienda digna, agua limpia apta para el consumo humano, saneamiento básico y servicios públicos domiciliarios. Implica el desarrollo de acciones afirmativas que mejoren condiciones de vida y salud para sujetos de especial protección, particularmente para mujeres cabeza de hogar en condiciones de vulnerabilidad socioeconómica.

- **Promoción de estilos favorables a la vida y la salud**

Se relaciona con la promoción y el desarrollo en personas, familias y comunidades de estilos favorables a la vida y la salud. Particularmente, implica la promoción de condiciones que garanticen una alimentación saludable que satisfaga las necesidades de energía y nutrientes en todos los momentos del curso de la vida y en los distintos entornos y ámbitos. Se caracteriza por ser una alimentación completa, equilibrada, suficiente, adecuada, diversificada e inocua, que responda a las exigencias de las RIAS en términos de alimentación y nutrición, entre las que se encuentran sin agotar: la educación alimentaria y nutricional con énfasis en el consumo de frutas y verduras y en la disminución del consumo de alimentos altos en nutrientes de interés en salud pública (azúcares simples, sal/sodio y grasas trans o saturadas); el acceso a servicios para la garantía del buen estado nutricional de las personas por momento de curso de vida y a servicios de salud para la valoración antropométrica; la consejería sobre nutrición y alimentación saludable. En el marco de la gestión intersectorial se movilizan acciones para el desarrollo de huertas caseras en viviendas urbanas y rurales, así como de huertas escolares, universitarias, comunitarias para la promoción del consumo de alimentos saludables de origen local; el estímulo del consumo de alimentos saludables en casa para niños, niñas, adolescentes y jóvenes; la promoción de la ingesta de verduras, frutas y hortalizas producidas agroecológicamente; la promoción de puntos de distribución y comercialización de alimentos frescos y mínimamente procesados en los diferentes entornos y ámbitos; la promoción e instalación de centros de expendio de frutas y verduras cercanos a las viviendas en zonas marginadas; el rescate de la gastronomía autóctona-regional-local y el uso de semillas orgánicas, nativas y autóctonas, con participación social y comunitaria hacia formas saludables y sostenibles de alimentación de acuerdo con las competencias de cada sector. Asimismo, implica la promoción de la lactancia materna y el desarrollo de acciones para implementación del Plan decenal de lactancia materna y alimentación complementaria.

Adicionalmente, implica la promoción y el desarrollo de estrategias que garanticen la realización de actividad física en condiciones de protección y sin riesgos de exposición y el transporte activo de las personas a través de los distintos momentos del curso de vida y en los distintos entornos y ámbitos, que respondan a las exigencias de las RIAS, entre las que se encuentran sin agotar: programas para el uso de bicicletas, rutas seguras entre los distintos entornos, promoción de la actividad física en proyectos educativos, mejoramiento de parques, zonas y espacios públicos seguros para la recreación, la actividad física y el disfrute colectivo de la vida, y adecuación de entornos educativos, laborales, institucionales y comunitarios para su práctica. Asimismo, implica esfuerzos para la

5.3.4.2 Elemento orientador: Construcción de modos, condiciones y estilos favorables a la vida y la salud

Se relaciona con la construcción de relaciones sociales favorables a la vida y la salud que se materializan en los distintos modos, condiciones y estilos de vida, implica decisiones concertadas entre los distintos actores sociales y sectores del desarrollo para avanzar hacia la mejora conjunta de las condiciones de bienestar y salud de la población. El abordaje de la Atención Primaria Integral en Salud debe permitir que la salud pública desarrolle apuestas centradas cada vez más en la salud (salutogénesis) y menos en la enfermedad (patogénesis). La salud, como aspiración colectiva, es un estructural de la acción en salud pública para la construcción de sociedades que puedan transformar los contextos históricos, sociales, políticos, económicos y culturales desde enfoques promocionales y positivos de la salud que habiliten unos modos, condiciones y estilos de vida que protejan y promuevan lo saludable.

Meta del elemento orientador: A 2031, el país habrá incorporado en sus acciones de política prácticas que construyan modos, condiciones y estilos favorables a la vida y la salud.

Estrategias del elemento orientador:

- **Construcción de modos de vida que promuevan ciudades, entornos y ruralidades saludables y sostenibles**

Consiste en la construcción de modos de relacionamiento social favorables a la vida y la salud en términos del cuidado del ambiente, la protección de la biodiversidad, la protección y recuperación de entornos y ecosistemas estratégicos altamente vulnerables como páramos y glaciares de alta montaña, humedales, bosques, manglares, mares, océanos y cuencas hidrográficas, entre otros. Lo anterior requiere la inclusión del componente de salud ambiental acogiendo los lineamientos del Plan Nacional de Adaptación al Cambio Climático-PNACC en los Planes de Desarrollo Territorial PDT y de Ordenamiento Territorial-POT por parte de las entidades territoriales, así como de las Corporaciones Autónomas Regionales-CAR. Particularmente, implica que desde las empresas o lugares de trabajo (fijos o móviles) que en sus procesos utilicen agentes bioacumulables que afecten al medio ambiente y/o la salud de la población por emisiones o desechos, mantengan los niveles dentro de los valores permitidos; la promoción de sistemas productivos agropecuarios que implementen iniciativas para la adaptación al cambio climático y el fortalecimiento del monitoreo de las exposiciones y efectos en salud asociados a las sustancias químicas y agentes carcinógenos por parte de las autoridades competentes.

De igual forma la estrategia implica la construcción de zonas verdes saludables; la mejora del equipamiento de barrios y ruralidades; el fomento de un sistema de transporte que promueva el uso de tecnologías y combustibles limpios, la articulación y oferta de modos variados de transporte adecuado, seguro, accesible y universal y la promoción y fortalecimiento de modos de transporte activo y de movilidad saludable para actores viales; la garantía de una adecuada calidad del aire y la reducción de emisiones contaminantes de diversas fuentes; la reducción de exposición a metales pesados, plaguicidas, ruido y demás contaminantes ambientales; la promoción de entornos saludables en el marco de la construcción de un hábitat urbano y rural saludable y la construcción de vínculos urbano-rurales que faciliten el desarrollo sostenible.

Así mismo, el modelo de Ciudades, Entornos y Ruralidades Saludables y Sostenibles busca abordar de manera amplia los problemas territoriales de salud del campo y la ciudad en los diferentes entornos, buscando impactar positivamente los determinantes sociales de la salud y mejorar el bienestar y calidad de vida de las personas, familias y comunidades, desde particularidades demográficas, socioeconómicas, culturales y ambientales; desde una gestión de recursos que promuevan alianzas estratégicas, impulsando la gestión participativa y colaborativa de políticas públicas, fortaleciendo la participación social y transectorial, constituyéndose en acción de política para disminuir las desigualdades consideradas injustas y evitables.

- **Construcción de modos de vida que otorguen valor a la economía del cuidado**

Se relaciona con la construcción de modos de vida, es decir, relaciones y prácticas sociales que permitan transitar hacia una sociedad del cuidado por medio de arreglos sociales e institucionales y particularmente, del fomento de políticas públicas para la economía del cuidado, lo que implica la

prevención y disminución del consumo de tabaco, consumo nocivo de alcohol y demás sustancias psicoactivas y de la exposición a la radiación solar en los distintos momentos del curso de la vida para prevenir el riesgo de enfermedades crónicas.

- **Promoción y protección de la salud mental**

Se relaciona con el desarrollo humano y social sostenible, así como con el desarrollo de oportunidades y capacidades para que las personas, familias y comunidades puedan vivir y cuidar de su salud mental, establecer relaciones significativas y afrontar los desafíos durante los diferentes momentos del curso de vida y a través de los diferentes entornos. Específicamente implica el desarrollo de capacidades para el cuidado y gestión integral de la salud mental, así como de habilidades emocionales y psicosociales para la vida, el fortalecimiento de redes de apoyo social, familiar y comunitario y la apropiación de prácticas culturales e interculturales para el cuidado de la salud mental; requiere la promoción y el desarrollo de actividades lúdicas y artísticas que permitan el desarrollo de capacidades relacionales para la promoción de la salud mental, la sana convivencia, el uso creativo del tiempo libre, el disfrute de la vida y sus distintas prácticas culturales, la recreación y la realización de actividad física en los distintos entornos donde transcurre la vida y la salud; incorpora la promoción de la sana convivencia y de una vida libre de violencias, y el énfasis en la promoción de prácticas de crianzas respetuosas y amorosas para la salud mental en niños y niñas con involucramiento de madres, padres y cuidadores así como el desarrollo de programas de aprendizaje socioemocional en los entornos escolares y de programas orientados al fortalecimiento del tejido social; la sana convivencia y la promoción de una vida libre de violencias en las personas, familias y comunidades; implica esfuerzos para la disminución de prácticas que reproducen el estigma y la discriminación social y sus efectos en la salud; y requiere respuestas efectivas para la atención integral, integrada, oportuna y de calidad en salud mental, con acceso a través de redes integrales e integradas de servicios sociales, sociosanitarios y de salud que posibiliten abordajes comunitarios e interculturales en áreas urbanas, rurales y rurales dispersas. Asimismo, implica continuidad en los avances alcanzados por el PDSP 2012-2021 en el marco de las acciones estipuladas en la normatividad vigente.

- **Promoción y protección de la sexualidad humana y garantía de los derechos sexuales y reproductivos**

Se relaciona con el desarrollo de estrategias para garantizar que todas las personas puedan vivir autónoma y libremente sus derechos sexuales y reproductivos sin discriminación, riesgos, amenazas, coerciones y violencias. Asimismo, se relaciona con la promoción del disfrute del cuerpo y de una sexualidad segura en los distintos momentos del curso de la vida. Lo anterior implica el desarrollo de estrategias integrales de educación para la sexualidad y no solo de enfoques que atiendan exclusivamente intervenciones específicas de eventos en salud pública, dada que se constituye en un aprendizaje indispensable para vivir una sexualidad informada, libre de riesgos y violencias. Se relaciona con la garantía de los derechos sexuales y reproductivos para toda la población, en todos los niveles de atención dentro del sistema de salud, y en condiciones de calidad, accesibilidad, oportunidad y equidad, especialmente para mujeres, niñas y gestantes que lo requieran. Particularmente, contempla la atención integral de las condiciones de salud relacionadas con las infecciones de transmisión sexual, métodos anticonceptivos, la prevención del embarazo adolescente, atención de reafirmación de género para personas trans, la prevención y atención de violencias basadas en género en especial pero no limitadas a niñas/as y adolescentes y violencia sexual, la atención materno-perinatal, la prevención del embarazo no deseado, la fertilidad y el acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo que de conformidad con la Sentencia C-055 de 2022 permita el avance en su reglamentación, lo que incluye el diseño, implementación, adecuación, validación y difusión de documentos técnicos sobre la atención post-aborto (aborto en curso, aborto espontáneo y complicaciones del aborto), así como la asesoría pre y post y el acompañamiento y atención integral a la interrupción voluntaria del embarazo en el bajo nivel de complejidad.

5.3.4.3 Elemento orientador: Promoción y protección del cuidado integral de la salud con enfoque diferencial en el Marco de la RPMS y RIAMP⁶³.

⁶³ Implica además la integración de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud y Ruta Integral de Atención en Salud Materna Perinatal con la prestación de los servicios sociales y sociosanitarios para personas identificadas en el Registro de Instituciones Prestadoras de Servicios Sociales y Sociosanitarios-REPSSO que identificará las personas mayores, personas con discapacidad, personas en situación de calle, mujeres víctimas de violencia, a los niños, niñas y adolescentes con presunción o diagnóstico de cáncer menores de 18 años, personas con problemas o trastornos mentales entre otras

Se relaciona con el fortalecimiento de la implementación de la Ruta de Promoción y Mantenimiento y Ruta Integral de Atención en Salud Materna Perinatal a través de su apropiación conceptual y metodológica y el desarrollo de acuerdos sectoriales e intersectoriales para su gestión a nivel territorial. Implica la garantía del cuidado integral para la promoción y mantenimiento de la salud y la salud materno perinatal a lo largo de los momentos del curso de vida y a través de los diferentes entornos.

Las principales acciones estratégicas dirigidas a mejorar la salud materna estarán orientadas a: Promover el acceso efectivo de la población urbano y rural con enfoque diferencial a las intervenciones definidas en la Ruta integral de atención en salud materno perinatal. Mejorar el acceso efectivo a intervenciones de anticoncepción, en especial en la atención del puerperio, antes del alta hospitalaria. Promover un modelo de vigilancia y análisis de la morbilidad neonatal extrema que permita identificar las principales brechas en la atención materna que condicionan los resultados perinatales. Mejorar las capacidades institucionales de las instituciones de baja, mediana y alta complejidad en la identificación precoz, manejo adecuado y remisión de la morbilidad materna extrema en condiciones que salven vidas.

Requiere la articulación de los esfuerzos de los actores territoriales con compromisos frente al desarrollo de las intervenciones poblacionales, colectivas e individuales propias de las Rutas y la oferta de otros servicios sociales, sociosanitarios y de salud en el territorio, de tal forma que puedan garantizarse acciones afirmativas y diferenciales con adaptaciones culturales y territoriales para sujetos de especial protección y personas en contextos, situaciones o condiciones de mayor vulnerabilidad, en especial para personas indígenas, negras, afro, raizales y palenqueras, Rom, migrantes, víctimas del conflicto armado, personas con enfermedades huérfanas/raras, habitantes de calle, campesinas, personas privadas de la libertad, personas de los sectores LGBTI y en condición de discapacidad que obligan a las entidades del Estado a tomar medidas de protección especial y trato preferente para la inclusión estratégica del enfoque diferencial. Particularmente, requiere de un compromiso frente a quienes gestan el cuidado integral, reconociendo el soporte vital que ejercen las personas cuidadoras y por ende, implica el desarrollo de lineamientos técnicos que permitan regular su papel como actor fundamental del cuidado en cualquier momento del curso de vida.

Meta del elemento orientador: a 2031, el país habrá promovido y protegido el cuidado integral de la salud de las personas y sus familias a lo largo de los momentos del curso de vida respondiendo a diferenciales poblacionales y territoriales.

Estrategias del elemento orientador:

- **Promoción y protección de la primera infancia**

Se relaciona con la implementación de la política de desarrollo integral de la primera infancia; el fortalecimiento de prácticas de cuidado para niños y niñas en primera infancia que integren la promoción de factores protectores para la salud mental en niños y niñas en primera infancia con involucramiento de madres, padres y cuidadores; el seguimiento y evaluación del desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes; el fortalecimiento de sistemas de protección social a familias con niños y niñas en primera infancia que presentan contextos, situaciones o condiciones de mayor vulnerabilidad (pobreza multidimensional - población migrante - madres adolescentes - condiciones específicas de salud - padres privados de la libertad); seguimiento a la implementación de la Ruta de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la salud, para el logro de resultados en salud en niñas y niños en primera infancia; y el seguimiento a la calidad de la atención integral en salud. Lo anterior implica la articulación para la atención integral con la Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia; el establecimiento de una línea de base en relación al desarrollo infantil de niños y niñas en primera infancia.

- **Promoción y protección de la infancia**

Se relaciona con la implementación de la Política nacional de infancia y adolescencia 2018-2030; el seguimiento y evaluación del desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes; el fortalecimiento de prácticas de cuidado para niñas y niños en infancia; el fortalecimiento de sistemas de protección social a familias con niños y niñas en infancia que presentan contextos, situaciones o condiciones

poblacionales que los requieran para su cuidado integral, y que han surtido el procedimiento para obtener la autorización de funcionamiento por parte de la autoridad competente.

intersectoriales para ampliación de la oferta ocupacional dirigida a personas mayores en labores productivas, trabajo formal e informal, actividades de voluntariado y otras actividades, de acuerdo con sus necesidades, preferencias y capacidades individuales; la definición de mecanismos intersectoriales para la atención integral a las personas mayores y el fortalecimiento a la prestación de cuidados a largo plazo; el seguimiento a la implementación de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la salud para el logro de resultados en salud en las personas mayores. Implica la armonización entre el PDSP 2022-2031 y la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022-2031 reconociendo la importancia de atender las necesidades de la generación presente, pero también la generación futura de personas mayores.

- **Promoción y protección de la familia**

Se relaciona con el diseño, implementación y análisis de procesos para el reconocimiento y caracterización de la diversidad familiar frente al ejercicio de derechos colectivos e individuales en salud, el bienestar integral y la calidad de vida desde un enfoque diferencial y en el marco de los determinantes sociales de la salud; la implementación de la atención integral en salud a la familia (intervenciones individuales, colectivas y poblacionales) según disposiciones establecidas en la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la salud, en sinergia con la Ruta Integral de Atención a la Familia - RIA nacional de familias⁶⁴- que se lidere desde la Política Nacional de Familia; el diseño y desarrollo de procesos intersectoriales de cualificación de la atención integral a las familias en el marco del cuidado de la salud familiar, con énfasis en la formación y asistencia técnica desde el enfoque de derechos, capacidades, curso de vida e interseccionalidad; la implementación de mecanismos de gestión intersectorial que garanticen respuestas oportunas, pertinentes y de calidad (institucionales y sociales) a las familias en contextos, situaciones o condiciones de mayor vulnerabilidad articulados a la RIA de Familia y a las RIAS; el diseño y desarrollo de procesos de seguimiento y evaluación de resultados en salud familiar en el marco de la implementación de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, incorporando lo correspondiente en los sistemas de información; el fortalecimiento de la acción intersectorial para el abordaje de la salud familiar en los diferentes entornos con énfasis en el hogar en el marco de las disposiciones de la RPMS y de otras RIAS poblacionales; el fortalecimiento de las redes de apoyo familiar y comunitario desde procesos intersectoriales organizados y participativos, orientados al desarrollo y mejoramiento de la salud familiar; y el diseño e implementación intersectorial de procesos de educación en el campo de la salud pública para el reconocimiento incluyente de la diversidad familiar y la promoción de formas de relacionamiento y cuidado que aporten a la garantía de derechos y a la salud de las familias; y el establecimiento de una línea de base en relación a capacidad de agencia e incorporación de prácticas para el cuidado de la salud de las familias.

5.3.4.4 Elemento orientador: Institucionalización de una cultura para la vida y la salud

Se relaciona con el desarrollo de capacidades territoriales, sociales e institucionales para coproducir individual y colectivamente la salud y el bienestar (entendido como la armonía y el equilibrio biológico, psicológico, social y espiritual de personas, familias y comunidades), lo que implica para la educación en el campo de la salud pública la promoción y el desarrollo de prácticas⁶⁵ que instituyan modos, condiciones y estilos de vida saludables. Particularmente, requiere el desarrollo de procesos educativos dialógicos que reconozcan y transformen las distintas subjetividades individuales y colectivas en salud (sentidos, significados, representaciones sociales, imaginarios y percepciones, entre otras) de manera favorable a una cultura para la vida y la salud, atendiendo diferenciales poblacionales y territoriales, y promoviendo la participación y movilización social por el derecho a la salud bajo el reconocimiento de la capacidad de agencia de individuos y colectivos en la transformación de sí y de su entorno.

Meta del elemento orientador: a 2031, Colombia habrá desarrollado capacidades territoriales, institucionales y sociales que permitan la apropiación de una cultura para la vida y la salud.

Estrategias del elemento orientador:

⁶⁴ Implica levantamiento de Línea de Base y el establecimiento de metas para valorar avances en la atención y en el cumplimiento progresivo de las disposiciones normativas en materia de familia en los próximos 10 años.

⁶⁵ Prácticas pedagógicas entendidas como aquellas prácticas intencionales de formación que se producen histórica y culturalmente orientadas por fines epistemológicos, éticos y políticos, que no se circunscriben al ámbito institucional y que específicamente reflexionan sobre las características del proceso educativo: su naturaleza, contextos, discursos, intencionalidades, sentidos, contenidos, metodologías, sujetos y el tipo de relaciones establecidas al interior de las prácticas (Ortega, 2009).

de mayor vulnerabilidad (pobreza multidimensional - población migrante - madres adolescentes - condiciones específicas de salud - padres privados de la libertad) incorporando el enfoque de género; la gestión articulada del entorno educativo y otros entornos para favorecer resultados en salud en niñas y niños; el seguimiento a la implementación de la Ruta de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la salud para el logro de resultados en salud en niñas y niños en infancia; y el seguimiento a la calidad de la atención integral en salud; la protección y reducción de niños y niñas que participan en actividades económicas remuneradas o no; así como la prevención de prácticas nocivas. Lo anterior implica la articulación para la atención integral en el marco de la Política de Infancia y Adolescencia; el establecimiento de una línea de base en relación al desarrollo infantil de niños y niñas en infancia y de una línea de base en relación con la capacidad de agencia e incorporación de prácticas para el cuidado de la salud en infancia.

- **Promoción y protección de la adolescencia y juventud**

Se relaciona con la implementación de la RIA para infancia y adolescencia para incidir en resultados en salud; la definición de la RIA intersectorial para población joven; la gestión del aseguramiento de población adolescente y joven; el fortalecimiento de procesos de participación social, veeduría y control social en la adolescencia; el fortalecimiento de los mecanismos de articulación con sector educativo para favorecer la atención integral y la gestión de riesgos; el favorecimiento para la inclusión al mercado laboral bajo condiciones de trabajo digno para adolescentes y jóvenes; la incorporación de prácticas de cuidado en la población adolescente; el fortalecimiento de sistemas de protección social a adolescentes y jóvenes en condición de vulnerabilidad; la implementación de la Ruta de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la salud y Ruta Integral de Atención en Salud para población Materno Perinatal, para el logro de resultados en salud en adolescentes y jóvenes; así como la prevención de prácticas nocivas. Implica la implementación por parte de las entidades promotoras de salud y prestadores de una atención integral, humanizada y de calidad que incluya servicios de salud a la población joven de Colombia de manera amigable y diferencial. Lo anterior implica la articulación para la atención integral en el marco de la Política de Infancia y Adolescencia; el establecimiento de una línea de base en relación al desarrollo infantil de niños y niñas en infancia y de una línea de base en relación con la capacidad de agencia e incorporación de prácticas para el cuidado de la salud en la adolescencia y juventud.

- **Promoción y protección de la adultez**

Se relaciona con el fortalecimiento de los procesos de gestión para la atención integral de la población adulta; la definición de una estrategia articulada entre entidades promotoras de salud, y entidad territorial de salud para la atención integral, promoción en salud y la prevención de riesgos derivados de la exposición laboral; la incorporación de prácticas de cuidado en la población adulta; el mejoramiento de las condiciones de salud, trabajo y ambiente de la población trabajadora, con especial énfasis en la población trabajadora informal; el fortalecimiento de sistemas de protección social a adultos en contextos, situaciones o condiciones de mayor vulnerabilidad; y el seguimiento a la implementación de la Ruta de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la salud y Ruta Integral de Atención en Salud para población Materno Perinatal, para el logro de resultados en salud en la adultez. Implica el establecimiento de una línea de base en relación con la capacidad de agencia e incorporación de prácticas para el cuidado de la salud en la adultez.

- **Promoción y protección de las personas mayores**

Se relaciona con la definición e implementación participativa de una Ruta Integral de Atención Intersectorial, que contribuya al desarrollo integral, la conservación y mantenimiento de la capacidad funcional, la autonomía y el bienestar de las personas mayores considerando sus particularidades y necesidades, en ese sentido el estado funcional se refiere a la capacidad de lograr que las personas desarrollen habilidades para que de forma autónoma generen procesos de cuidado integral en su salud física, mental y nutricional con el fin de vivir una vida autónoma y en caso de presentar enfermedades favorecer su control. Lo anterior implica el establecimiento de una línea de base en relación con la conservación de autonomía y capacidad funcional en las personas mayores. Asimismo, requiere la definición de estrategias intersectoriales para la garantía de los derechos humanos de las personas mayores, el posicionamiento y la promoción del desarrollo de una cultura positiva del envejecimiento y la vejez, resignificada como proceso connatural y momento clave de la trayectoria vital; la promoción de procesos de educación en el campo de la salud pública con otros sectores, para la promoción y mantenimiento de la salud en el marco del envejecimiento activo y saludable, con especial énfasis en las personas mayores; el desarrollo de mecanismos

- **Reflexión pedagógica sobre los procesos educativos en el campo de la salud pública**

Se relaciona con la necesidad de promover una reflexión pedagógica que oriente los procesos educativos al interior del campo de la salud pública para avanzar en la apropiación de una cultura para el cuidado de la vida y la salud en el marco de la implementación de la política. Lo anterior implica reflexionar sobre las características constituyentes de una práctica pedagógica, como son: la intencionalidad, los fines, la naturaleza, los contextos, los discursos, los sentidos, los contenidos, las metodologías, los sujetos que participan y el tipo de relaciones establecidas en la práctica con el propósito de orientar las prácticas pedagógicas al desarrollo de capacidades para la apropiación de una cultura para la vida y la salud y la co-gestión de la salud pública a nivel territorial. Implica el reconocimiento del rol como educadores (productores de cultura) que asumen las personas que integran el talento humano en salud pública y en consecuencia, requiere de su involucramiento en la reflexión pedagógica sobre los procesos educativos que adelantan en sus distintas prácticas de salud.

- **Construcción de capacidades dialógicas para la co-gestión de la salud pública**

Se relaciona con la producción y apropiación social, institucional y territorial de procesos educativos en el campo de la salud pública fundados en prácticas pedagógicas dialógicas como posibilidad de aproximar a otros/as, propiciar el entendimiento y avanzar en acuerdos para la acción conjunta en favor de una cultura para la vida y la salud, lo que implica acoger el diálogo como posibilidad de ampliar la capacidad de los sujetos para problematizar y comprender la realidad, abordar el conflicto, reconocer la diferencia, proponer, discurrir, negociar y llegar a acuerdos para avanzar en la acción conjunta requerida para incidir positivamente sobre sus circunstancias sociosanitarias.

5.4 Eje estratégico 4: Gestión Integral de Riesgos en Salud Pública

La Gestión Integral de Riesgos en Salud Pública como eje estratégico del PDSP 2022-2031 retoma lo construido en el Plan anterior, así como los avances recorridos en el sistema de salud colombiano frente a la identificación, medición, evaluación e intervención (desde la prevención hasta la paliación) de los riesgos para la salud de personas, familias y comunidades.

En Colombia la normatividad reconoce la Gestión Integral del Riesgo en Salud-GIRS como una estrategia que busca anticiparse a las enfermedades y traumatismos para que no se presenten o si se tienen, detectarlos y tratarlos precozmente para impedir o acortar su evolución y sus consecuencias. Asimismo, reconoce la GIRS 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 en la prestación de los servicios y la interacción entre entidades territoriales, entidades promotoras de salud y redes de prestación para la gestión integral de los riesgos en salud (MSPS, 2016, 2019).

Particularmente, al referirse a la Gestión Integral de Riesgos en Salud Pública, es necesario plantear que la protección de la salud de las poblaciones requiere de la identificación de los potenciales riesgos que pueden afectar la salud integral de las personas y comunidades para prevenirlos, evaluarlos e intervenirlos mediante acciones efectivas y respetuosas de la diversidad territorial frente a las cosmovisiones que comprenden de manera distinta los factores que afectan los procesos de salud-enfermedad-cuidado, y lo que puede constituirse en 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, y que pueden presentarse en cualquier momento en relación con las distintas 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 percepciones y experiencias personales, familiares y sociales, los acumulados

vitales individuales y colectivos; a lo que se unen las definiciones técnicas de expertos y de la institucionalidad que participa de su control y producción.

Los riesgos obedecen a contextos específicos y condiciones particulares determinados estructural y socialmente, algunos con expresiones individuales de consumo, se relacionan con entornos que potencian o controlan los riesgos, por ejemplo, con base en la disponibilidad, acceso y selección de alimentación saludable, la oferta y equipamiento que promueva y facilite hábitos y estilos saludables, los controles sobre consumos de sustancias dañinas para la salud, y la regulación de medidas preventivas, entre otros.

Por tanto, la gestión integral de riesgos 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 en las formas de comprender y de actuar de los sujetos con miras a 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 conocimientos, actitudes, prácticas y exposiciones; no son decisiones aisladas y se encuentran en relación con los contextos, oportunidades, intereses de distintos órdenes, dinámicas y prácticas sociales, es decir, con los determinantes sociales de la salud y las desigualdades sanitarias en los que se desarrolla la vida de los/as habitantes de Colombia.

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. Pero también desde un enfoque de reducción de riesgos y daños con la intención de velar por la funcionalidad y la calidad de vida de quienes conscientemente asumen el riesgo individual como forma legítima de vivir sus vidas.

Los modos de vida que se sustentan en el ordenamiento económico, político y social expresan preferencias de consumo y disponibilidad de alternativas saludables o no, que 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 puso de relieve los permanentes riesgos en relación con eventos transmisibles, unido a los acumulados de largo plazo desfavorables para distintos grupos constituidos socialmente que agravan lo existente y le dan un carácter de epidemia, 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, económicas y laborales que profundizan las desigualdades en salud de las diversas poblaciones.

La Gestión Integral de Riesgos en Salud Pública se orienta a pensar, primero, en los orígenes de la salud, los activos sociales e institucionales para protegerla en el curso de vida personal, familiar y comunitaria. 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 en salud pública 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, que pueden profundizar las desigualdades estructurales existentes.

El eje estratégico de Gestión Integral de Riesgos 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 involucran 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.

5.4.1 Definiciones centrales

- **Condiciones de salud**

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

5.4.4.1 Elemento orientador: Gestión de las amenazas individuales y colectivas en salud pública

Se relaciona con la posibilidad y capacidad de respuesta oportuna y eficaz frente a las amenazas individuales y colectivas en salud pública que permitan la prevención, mitigación y superación adecuada de riesgos colectivos en concurrencia, complementariedad y subsidiariedad con otros actores y sectores gubernamentales y no gubernamentales. En ese sentido, se requiere la evaluación y fortalecimiento del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, con la implementación de estrategias de vigilancia epidemiológica y el desarrollo del sistema de vigilancia sanitaria, en conjunto con las tecnologías de información, permita identificar, de manera predictiva, riesgos asociados 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, colectivos y poblaciones vulnerables y de especial atención. Implica la capacidad de dar respuestas proactivas soportadas en los sistemas de información y vigilancia en salud pública ante las amenazas colectivas en términos de riesgos (físicos, químicos, biológicos, sociales, políticos, económicos y ambientales, emergencias y desastres, inocuidad de alimentos) y sanidad portuaria por medio del desarrollo de modelos predictivos y estandarizados de inteligencia epidemiológica sustentados en el SIVIGILA, diferentes fuentes de información y en salas situacionales, y salas de análisis y evaluación de riesgos, salas de crisis, centros operativos de emergencias-POE y los puestos de mando unificados-PMU para la prevención, control, mitigación y respuesta ante las amenazas en la vida y salud de los habitantes del territorio colombiano.

De igual manera requiere el fortalecimiento de la Red Nacional de laboratorios de Salud Pública, las capacidades en el talento humano y el desarrollo de la infraestructura científica y tecnológica requerida para contrarrestar cualquier eventualidad tipo escenarios humanitarios y de crisis social⁶⁶ producidos por epidemias, pandemias, y comportamientos de individuos y colectivos generadores de riesgo y daño, que aumenten las desigualdades sociales en salud y pongan en riesgo la vida y la salud. Asimismo, requiere la promoción del uso, disponibilidad, interoperabilidad y transparencia en la información y aplicaciones de salud digital necesarios para la planeación y la gestión de emergencias e incidentes agudos.

Meta del elemento orientador: A 2031, el país contará con las capacidades institucionales necesarias para dar respuesta oportuna y eficaz a las amenazas individuales y colectivas en salud pública.

Estrategias del elemento orientador:

- **Gestión integral del riesgo de emergencias y desastres**

Consiste en la gestión intersectorial de políticas públicas, planes y programas para la identificación y conocimiento del riesgo, prevención, mitigación y reducción de los riesgos y vulnerabilidades frente a las emergencias y desastres, así como su manejo; el desarrollo de sistemas de evaluación y análisis de riesgos y de la capacidad de gestión y respuesta; el fortalecimiento de las capacidades, gestión de infraestructura y desarrollo de sistemas y planes sectoriales de gestión integral del riesgo para la prevención, preparación, gestión y reducción de riesgos y consecuencias para la salud y recuperación de situaciones de emergencias y desastres, así como los mecanismos de seguimiento y evaluación a dichos planes; fortalecimiento del talento humano en salud pública para la gestión del riesgo de emergencias y desastres; fortalecimiento los sistemas de vigilancia y alerta temprana que permitan respuestas oportunas y medidas de mitigación; fortalecimiento del programa de hospitales seguros frente a desastres; fortalecimiento de sistemas de emergencias médicas; fortalecimiento del CRUE para la coordinación de las acciones de respuesta en salud a nivel territorial; fortalecimiento de programas de formación en primer respondiente; fortalecimiento y consolidación de la estrategia nacional de respuesta a situaciones de emergencias y desastres.

- **Vigilancia en salud pública**

La vigilancia en salud pública conformada por la Vigilancia Epidemiológica y la Vigilancia Sanitaria, se relacionan con los procesos sistemáticos y estandarizados de observación y análisis de contextos, situaciones, condiciones y exposiciones que incrementan la vulnerabilidad de personas y colectivos con el objeto de orientar la gestión integral de la salud pública. Incluye no solo la identificación, el registro, la notificación, el análisis e interpretación, la difusión, la vigilancia y respuesta, el

⁶⁶ Este tipo de escenarios requieren de la disponibilidad del paquete inicial mínimo de servicios de salud sexual y reproductiva.

- **Gestión Integral de Riesgos en Salud Pública**

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, atención (desde la prevención hasta la paliación), seguimiento, monitoreo y evaluación de los riesgos/amenazas generadoras de morbilidad, discapacidad, mortalidad evitable y desigualdad; cuyas respuestas requieren de la articulación y coordinación entre los actores del sistema de salud y los demás sectores para su resolución.

5.4.2 Alcance del eje estratégico

La gestión integral de los riesgos en salud pública requiere 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 dinámicas de vulnerabilidad 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 GIRS establecida en el PDSP 2012-2021, y demás instrumentos normativos y de política que la concentran, trascendiendo la perspectiva convencional del enfoque de riesgo y relacionándolo con contextos más amplios desde la perspectiva de los determinantes sociales, la protección social, 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 vida y la salud de individuos y colectivos. De ahí que el eje reconoce la importancia estratégica de la Gestión Integral de los Riesgos 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, con la aspiración de invertir cada vez más en salud y menos en enfermedad.

5.4.3 Objetivo del eje estratégico

Gestionar integralmente las condiciones de vida y salud que representan amenazas individuales y colectivas para el goce efectivo del derecho a la salud, mediante la combinación de acciones, estrategias e intervenciones de reducción de riesgos y daños, 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 incrementales, y en morbilidad, discapacidad y mortalidad evitable

Meta del eje: A 2031 el país habrá gestionado integralmente las condiciones de vida y salud que representan amenazas individuales y colectivas para el logro de la salud y la equidad de las personas que habitan el territorio colombiano.

5.4.4 Elementos orientadores

El eje estratégico de la Gestión Integral de Riesgos en Salud Pública se desarrollará de acuerdo con los siguientes elementos, que dan cuenta del alcance y objetivo: gestión de las amenazas individuales y colectivas en salud pública; fortalecimiento de los procesos de aseguramiento y prestación de servicios para la gestión integral del riesgo en salud en el marco del modelo de atención integral de las condiciones de salud; implementación de rutas, modelos o enfoques para la gestión integral de riesgos en salud pública.

direccionamiento, la planeación, articulación, seguimiento y la evaluación de los riesgos y los eventos de interés en salud pública, sino, además, incluye los determinantes sociales que rodean a las personas y colectivos expuestos. Como ya se ha indicado, se requiere el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica; además del desarrollo y fortalecimiento de capacidades técnicas del talento humano para reforzar la vigilancia en campo y adelantar acciones de investigación epidemiológica relacionadas con los determinantes ambientales, laborales, del comportamiento y estilo de vida y sanitarios; el fortalecimiento de los procesos de vigilancia comunitaria, vigilancia en tiempo real, vigilancia de enfermedades zoonóticas, inmunoprevenibles y otras transmisibles y no transmisibles, y de los establecimientos de interés sanitario; la regulación normativa para fortalecer los servicios de vigilancia en salud pública, el fortalecimiento de la red nacional de laboratorios de atención humana y ambiental, y en particular de laboratorios de biología molecular y el uso de tecnologías de la información y comunicación que posibiliten los desarrollos digitales requeridos para la vigilancia en salud pública. Contemplando la interoperabilidad del Sistema de Vigilancia en Salud Pública con otros sistemas de información de instancias sectoriales e intersectoriales como INVIMA, ICA, IDEAM entre otros requeridos en la optimización de la toma de decisiones para la gestión integral en salud pública. Asimismo, desde el Sistema de Vigilancia Sanitaria, se requiere su desarrollo y articulación con los procesos de Inspección, Vigilancia y Control bajo la responsabilidad de las entidades territoriales y de otros sectores.

- **Protección frente a todas las formas de violencias**

Se relaciona con la garantía del derecho a una vida libre de violencias lo que implica el desarrollo de capacidades dialógicas en el conjunto de la sociedad para enfrentar y tramitar los conflictos y aceptar la diferencia. Implica, particularmente, la gestión intersectorial de políticas públicas, planes, programas y procesos sectoriales, transectoriales y comunitarios dirigidos a transformar las relaciones sociales generadoras de formas discriminatorias y violentas en razón del género y a garantizar una vida libre de violencia para las mujeres, tanto en el ámbito público como en el privado, así como la prevención de prácticas nocivas. Lo anterior exige la garantía de la atención integral de las víctimas de violencias de género y violencias sexuales, dentro y fuera del conflicto armado; con participación de los sectores de justicia, protección, salud, y demás instituciones responsables de las medidas de reparación integral. De igual manera, implica la garantía de la atención integral para la prevención y la atención de las personas víctimas de las distintas formas de violencias como las basadas en género, sexual, intrafamiliar y social; así como el desarrollo y fortalecimiento de programas orientados a la prevención de las formas de violencia en los distintos entornos: hogar, educativo, laboral, institucional, comunitario. Por su parte implica la implementación de una agenda social para la atención integral de víctimas de conflicto armado.

5.4.4.2 Elemento orientador: Fortalecimiento de los procesos de aseguramiento⁶⁷ y prestación de servicios para la gestión integral del riesgo en salud en el marco del modelo de atención integral de las condiciones de salud.

Se relaciona con la armonización del aseguramiento, la prestación de servicios de salud y el desarrollo de las políticas y programas por parte de las autoridades sanitarias para dar respuesta integral a las necesidades de salud de las personas, familias y comunidades, soportada en procesos de gestión integral de la salud pública que atienda diferencias poblacionales y territoriales, en la vía de garantizar los procesos de prevención, detección temprana, protección específica, diagnóstico oportuno, tratamiento rehabilitación, paliación y muerte digna en el marco del modelo de atención integral de las condiciones de salud para quienes habitan el territorio colombiano. Asimismo, el desarrollo de acciones para promover la salud digital y nuevas tecnologías de análisis de datos para mejorar la calidad y los resultados tanto en el diagnóstico como en los programas de detección temprana de los eventos en salud.

Meta del elemento orientador: A 2031, Colombia habrá alineado los intereses del aseguramiento, la prestación de servicios de salud, y las autoridades sanitarias a favor de la salud de personas, familias y comunidades en el marco del modelo de atención integral de las condiciones de salud.

Estrategias del elemento orientador:

⁶⁷ Incluye seguridad y salud en el trabajo.

- **Integración efectiva de enfoques y acciones en el marco del modelo de atención integral de las condiciones de salud.**

Se relaciona con la articulación efectiva de los enfoques para la atención en salud y las acciones para la gestión del riesgo individual y colectivo, lo que requiere de la acción colaborativa y participativa de las entidades territoriales, entidades promotoras de salud, IPS y personas que utilizan los servicios de salud en los procesos de identificación, estratificación de riesgos territoriales y valoración de la percepción social de los mismos, de tal forma que se posibilite la priorización conjunta de intervenciones y la construcción de arreglos institucionales para su abordaje. Asimismo, requiere el desarrollo de estrategias para el aseguramiento de sujetos de especial protección y personas en contextos, situaciones y condiciones de mayor vulnerabilidad que tienen dificultades para su identificación en los sistemas de información gubernamentales. Implica 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 para el diseño de la prestación de los servicios de salud en el marco de la atención primaria integral en salud para los distintos ámbitos urbanos y rurales. En particular, implica en el marco de la integralidad en salud, el fortalecimiento del primer nivel de complejidad con servicios de salud según prioridades territoriales y el desarrollo de telemedicina y modalidades de telemedicina para prestadores de servicios de salud ubicados en municipios del PNSR y Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial –PDET.

Esta estrategia implica la integración de los enfoques de atención en salud basados en el cuidado integral, la gestión integral del riesgo, la salud familiar y comunitaria en un modelo de atención integral de las condiciones de salud que los integre en el marco de la estrategia de atención primaria integral en salud. Lo anterior requiere de la formulación de políticas y lineamientos técnicos que faciliten su articulación e integración.

- **Garantía de la seguridad de la atención**

Se relaciona con 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 sustentados en sistemas de información interoperables y sistemas de seguimiento y evaluación que optimicen la toma de decisiones en torno a la seguridad de la atención. Requiere la implementación del programa de prevención y el control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud-IAAS, la resistencia antimicrobiana y el consumo de antibióticos en los prestadores de servicios de salud de alta y mediana complejidad.

- **Fortalecimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en Colombia**

Entendiendo la importancia de la inmunización como una de las estrategias de salud pública más costo efectivas, el PDSP 2022-2031 orienta el fortalecimiento de los mecanismos para identificar las prioridades de actualización e innovación relacionadas con las vacunas, asegurando que las innovaciones en productos, servicios y prácticas de inmunización se vean reflejadas en dichas prioridades de acuerdo con las necesidades de la población; implica el desarrollo e implementación de estrategias para obtener y gestionar innovaciones para la inclusión de nuevas vacunas y tecnologías, así como mejorar los productos y servicios existentes en el PAI; exhorta a la modernización, actualización y financiación del PAI, teniendo en cuenta los retos que se han generado a partir de la pandemia del COVID-19. En relación con los elementos de modernización del PAI, se sugiere propender por la inclusión de nuevas vacunas teniendo en cuenta la mejor evidencia científica disponible y el retiro de biológicos del esquema de vacunación, cuando las razones técnico-científicas demuestren su inconveniencia o ausencia de necesidad. Adicionalmente, implica la integración del componente del PAI al Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO), de manera que, las salidas de información estén disponibles para consulta en tiempo real y generación de política pública. Particularmente, el fortalecimiento de los Sistema de Información del PAI, requiere que sean evidentes los denominadores utilizados por el MSPS para el cálculo de la población objetivo y posterior análisis de coberturas. Finalmente, implica el desarrollo de capacidades en el talento humano involucrado en la implementación del PAI, a través de actividades de entrenamiento y capacitación continua.

- **Promoción de la salud y protección de las personas con enfermedades huérfanas/Raras**

Se relaciona con el desarrollo de acciones de promoción y mantenimiento de la salud para personas con Enfermedades Huérfanas/Raras EHR a lo largo de los momentos de curso de la vida y a través de los entornos donde transcurre la vida con especial protección del entorno hogar para las personas con EHR y sus cuidadores buscando garantizar condiciones para el cuidado y distribución equitativa de tareas. Asimismo, involucra acciones de información y educación sobre servicios de salud y sociales, conformación de redes de apoyo y la promoción de la participación social y comunitaria a través de mesas nacionales y territoriales para el abordaje de sus necesidades. Igualmente implica la formulación de políticas públicas que fomenten la mejoría en las condiciones de vida y el cuidado integral de la salud de personas con EHR, sus familias y cuidadores que incluyen atención psicosocial, diagnóstico y tratamiento oportuno con terapias apropiadas y con el concurso de las especialidades requeridas a través de equipos interdisciplinarios en centros de referencia habilitados con capacidad para relacionar posturas y hallazgos desde diferentes enfoques para el abordaje integral del paciente y su familia. Lo anterior requiere que la totalidad de las personas con EHR se encuentren inscritas en programas de rehabilitación integral con posibilidades de acceso a profesionales en fisioterapia, neuropsicología, terapia ocupacional, del lenguaje, trabajo social, medicina y enfermería formados para la atención integral de las personas con dichas enfermedades.

- **Atención integral para las personas con cáncer.**

Se relaciona con la atención integral para las personas con cáncer, desde la promoción de la salud, la prevención, la tamización, el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno de la enfermedad hasta la rehabilitación, la paliación y la muerte digna. Lo anterior implica el desarrollo, la implementación y el fortalecimiento de procesos y programas integrales de salud que consideren los siguientes aspectos: i) Modelo de atención para el cuidado crónico en el marco del sistema de gestión integral de la salud pública centrado en las personas, que incluya programas de vacunación para VPH, el acceso a tamización y detección temprana para todos los cánceres con pruebas diagnósticas, y el acceso efectivo a diagnóstico temprano, priorizando zonas del país alejadas con limitado acceso a servicios de salud y reconociendo a las personas en contextos, situaciones y condiciones de vulnerabilidad. Así mismo, debe garantizar la oportunidad y calidad de servicios de salud para el tratamiento de quimioterapia, radioterapia y terapia individualizada según la indicación clínica, acorde con la evidencia científica, guías de práctica en salud pública y clínica, y rutas integrales de atención en salud. Debe hacer énfasis en un trato humanizado orientado hacia el apoyo psicosocial y en salud mental de las personas con diagnóstico de cáncer durante y después del tratamiento, así como para las personas sobrevivientes. Por último, el fortalecimiento de los programas y servicios de rehabilitación, paliación y muerte digna para pacientes con diagnóstico de cáncer que garanticen el cuidado necesario para trascurrir dignamente los procesos de la enfermedad; ii) El fortalecimiento de los sistemas de información en cáncer para la toma de decisiones como los registros poblacionales de cáncer, y el fortalecimiento de la calidad de la historia clínica electrónica; iii) El desarrollo de procesos que garanticen la generación y gestión de conocimiento para la toma de decisiones en aspectos como prevención, promoción y tratamiento del cáncer, así como en sistemas y servicios de salud con el liderazgo institucional del Instituto Nacional de Cancerología, el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación; iv) Evaluación de tecnologías en salud como elemento fundamental para garantizar la sostenibilidad de los procesos de atención en cáncer, mediante la evaluación del valor terapéutico y social de las tecnologías para el tratamiento y diagnóstico de cáncer, así como la incorporación de metodologías para la evaluación de servicios de salud pública.

- **Educación para la prevención de riesgos individuales y colectivos en salud pública**

Se relaciona con el desarrollo de capacidades para el cuidado integral de la salud, la prevención y comunicación de riesgos en salud pública y la participación de las personas, familias y comunidades en las acciones necesarias para prevenir, mitigar o superar los riesgos que amenazan la vida y la salud mediante procesos educativos que atiendan diferenciales poblacionales y territoriales, así como el aprovechamiento de las tecnologías digitales para la promoción del cuidado de la salud. Asimismo, se relaciona con el desarrollo de prácticas pedagógicas dialógicas en el marco de las acciones individuales, familiares o grupales de educación y comunicación para la salud previstas en el marco de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud y las RIAS de grupos de riesgo.

Implica el desarrollo de intervenciones educativas para el desarrollo de capacidades para el cuidado integral de la salud y la construcción de los estilos de vida saludables, la prevención de conductas de riesgo, el control y adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, habilidades para la identificación de signos y síntomas de alarma de enfermedades infecciosas, el apropiado manejo inicial en el hogar y la promoción del autocuidado a lo largo de los momentos del curso de vida con adecuaciones culturales y según diferenciales poblacionales y territoriales. Asimismo, se relaciona con la transformación de las representaciones sociales, imaginarios, normas y prácticas que reproducen el estigma, auto estigma y las discriminaciones múltiples que limitan el acceso a servicios de salud y la atención integral y que requieren de la implementación de procesos educativos dialógicos en el campo de la salud pública que desarrollen la autoestima y la autonomía entre otras capacidades que promuevan la vida y la salud. De igual forma, implica el reconocimiento de la legitimidad de los procesos de movilización social a favor de la vida y la salud, entendiendo la capacidad de agencia de individuos y colectivos para transformar sus condiciones y estilos de vida.

- **Sostenibilidad financiera**

Se relaciona con el desarrollo de estrategias de anticipación y gestión de los riesgos financieros en entidades promotoras de salud y prestadores derivados de la atención individual en el sistema de salud que garanticen la sostenibilidad financiera sin detrimento de la prestación de servicios de salud en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, oportunidad y calidad.

5.4.4.3 Elemento orientador: Implementación de rutas, modelos o enfoques para la gestión integral de riesgos en salud pública

Se relaciona con el desarrollo de nuevas rutas, enfoques, modelos y mecanismos para la gestión integral de riesgos en salud pública, así como con la adopción y el fortalecimiento de las RIAS establecidas normativamente y el desarrollo de nuevas RIAS según diferenciales poblacionales y territoriales. El desarrollo de las rutas, enfoques y modelos pertinentes se realizará con el concurso no solo del MSPS, sino además con los aportes de la academia, las sociedades y agremiaciones médicas, las asociaciones de pacientes y de la sociedad civil organizada e interesada en temáticas particulares. Implica el desarrollo de arreglos institucionales sectoriales e intersectoriales para la gestión integral de los riesgos en salud pública a nivel territorial.

Meta de elemento orientador: A 2031, el país contará con rutas⁶⁸, modelos o enfoques para la gestión integral de riesgos en salud pública implementadas de manera efectiva en todo el territorio nacional.

Estrategias del elemento orientador:

- **Desarrollo y fortalecimiento de las rutas para la gestión integral de riesgos en salud pública**

Se relaciona con la adopción e implementación de las RIAS⁶⁹ establecidas en la resolución 3202 de 2016 y otras que se generen, para grupos de riesgo y eventos priorizados según grupos de riesgo, a través de su apropiación conceptual y metodológica, y la realización de ajustes diferenciales para personas en contextos, situaciones y condiciones de mayor vulnerabilidad. Asimismo, implica el acompañamiento, seguimiento, evaluación y formulación de planes de mejora para la implementación de acciones en el marco de las RIAS. Contempla la formulación de rutas integradas e integrales sectoriales, intersectoriales y comunitarias para la gestión territorial del riesgo en salud pública que articulen intervenciones individuales y colectivas de anticipación y control de riesgos en salud pública con adecuaciones culturales y atendiendo diferenciales poblacionales y territoriales. Implica además la derivación adecuada a través de las rutas para una atención oportuna de las personas con riesgos detectados en las intervenciones individuales para la promoción y el mantenimiento de la salud.

- **Adopción y adaptación de modelos para la atención integral del riesgo de personas con condiciones crónicas**

⁶⁸ Implica la implementación de las RIAS establecidas por la resolución 3202 de 2016 y el desarrollo de nuevas rutas para la gestión integral de riesgos en salud pública, según diferenciales poblacionales y territoriales.
⁶⁹ Las RIAS para grupos de riesgo deberán desarrollarse en un plazo máximo de 2 años incorporando los lineamientos del PDSP. Especialmente se requiere el diseño e implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud a la población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales; la gestión para la implementación de las RIAS en salud mental y violencia desde un enfoque de derechos, género, interseccional y territorial y las RIAS para enfermedades infecciosas.

Se relaciona con el desarrollo de modelos comunitarios y de estrategias de rehabilitación basada en comunidad para favorecer el abordaje integral de las enfermedades crónicas no transmisibles, la construcción de estilos de vida saludables, la gestión comunitaria para el cuidado integral (desde la detección temprana hasta el soporte paliativo) de estas personas, y en especial de aquellas con problemas y trastornos mentales, epilepsia, enfermedades crónicas transmisibles que generan discapacidad, enfermedades huérfanas/raras, alteraciones nutricionales, cardiovasculares, metabólicas, cáncer, respiratorias crónicas y autoinmunes, así como personas con consumo de sustancias psicoactivas que las protejan del aislamiento y discriminación propios de los modelos tradicionales de atención. Asimismo, se relaciona con la articulación de servicios sociales, sociosanitarios y de salud que propendan por la inclusión de personas según diferenciales poblacionales y territoriales.

- **Desarrollo de un enfoque de reducción de riesgos y daños para el manejo integral del consumo de sustancias psicoactivas**

Se relaciona con el desarrollo y apropiación de un enfoque de reducción de riesgos y daños para el manejo integral del consumo de sustancias psicoactivas acorde con un enfoque diferencial así como posibilidad de prevenir riesgos y daños del consumo, mejorar la funcionalidad y calidad de vida de las personas, y reducir el estigma y discriminación hacia ellas, gestionando y mitigando los posibles riesgos para la salud derivados del consumo.

- **Desarrollo de modelos de atención integral para la promoción de la salud bucal, visual y auditiva**

Promoción de las acciones de detección temprana de alteraciones en la salud visual y el tratamiento oportuno de las alteraciones de la salud visual con énfasis en niños y niñas en edades de alto riesgo; y la promoción de condiciones óptimas para la salud auditiva y la detección temprana y el tratamiento oportuno de alteraciones de la salud auditiva con énfasis en niños y niñas en edades de alto riesgo.

- **Desarrollo y fortalecimiento de modelos para la atención integral de las personas víctimas de las distintas violencias**

Se relaciona con la gestión territorial para el desarrollo de procesos sectoriales, transectoriales y comunitarios que garanticen la atención integral de las víctimas de violencias de género y violencias sexuales, dentro y fuera del conflicto armado, con participación de los sectores de justicia, protección, salud, y demás instituciones responsables de las medidas de reparación integral. Asimismo, se relaciona con el fortalecimiento de la atención integral y del enfoque de atención psicosocial para personas víctimas del conflicto armado de acuerdo con el protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial, en el marco del SGSSS. Implica la adecuación sociocultural de las atenciones o intervenciones en salud para las personas en riesgo o víctimas de las distintas violencias como por ejemplo las atenciones domiciliarias a mujeres jefes de hogar en condiciones de vulnerabilidad socioeconómica con el fin de prevenir la violencia intrafamiliar.

- **Desarrollo de un modelo de atención con adaptaciones socioculturales para la atención integral en salud de la población sorda**

Se relaciona con el desarrollo de modelos para la atención integral en salud que reconozcan y acepten la lengua de señas colombiana, como parte de la diversidad lingüística y eje transversal, para el ejercicio de derechos sociales y psicoafectivos, así como para el acceso a la salud, la educación y a los distintos entornos de los cuales participa la comunidad sorda en su cotidianidad, procurando su desarrollo integral. Implica el diseño y la implementación de procesos que permitan el reconocimiento y caracterización de la diversidad familiar frente al ejercicio de derechos. En tal sentido, requiere informar y ofrecer a las familias de niños/as sordos/as alternativas relacionadas con la diversidad lingüística y comunicativa, cuando haya surtido el diagnóstico. Lo anterior con el propósito de contribuir a la respuesta efectiva a sus necesidades, y a potenciar capacidades para mantener su máxima independencia, inclusión y participación plena durante su desarrollo integral. Adicionalmente implica, tanto para las familias como para la comunidad en general, proporcionar información accesible y sensibilizar sobre las particularidades y cultura de la población sorda. Asimismo, implica el reconocimiento de la lengua de señas colombiana, como parte de la diversidad lingüística y eje transversal, para el ejercicio de derechos sociales de esta población. Lo anterior requiere del conocimiento sobre la diversidad lingüística y comunicativa al interior de la cultura sorda

y el fortalecimiento del aprendizaje de la Lengua de Señas Colombiana, así como de los servicios de interpretación con la finalidad de que el talento humano esté capacitado para brindar orientación a la población sorda y sus familias, en temas que contribuyan a fortalecer la autonomía e interacción de las personas sordas, su aprendizaje integral y su desarrollo social, psicoafectivo, cognitivo en un ambiente de confianza y atención humanizada.

5.5 Eje estratégico 5: Gestión del Conocimiento para la Salud Pública

Para dar respuesta a los retos que enfrenta la salud pública en el ámbito local, nacional y global, es fundamental incorporar la gestión del conocimiento como un eje transversal que impulsa la generación, transferencia, intercambio y apropiación de conocimiento pertinente para la toma de decisiones, y para el diseño, implementación y evaluación de políticas, planes y programas para el mejoramiento de las condiciones de salud 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 de políticas de salud informadas por evidencia (OPS, 2020). Esto recobra especial relevancia en países de bajos y medianos ingresos donde las brechas en salud son aún más pronunciadas.

De esta forma la generación de conocimiento oportuno, confiable y de calidad para la gestión de la salud pública resulta fundamental para responder a la complejidad de las realidades territoriales y poblacionales, así como para avanzar hacia las metas locales y globales de la salud pública. 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.

A pesar de que 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).

De esta manera, la Organización Mundial de la Salud—OMS estableció la Estrategia de Gestión del Conocimiento para incrementar el acceso equitativo al conocimiento y afianzar una mayor aplicación del conocimiento y la evidencia en la salud pública (WHO, 2005). En coherencia, y con el objetivo de fortalecer el uso de la información en la toma de decisiones en salud, la OPS propuso su política sobre Investigación para la Salud, la cual reconoce la gestión del conocimiento y la investigación en salud como elementos angulares para alcanzar el nivel más alto de salud y de equidad en la región (Organización Panamericana de la Salud, 2010).

En Colombia, existen desigualdades en tecnologías de la información y comunicación en el territorio nacional, los recursos para la gestión del conocimiento son escasos, 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 como "la brecha entre el saber y el hacer" (WHO, 2013b), e identificado como un factor contribuyente a las inequidades sanitarias (WHO, 2005).

En el sector salud colombiano, en el marco de la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015, se determinó que el Estado debe establecer una Política de Innovación, Ciencia y Tecnología en Salud, que permita el fortalecimiento de la investigación y la generación de nuevo conocimiento en salud para avanzar hacia una mejor calidad de vida. Asimismo, estableció la responsabilidad de divulgar 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).

De igual forma, se reconoce la necesidad de desarrollar y fortalecer la investigación e innovación interdisciplinar en salud que trascienda el diagnóstico para considerar mecanismos efectivos de intervención en clave de política pública para responder a las necesidades en salud de la población en el territorio nacional, y avanzar hacia la garantía del derecho 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 (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 reducir las desigualdades sociales en salud. Asimismo, se espera que el país avance en el reconocimiento de la información como bien público.

5.5.1 Definiciones centrales

- **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, usar y apropiarse 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.

5.5.2 Alcance del eje estratégico

El eje estratégico de Gestión del Conocimiento para la Salud Pública plantea un abordaje que la entiende como un conjunto de principios y prácticas que permiten a las personas y a los colectivos consolidar, generar, divulgar, traducir, usar y apropiarse 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. El eje contempla elementos estratégicos a través de los cuales se logra la gestión del conocimiento en el PDSP 2022-2031 para que las personas y actores como generadores y usuarios de este conocimiento lo usen para la transformación de las realidades.

Se espera que el fortalecimiento de la gestión del conocimiento para la salud pública contribuya a la comprensión holística de la situación de salud de la población colombiana y su relación con los determinantes sociales, responda el llamado a la acción y consolide los esfuerzos para cerrar las brechas injustas en los resultados en salud en el país.

5.5.3 Objetivo del eje estratégico

Fortalecer la gestión del conocimiento para la salud pública mediante la consolidación de capacidades institucionales y sociales; el fortalecimiento de los sistemas de información en salud; la generación conjunta de conocimientos y saberes; y la articulación sectorial e intersectorial para la divulgación, traducción social, uso y apropiación del conocimiento en salud pública, como estrategias transversales para la gestión de la salud pública en el país.

Meta del objetivo: A 2031, el país habrá fortalecido la gestión del conocimiento en el campo de la salud pública en las distintas fases del proceso y niveles territoriales como estrategia transversal para la gestión de la salud pública en el país.

5.5.4 Elementos orientadores

El eje estratégico de gestión del conocimiento para la salud pública se desarrolla de acuerdo con elementos orientadores que dan cuenta del alcance y del objetivo: Fortalecimiento de capacidades para la gestión de conocimiento en salud pública; desarrollo, fortalecimiento y articulación de sistemas de información en salud; consolidación de la generación de conocimiento para la salud pública; articulación sectorial e intersectorial para la divulgación, traducción social, uso y apropiación del conocimiento en salud pública.

5.5.4.1 Elemento orientador: Fortalecimiento de las capacidades para la gestión del conocimiento en salud pública

Este elemento se relaciona con el desarrollo de un conjunto de acciones que permitan el fortalecimiento de las capacidades institucionales y sociales para la gestión del conocimiento, así como la articulación de actores clave sectoriales, intersectoriales, incluyendo la academia, la sociedad civil organizada y las comunidades para la construcción de redes de gestión del conocimiento en salud pública en el marco del Plan Decenal de Salud Pública, que permita la construcción colectiva de conocimiento y saberes para orientar la toma de decisiones en salud pública. Estas redes de gestión del conocimiento consistirán en la cooperación y articulación de actores interdisciplinarios y multisectoriales con intereses comunes en esfuerzos conjuntos de apalancamiento para la generación de conocimiento e investigación en áreas del saber en salud pública.

- **Mejora continua de la información en salud con enfoque en los determinantes sociales de la salud**

Consiste en la implementación de un conjunto de acciones para el fortalecimiento de los sistemas de información y las fuentes de información del sector y otros sectores, que identifique brechas de información y favorezca el desarrollo de mecanismos para asegurar la interoperabilidad de sistemas de información para la toma de decisiones en salud pública, reconociendo los avances alcanzados hasta el momento e identificando los requerimientos en materia de infraestructura, tecnología y recursos humanos. En esta estrategia se desarrollarán acciones tendientes a mejorar la calidad en las fases de captura, consolidación y reporte de datos sanitarios y sociales de diferentes fuentes, con los cuales analizar no solo las condiciones de salud de la población en el territorio nacional, sino también avanzar en la comprensión de los efectos de los determinantes sociales sobre las desigualdades sociales en salud.

- **Reconocimiento de la información como bien público mediante el fortalecimiento y generación de bibliotecas y repositorios virtuales y datos abiertos para la gestión de la salud pública**

En el marco de la estrategia de reconocimiento de la información como bien público se busca favorecer la apertura y disponibilidad de datos sectoriales e intersectoriales sobre la salud y sus determinantes y garantizar su acceso equitativo a través de bibliotecas y repositorios virtuales abiertos al público, como es el caso del Repositorio Digital Institucional (RID) del MSPS, considerando los estándares de calidad e interoperabilidad de los datos abiertos del gobierno de Colombia, con el objetivo de permitir el uso amplio de la información disponible para la generación de conocimiento.

5.5.4.3 Elemento orientador: Generación de conocimiento para la gestión de salud pública.

La generación de conocimiento en salud pública a través de estrategias de investigación e innovación desarrolladas conjuntamente entre diversos actores y sectores, con el fin de mejorar la comprensión y el entendimiento de la complejidad de los procesos de salud de la población en el territorio nacional, así como los factores y condiciones que determinan el proceso salud-enfermedad-atención, para plantear políticas para mejorar las condiciones de salud y disminuir las desigualdades sanitarias. Con este elemento orientador se busca avanzar en estrategias para la construcción colectiva de conocimiento contextualizado, saberes e investigación en salud pública para la acción.

Meta del elemento orientador: A 2031, en el país se generará conocimiento pertinente y contextualizado de calidad y oportuno, a través de procesos de co-creación entre diferentes actores sectoriales e intersectoriales y que se constituye como insumo para la toma de decisiones informadas en salud pública.

Estrategias del elemento orientador:

- **Generación de conocimiento contextualizado en salud pública para la comprensión de las condiciones de salud y sus determinantes a nivel territorial**

Implica el desarrollo de acciones articuladas con diversos actores para la generación de conocimiento que permita incrementar la comprensión de las condiciones de vida y salud, las desigualdades en salud y sus determinantes a nivel territorial, teniendo en cuenta los diferenciales poblacionales y territoriales, a través de la incorporación y uso de metodologías diversas de investigación. El conocimiento generado debe ayudar a establecer líneas de acción en salud pública pertinentes, contextualizadas e informadas para orientar la gestión de los determinantes sociales de la salud en el territorio colombiano.

- **Consolidación de espacios para la construcción colectiva de saberes**

Consiste en el desarrollo de acciones en un marco intercultural y plural con actores diversos de los pueblos y comunidades indígenas, comunidades Negras, Afrocolombianos, Raizales y Palenqueros y el pueblo Rrom para avanzar en el diálogo horizontal e intercambio de saberes y cosmovisiones, así como la construcción democrática y colectiva de saberes en salud pública.

Meta del elemento orientador: A 2031, el país habrá fortalecido las capacidades sociales e institucionales para la gestión del conocimiento y contará con redes de gestión del conocimiento en salud pública, con planes colaborativos de generación de conocimiento desarrollados a partir de la coordinación, articulación y cooperación de actores sectoriales, intersectoriales, la academia, organismos de cooperación internacional, la sociedad civil organizada y la comunidad.
Estrategias del elemento orientador:

- **Fortalecimiento de capacidades para la gestión del conocimiento**

Esta estrategia se centra en el desarrollo e implementación de acciones orientadas al fortalecimiento de las capacidades institucionales y sociales en las distintas fases del proceso de gestión del conocimiento, en todos los niveles territoriales. En este caso, se consideran estrategias de acompañamiento para el desarrollo y fortalecimiento de capacidades para la consolidación de fuentes de información, generación de conocimiento a través de la investigación e innovación en salud pública, apropiación de buenas prácticas de difusión, traducción y apropiación social del conocimiento, y consolidación de una cultura institucional que use el conocimiento en la gestión de la salud pública en todos los niveles de decisión.

- **Consolidación de redes de gestión del conocimiento en salud pública**

Consiste en el desarrollo de acciones para la estructuración y consolidación de redes de gestión y generación de conocimiento, saberes e investigación en salud pública, así como la promoción del uso de innovación y desarrollo tecnológico. Estas redes estarían conformadas por actores clave sectoriales e intersectoriales gubernamentales y no gubernamentales, incluyendo la academia, expertos temáticos, organismos de cooperación internacional, la sociedad civil organizada, sectores económicos activos y las comunidades de los distintos niveles territoriales en espacios de entendimiento; que consoliden un plan de gestión del conocimiento colaborativo, articulado con cooperación interinstitucional. Estas redes deberán avanzar hacia la materialización de la gestión del conocimiento y la investigación como función esencial de la salud pública y estructurar planes estratégicos, colaborativos y articulados a partir de agendas conjuntas de gestión del conocimiento e investigación, que aborden las necesidades técnicas y operativas y el fortalecimiento de las capacidades para la generación de conocimiento y el desarrollo de investigación, así como la gestión de mecanismos financieros y normativos para la configuración y operación de la red, y promoverán la participación de la sociedad civil organizada y las comunidades en su diversidad para su incidencia efectiva en los procesos de gestión colectiva de conocimiento e investigación y el intercambio de saberes en procesos de co-creación de conocimiento. Asimismo, la consolidación de mecanismos de cooperación internacional para asegurar la gestión del conocimiento e investigación en salud pública y la gestión de fuentes de financiación en niveles altos del gobierno nacional, el Ministerio de Ciencia Tecnología e Innovación, otros Ministerios y Departamentos.

5.5.4.2 Elemento orientador: Desarrollo, fortalecimiento y articulación de sistemas de información en salud

Se relaciona con la integración y desarrollo de sistemas de información con interoperabilidad al interior del Sistema de Salud y Protección Social y entre los distintos sistemas gubernamentales responsables del manejo de información relacionada con el abordaje de los determinantes sociales de la salud, así como el fortalecimiento de las fuentes de información y de datos como registros administrativos, encuestas y censos poblacionales en los diferentes niveles territoriales. Asimismo, contempla el fortalecimiento del Sistema de Seguimiento y Evaluación del PDSP 2022-2031 y del Sistema de Vigilancia en Salud Pública viabilizando su integración con otros sistemas de información de instancias sectoriales e intersectoriales como INVIMA, ICA, IDEAM entre otros requeridos en la optimización de la toma de decisiones para la gestión integral en salud pública.

Meta del elemento orientador: A 2031, el país contará con sistemas de información interoperables, que permitan gestionar la información de las condiciones de salud de la población colombiana y sus determinantes sociales, que consoliden y dispongan información sectorial e intersectorial relevante, oportuna y de calidad a fin de constituirse como herramientas para el seguimiento y evaluación de las desigualdades sociales en salud en el país.

Estrategias del elemento orientador:

<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo y fortalecimiento de centros de pensamiento y observatorios en Salud Pública <p>Consiste en el desarrollo de acciones para la creación de centros de pensamiento en salud pública con actores de las redes de gestión de conocimiento en alianza con universidades, investigadores y sociedad civil para generar espacios permanentes de reflexión y debate en torno a la salud pública del país, así como para la construcción de propuestas orientadas al mejoramiento de la acción en salud pública en el marco de los determinantes sociales, de la garantía del derecho fundamental a la salud, la evaluación del Plan Decenal de Salud Pública y la orientación en la formulación de políticas públicas. Asimismo, se deben desarrollar acciones tendientes a la construcción, fortalecimiento y financiación de observatorios en salud pública como escenarios de gestión de conocimiento para la toma de decisiones en salud pública, en el marco del Lineamiento Técnico Operativo para la Construcción, Gestión y Evaluación de los Observatorios de Salud establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>5.5.4.4 Elemento orientador: Articulación sectorial e intersectorial para la divulgación, traducción social, uso y apropiación del conocimiento en salud pública</p> <p>La generación de conocimiento pertinente y contextualizado es elemento esencial para la apropiación, traducción social y uso del conocimiento de los diferentes actores sociales que usarán dicho conocimiento para la comprensión de las condiciones de salud, así como para orientar la toma de decisiones en salud pública. Una adecuada traducción social del conocimiento se logra a partir de la generación de espacios de diálogo, así como de la comunicación y la movilización de actores. Este elemento orientador se relaciona con la consolidación de acciones para la divulgación, la apropiación social y uso del conocimiento que incluyen estrategias de educación y comunicación en el campo de la salud pública, la generación y fortalecimiento de metodologías para el uso de información, el intercambio de conocimientos y saberes en salud pública generados por los distintos actores sociales y el uso del conocimiento para la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas en salud. También, reconoce la importancia de asegurar la participación social efectiva en todo el ciclo de la política pública.</p> <p>Meta del elemento orientador: A 2031, en el país la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas en salud estará orientada en el uso del conocimiento en salud pública como una herramienta de transformación para la mejora de las condiciones de vida y salud de la población.</p> <p><i>Estrategias del elemento orientador:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Consolidación del intercambio, traducción social y apropiación del conocimiento en salud pública <p>En esta estrategia busca establecer un diálogo cooperativo y horizontal entre actores sectoriales, intersectoriales, la sociedad civil y las comunidades a partir de redes participativas de apropiación social del conocimiento en salud pública que fortalezca la toma de decisiones y los ejercicios participativos en las fases de planeación, ejecución y evaluación de las intervenciones en salud pública acordes al contexto territorial.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diseño e implementación de un marco de comunicación para la divulgación y la apropiación social del conocimiento. <p>Se enmarca en el desarrollo y cumplimiento de una estrategia nacional de comunicación en el campo de la salud pública para promover acciones para la comunicación multidireccional, interactiva e intersectorial para la divulgación y apropiación social del conocimiento a través de diversos espacios y herramientas. También deberá fomentar la participación social efectiva en los espacios de diálogo y de toma de decisión en salud pública. La estrategia de comunicación en el campo de la salud pública será respetuosa de la diferencia, de las culturas y sus cosmovisiones; será horizontal, fundada en el diálogo y comprometida con las transformaciones necesarias para mejorar la salud y promover la equidad sanitaria. No solo considera la difusión unidireccional de información, sino que estará comprometida con apuestas participativas que faciliten la apropiación del conocimiento, y de los cambios culturales necesarios para la construcción de modos de vivir favorables a la vida y a la salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fomento del uso del conocimiento para la formulación de políticas y la toma de decisiones en salud pública <p>Busca consolidar una cultura del uso del conocimiento en los procesos de toma de decisiones en salud pública, en el seguimiento y evaluación del Plan Decenal de Salud Pública, así como en la formulación de lineamientos, planes, programas y políticas públicas en el nivel nacional y territorial, asegurando la participación social efectiva intercultural y plural para la planeación, ejecución y evaluación de intervenciones en salud pública.</p> <p>5.6 Eje estratégico 6: Gestión y Desarrollo del Talento Humano en Salud Pública</p> <p>La salud pública depende en gran medida para su organización y operación del talento humano, quien se constituye en un gestor fundamental de la salud pública a nivel territorial para avanzar hacia la garantía del derecho fundamental a la salud, la acción sectorial e intersectorial de los determinantes sociales de la salud y para el logro de una mayor cobertura y acceso al sistema de salud (OPS, 2017). De esta manera, el desarrollo de capacidades del talento humano en salud pública para cogestionar la salud pública territorial en términos de organización, insumos, disposición de recursos, actividades y uso del conocimiento, contribuye a generar transformaciones en los sujetos y en las formas de relacionamiento al interior de las prácticas en salud que impactan positivamente los resultados en salud de la población, así como a la construcción de sistemas de salud sólidos y resilientes (MSPS, 2018).</p> <p>En tal sentido, el desarrollo, la disponibilidad, la accesibilidad y la calidad del talento humano en salud pública acorde y pertinente a las necesidades de la población, ha sido parte central de la agenda de salud a nivel internacional, regional y nacional (OMS, 2016; OPS, 2017). La necesidad de formular políticas adecuadas para el desarrollo del talento humano en salud establecida según lineamientos internacionales incluye: mayor inversión, creación de nuevos empleos, formalización laboral, contratación digna y formación adecuada como estrategias clave para el cumplimiento de los compromisos adquiridos en acuerdos internacionales (MSPS, 2018; OMS, 2015, 2016; OPS, 2017).</p> <p>Específicamente, la estrategia mundial de recursos humanos para la salud en el marco de la agenda 2030, establece que para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible—ODS y el acceso universal al sistema de salud, es necesario el desarrollo de políticas de talento humano y el incremento en la financiación para “garantizar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad del personal de salud” en condiciones adecuadas para la formación y motivación (OMS, 2015, p. 5). Asimismo, la estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de la salud de la región, que se basa en el goce del derecho a la salud, reconoce el rol fundamental del talento humano para la garantía del acceso equitativo de la población a servicios integrales de salud, mediante la superación de barreras de acceso al sistema de diversos y variados orígenes (OPS, 2017). Desde esta perspectiva, el desarrollo del talento humano para la salud corresponde a una de las funciones esenciales de la salud pública renovadas (OPS, 2020) que para desarrollarse implica vincular el perfil de las capacidades requeridas por el personal sanitario con la estrategia de atención primaria en salud (OPS, 2007).</p> <p>De igual manera, el fortalecimiento de capacidades del talento humano requiere contar con conocimientos que permitan realizar acciones que contribuyan a la igualdad, teniendo en cuenta lo establecido por la Organización Mundial de la Salud (2018), al señalar la importancia de medidas relacionadas con el personal sociosanitario para promover acciones que transformen las relaciones de género y eliminen prejuicios y prácticas discriminatorias hacia las mujeres que acceden a los servicios; asimismo, para contribuir al empoderamiento de las mujeres que hacen parte del personal sanitario y a la promoción de su participación en todos los niveles jerárquicos.</p> <p>En Colombia, se han definido elementos centrales para el desarrollo del talento humano en salud tales como disposiciones para la formación y la vigilancia del ejercicio y desempeño del talento humano en salud (Ley 1164, 2007), así como la autonomía profesional y el respeto a la dignidad de los profesionales y trabajadores de la salud (Ley 1751, 2015). Asimismo, en el 2018 el Ministerio de Salud y Protección Social estableció la Política Nacional de Talento Humano en Salud, la cual busca “articular los procesos de formación, investigación, innovación, ejercicio y desempeño del talento humano en salud en torno a las necesidades de salud de la población y a los objetivos del sistema de salud” (MSPS, 2018, p. 53). De ahí que, la realización laboral, profesional y personal del talento humano en salud pública se constituye en aspecto clave para la gestión integral de la salud pública.</p>
<p>En coherencia con estas disposiciones, los lineamientos internacionales, regionales y nacionales y la solicitud de la ciudadanía y actores del sector en los espacios de participación en el marco de la formulación del Plan, el PDSP 2022-2031 incorpora entonces la gestión y desarrollo del talento humano en salud pública como un eje estratégico fundamental para la gestión integral de la salud pública.</p> <p>5.6.1 Definiciones centrales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Talento humano en salud pública <p>Todas las personas que realizan acciones cuya finalidad principal sea promover la gestión integral de la salud pública. Por tanto, el talento humano en salud pública incluye personas de diferentes ocupaciones, profesiones e incluso sectores que trabajan fundamentalmente por el logro del derecho a la salud, el bienestar y la calidad de vida de personas, familias y comunidades.</p> <p>5.6.2 Alcance del eje estratégico</p> <p>El Talento Humano en Salud Pública —THSP es un gestor fundamental de la salud pública del país que contribuye con el avance hacia la materialización del derecho fundamental a la salud, la mejora del desempeño y sostenibilidad del sistema de salud y la consolidación del sistema de gestión territorial integral de la salud pública.</p> <p>El eje de gestión y desarrollo del talento humano en salud pública en el marco del PDSP 2022-2031, propende por el desarrollo de mecanismos que hagan posible su fortalecimiento a través de procesos de formación, desarrollo, empleabilidad, monitoreo y la distribución de su fuerza de trabajo en el nivel nacional y territorial, así como el reconocimiento y fortalecimiento de las funciones y roles de equipos básicos interprofesionales en torno a la gestión de la salud pública como los promotores sociales, agentes comunitarios, gestores de salud pública, sabedores tradicionales y ancestrales. Asimismo, incorpora elementos relacionados con el desarrollo de capacidades de cogestión necesarias para el abordaje de la salud desde el marco de los determinantes sociales, la atención primaria integral en salud y la gestión integral de la salud pública.</p> <p>5.6.3 Objetivo del eje estratégico</p> <p>Consolidar la gestión y desarrollo del talento humano en salud pública mediante la articulación sectorial e intersectorial que asegure su formación y desempeño integral acorde a las necesidades de salud territoriales, el desarrollo de capacidades, funciones y roles para la cogestión de la salud pública, así como su disponibilidad, accesibilidad, distribución, pertinencia y calidad en condiciones de protección, formalización y seguridad laboral para avanzar hacia la garantía del derecho fundamental a la salud de la población que habita en Colombia, en el marco de los determinantes sociales, la atención primaria integral en salud y la gestión integral de la salud pública.</p> <p>Meta del eje: A 2031, el país contará con talento humano en salud pública disponible, capacitado, acorde, y pertinente a las necesidades territoriales, en condiciones laborales y de trabajo digno para la gestión de los determinantes sociales de la salud, la implementación de la atención primaria integral en salud y la gestión integral de la salud pública.</p> <p>5.6.4 Elementos orientadores</p> <p>El eje estratégico de gestión y desarrollo del talento humano en salud pública se desarrollará de acuerdo con los siguientes elementos, que dan cuenta del alcance y objetivo: consolidación de capacidades para la cogestión integral de la salud pública; educación del talento humano para la gestión integral de la salud pública; y la disponibilidad y sostenibilidad del talento humano en salud pública en condiciones de protección y seguridad laboral.</p> <p>5.6.4.1 Elemento orientador: Consolidación de capacidades para la cogestión territorial de la salud pública.</p> <p>La consolidación de capacidades en el THSP para la cogestión se relaciona con la caracterización del THSP requerido en los distintos procesos de gestión territorial en salud pública y del Plan Territorial de Salud; el fortalecimiento de capacidades institucionales y sociales de carácter técnico-científicas y relacionales por medio de prácticas pedagógicas dialógicas que permitan instituir procesos de cogestión colaborativa y participativa acordes a diferencias poblacionales y territoriales; fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la respuesta efectiva a las necesidades de</p>	<p>salud de la entidad territorial y la asignación adecuada de presupuestos y recursos financieros para la contratación del talento humano necesario e idóneo para la acción.</p> <p>Meta del elemento orientador: A 2031, el país contará con capacidades institucionales y recursos necesarios para la cogestión territorial de la salud pública en términos de talento humano en salud pública con capacidades técnico-científicas y relacionales pertinentes y una autoridad sanitaria fortalecida con recursos financieros disponibles.</p> <p><i>Estrategias del elemento orientador:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Caracterización del talento humano en salud pública <p>Consiste en la identificación, según diferencias poblacionales y territoriales, de la disponibilidad, formación, ubicación geográfica y condiciones de movilidad del THSP a partir de la consolidación de fuentes de información integradas que orienten la toma de decisiones para su adecuada gestión.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento de capacidades institucionales y sociales para la cogestión territorial de la salud pública <p>Consiste en el fortalecimiento de capacidades para la cogestión de la salud pública que permitan instituir procesos relacionales de carácter participativo, colaborativo y democrático en actores institucionales y sociales acordes a diferencias poblacionales y territoriales. Particularmente, se relaciona con el desarrollo de prácticas pedagógicas dialógicas que permitan la construcción de capacidades para interpretar, proponer, discurrir, negociar, acordar y actuar en el THSP que posibiliten las acciones interprofesionales, interinstitucionales e intersectoriales necesarias para la cogestión de la salud pública en el territorio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento de capacidades institucionales en la autoridad sanitaria <p>Se relaciona con el diagnóstico y fortalecimiento de capacidades para la cogestión territorial de la salud pública requeridas por las autoridades sanitarias para desarrollar los procesos de planeación territorial en salud y generar arreglos institucionales y alianzas que permitan la adecuada implementación de las acciones sectoriales e intersectoriales derivadas del PTS y del presente Plan.</p> <p>5.6.4.2 Elemento orientador: Educación del talento humano para la gestión integral de la salud pública</p> <p>Se relaciona con el desarrollo de acciones intersectoriales en articulación con el sector educativo para el fortalecimiento de los procesos de formación y educación continua del talento humano en salud pública que posibiliten el desarrollo de las capacidades técnico-científicas y relacionales requeridas para responder a las necesidades de atención y gestión integral de la salud atendiendo a diferencias poblacionales y territoriales. Asimismo, implica para las disciplinas afines a la salud pública el fortalecimiento de sus currículos académicos con didácticas y contenidos específicos que permitan la apropiación de los conocimientos y capacidades necesarias para la gestión e implementación del Plan Decenal de Salud Pública.</p> <p>Meta de elemento orientador: A 2031, el país contará con talento humano en salud pública con capacidades técnico-científicas y relacionales pertinentes y de buena calidad para la gestión integral de la salud pública y la implementación del Plan Decenal de Salud Pública.</p> <p><i>Estrategias del elemento orientador:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Formación y educación continua del talento humano en salud pública <p>Consiste en el desarrollo de planes y programas académicos articulados con el sector educativo que consoliden un currículo de formación acorde a las necesidades profesionales, ocupacionales y territoriales para la gestión integral de la salud pública. Lo anterior requiere de una coordinación de alto nivel para que, en el marco de la autonomía universitaria y la libertad de cátedra, se generen acuerdos intersectoriales que permitan adecuaciones y transformaciones curriculares según necesidades educativas propias de la salud pública. Adicionalmente implica la implementación del enfoque diferencial en la formación de las profesiones y ocupaciones de las áreas de la salud y el fortalecimiento de los procesos de actualización y educación continua para el THSP bajo la responsabilidad de la entidad contratante, así como el desarrollo de planes para el fomento de la</p>

formación del talento humano en salud pública procedente de zonas rurales y en situaciones o condiciones de mayor vulnerabilidad.

- **Definición de estándares y criterios de calidad para la educación y práctica de la salud pública**

Se relaciona con el desarrollo de lineamientos, normas, y regulaciones en articulación con el sector educativo para la acreditación y garantía de la calidad de la educación superior, técnica y vocacional en salud pública, así como el desarrollo de mecanismos sólidos de evaluación y fiscalización del ejercicio profesional con base en estándares, instrumentos e instancias de evaluación y seguimiento del talento humano en salud pública.

- **Desarrollo de didácticas específicas para la salud pública**

Se relaciona con el desarrollo de métodos que permitan la enseñanza-aprendizaje de conocimientos y capacidades relacionados con: la gestión integral de la salud pública, la institucionalización de una cultura para la vida y la salud, la reflexión pedagógica de los procesos educativos en salud, el gobierno y la gobernanza de la salud pública, la gestión intersectorial de los determinantes sociales de la salud, la gestión de la atención primaria integral en salud; la gestión integral del riesgo en salud pública, la gestión del conocimiento, la equidad, los derechos humanos, la diversidad cultural y el enfoque diferencial.

- **Talento humano para la gestión de la atención primaria integral en salud**

Consiste en la conformación de equipos interdisciplinarios para la gestión de la atención primaria integral en salud que cuenten con capacidades técnicas y relacionales para dar respuesta efectiva y eficaz a las necesidades en salud de la población desde un abordaje diferencial, familiar y comunitario, lo que implica la posibilidad de incorporar al equipo el talento humano de otras disciplinas y áreas de las ciencias humanas, sociales, de la educación y ambientales, y de perfiles gestores de la salud pública como promotores sociales, agentes comunitarios, gestores rurales y sabedores ancestrales a quienes se les debe garantizar procesos de educación continua por parte de la entidad contratante. Asimismo, requiere la configuración de equipos con funciones y roles abiertas según diferenciales poblacionales y territoriales que puedan desarrollar mecanismos para evaluar y adecuar capacidades y perfiles a partir de normas y regulaciones específicas y de la oferta de empleo público.

5.6.4.3 Elemento orientador: Disponibilidad y sostenibilidad del talento humano en salud pública en condiciones de protección y seguridad laboral

Se relaciona con el desarrollo de estrategias intersectoriales orientadas a garantizar la disponibilidad del talento humano en el territorio nacional en condiciones laborales y de trabajo dignas en el marco de sistemas de protección y seguridad laboral, a través de mecanismos de fidelización, movilización, apoyo psicosocial e incentivos laborales, así como con la búsqueda de mecanismos de financiación y el desarrollo de estrategias para mejorar la inversión pública que permita incrementar la disponibilidad y distribución equitativa del THSP acorde a las necesidades en salud de la población y el desarrollo de procesos que garanticen la resolutivez del talento humano frente a las problemáticas del territorio.

Meta del elemento orientador: A 2031, el país contará con talento humano en salud pública disponible en el territorio nacional en condiciones laborales adecuadas y de bienestar, distribuido equitativamente acorde a las necesidades de salud de la población en cada territorio.

Estrategias del elemento orientador:

- **Disponibilidad y distribución equitativa del talento humano**

Consiste en el desarrollo de estrategias de planeación tendientes al fomento de la disponibilidad y distribución equitativa del talento humano en salud pública de acuerdo con las necesidades poblacionales y territoriales en salud, que incluyan mecanismos de desconcentración y rotación del personal; desarrollo de incentivos económicos, profesionales, laborales y contractuales; educación continua, mejoramiento de las condiciones de trabajo y carga de trabajo, y el pago oportuno de salarios justos para generar procesos de retención y redistribución del talento humano en salud en

todo el territorio colombiano. Asimismo, se relaciona con el desarrollo de planes y programas de telemedicina y telemedicina para fortalecer la atención primaria en zonas rurales, remotas y desatendidas. El fomento de la perspectiva de enfoque de género en los procesos de contratación del talento humano.

- **El fortalecimiento del mercado laboral para el talento humano en salud pública**

Se relaciona con el fortalecimiento del mercado laboral y de trabajo y la garantía de condiciones laborales y de trabajo dignas en el marco de sistemas de protección y seguridad laboral, que incluya el desarrollo de mecanismos para la formalización laboral y la retribución salarial adecuada acorde con las responsabilidades del trabajo y profesionales.

- **Gestión para el bienestar del talento humano**

Corresponde al desarrollo de estrategias para la disponibilidad de mecanismos para el apoyo psicosocial al talento humano con estrategias de cuidado institucional, cuidado mutuo y autocuidado, así como el fomento el cumplimiento de las políticas de seguridad y salud en el trabajo para el talento humano en salud pública.

Las estrategias formuladas en cada uno de los ejes estratégicos descritos anteriormente orientarán durante la fase de implementación del Plan la operación en los niveles macro, meso y micro de la gestión integral de la salud pública que será descrita en el capítulo seis (6) del presente documento. Dicha operación incluirá las actividades, responsables, tiempos y recursos, así como los mecanismos y métricas que permitan monitorear su avance y establecer su cumplimiento. Las metas e indicadores definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social serán analizados de manera permanente a través del sistema de seguimiento y evaluación del Plan, a partir del cual se generarán orientaciones y retroalimentación al nivel territorial, con el ánimo de fortalecer los procesos de toma de decisión en salud pública. De manera complementaria, el Ministerio de Salud y Protección Social desarrollará evaluaciones trianuales que permitirán enriquecer los procesos de ejecución y reorientar de manera oportuna las estrategias para el logro de los fines establecidos. Este proceso será presentado más adelante en el capítulo once (11) del sistema de seguimiento y evaluación del PDSP 2022-2031.

Capítulo 6. Gestión Territorial Integral de la Salud Pública del PDSP 2022-2031.

1. De los ejes estratégicos a la gestión integral para la salud pública

Definidos los ejes estratégicos con sus elementos orientadores y las estrategias que los componen, es deber de las entidades territoriales adoptar y adaptar esta política en sus planes territoriales de salud y deber de los demás actores con responsabilidades⁷⁰ en su gestión, de adoptarla y adaptarla de forma integral en sus instrumentos de planeación. Este proceso, debe ser operativizado haciendo uso de elementos, herramientas y metodologías claves para su ejecución como el ASIS, la caracterización de población asegurada, PASE a la Equidad⁷¹, presupuestos participativos, gestión orientada a resultados, entre otras requeridas para facilitar la planeación integral en salud y la armonización de políticas públicas, y demás directrices y lineamientos ministeriales. Así mismo, la implementación requiere la apropiación de una cultura de mejora continua que permita avanzar hacia la integralidad de la gestión de la salud pública a nivel nacional y territorial⁷².

Así, el Plan Territorial de Salud será el instrumento de planeación clave para la operativización del PDSP como política nacional de salud pública en los territorios, al definir la hoja de ruta para el desarrollo y fortalecimiento de la gestión de la política con el objeto de solventar las necesidades de salud de las poblaciones y dar cumplimiento a las obligaciones constitucionales y legales en materia de salud.

Los ejes estratégicos del PDSP 2022-2031 serán incorporados y fortalecidos en el territorio de manera integral, requiriendo para ello que las entidades territoriales asuman una organización basada en unidades funcionales, de manera autónoma y respetando su misionalidad y competencias, con el objeto de fortalecer el desarrollo de los procesos conducentes a la implementación del PDSP. Las unidades funcionales sugeridas son: i) la planeación integral en salud, ii) el modelo de atención, iii) el talento humano en salud pública, iv) sistemas de información para la toma de decisiones, v) financiamiento y vi) gestión intersectorial de la salud pública.

2. De las definiciones y alcance de la gestión integral para la salud pública

La gestión es un proceso relacional producto de la interacción entre personas que tiene como finalidad mejorar los procesos organizativos requeridos para el cumplimiento de los objetivos propuestos. Por tanto, el centro de la gestión debe estar en los sujetos, en el talento humano que hace posible la gestión integral de la salud pública para el logro de resultados. Si bien los procesos de gestión requieren de su administración para garantizar la producción objetiva y la calidad de los bienes y servicios, estos no aseguran el involucramiento eficaz de los sujetos en el cumplimiento de los fines misionales y tampoco su realización singular a través del trabajo. De ahí la importancia de problematizar la racionalidad, las estructuras y el tipo de relacionamiento predominante en las formas clásicas de gestionar la salud para posibilitar la implementación de métodos complementarios y eficaces que potencien la democratización y la gobernanza requerida para el logro de los fines de la salud pública durante el próximo decenio.

Métodos de gestión pública que incidan de manera particular en la forma de relacionamiento jerárquica e instrumental que prevalece en las prácticas al interior del campo de la salud, específicamente en las relaciones instituidas entre los directivos del nivel nacional y el nivel territorial, entre los directivos de las instituciones de salud y los trabajadores de la salud, entre especialistas y los profesionales en medicina, entre estos últimos y otros profesionales de las áreas de la salud y del campo de la salud pública, entre los profesionales y los técnicos/auxiliares, y entre todos los anteriores y las personas que utilizan los servicios y demás miembros de la comunidad.

Una gestión para la salud pública que en tanto orientada al objetivo común de avanzar en la garantía del derecho a la salud, la equidad, el bienestar y calidad de vida de individuos y colectivos, requiere integrar en el marco de las relaciones de poder existentes, otro tipo de racionalidades y relacionamientos menos burocratizados y cada vez más reflexivos, dialógicos y colaborativos que

aproximen las personas responsables de conducir estratégicamente la gestión a las personas encargadas de operar las actividades, y estas a su vez, a las personas, familias y comunidades, sin desconocer roles y responsabilidades de los actores, pero interviniendo más el tipo de relaciones entre los sujetos que a los sujetos en sí mismos. De esta manera la gestión logra cumplir con sus tres objetivos básicos: producir objetivamente bienes y servicios para otros/as, reproducir la propia institución, y asegurar la realización profesional y personal del talento humano en salud pública y la satisfacción de las personas que utilizan los distintos servicios (Campos, 2005; 2009; 2021; Massuda y Campos, 2010).

El país ha realizado avances relacionados con la gestión de las entidades y organismos públicos a través de la integración de un modelo de planeación y gestión orientado hacia un mejor desempeño institucional, el logro de resultados para resolver necesidades y el goce efectivo de derechos. El PDSP, con el propósito de fortalecer el liderazgo y rectoría en salud pública de las entidades territoriales en cabeza de alcaldes y gobernadores busca desarrollar estrategias de articulación y coordinación que propicien sinergias y eviten la duplicidad de funciones, respondiendo a necesidades de simplificación normativa y generación de arreglos institucionales entre actores del sector y con otros sectores administrativos que por sus competencias y responsabilidades son indispensables para mejorar las condiciones de vida y salud de la población con el concurso de la participación ciudadana.

Adicionalmente, en el marco de los pilares constitutivos y ejes estratégicos del PDSP 2022-2031, la gestión para la salud pública implica una mirada integral que, trasciende lo institucional gubernamental con aperturas hacia formas colectivas de gestionar la vida y la salud desde escenarios comunitarios y sociales que resignifican sus alcances y que, apuesta por una integración multinivel potenciando el protagonismo de los actores institucionales y sociales del nivel local en los procesos de gestión para la salud pública. Gestión para la salud pública entendida como un proceso relacional para la coproducción de salud, y por tanto de cogestión con centro en los sujetos, quienes habilitan el logro de los resultados establecidos, y que busca, en medio de los distintos roles y grados de saber y poder de los actores involucrados, democratizar las relaciones para coordinar, planificar y evaluar la gestión integrando la experiencia, el deseo y el interés de los sujetos en ejercicios de cogestión que facilitan la coproducción de vida y salud.

Así, el talento humano en salud pública se constituye en gestor de la salud pública, es decir, en intérprete y mediador de las distintas formas del cuidado de la vida y la salud, rescatando la potencia creadora de los sujetos individuales y colectivos para coproducir salud en los territorios y al interior de los diferentes entornos donde transcurre la vida (Granda, 2009; Campos 2009). Talento humano capaz de analizar e integrar el conocimiento que aportan las distintas disciplinas y saberes en una comprensión multidimensional y compleja del contexto sociosanitario, y al mismo tiempo, de proponer prácticas salutogénicas que superen el abordaje centrado en la enfermedad y se articulen a las necesidades e intereses de los distintos actores que configuran el territorio para avanzar hacia la generación de oportunidades y el desarrollo de capacidades para potenciar la vida y la salud.

Por tanto, el proceso de cogestión de la salud pública demanda por parte del talento humano, el desarrollo de capacidades para: actuar de manera orientada 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 diversos intereses y sentires para franquear resistencias e inseguridades que no se resuelven con la argumentación teórica; señalar el camino y al mismo tiempo permitir que el equipo se constituya en un soporte; reconocer la autoridad legítima sin que implique sometimiento autoritario; hacer prevalecer los intereses generales y públicos sin desistir de la singularidad de los deseos e intereses; desarrollar autonomía para proponer y disentir fundada en la construcción de criterios que permitan juzgar la realidad sociosanitaria; e implementar dispositivos metodológicos que permitan el análisis y la reflexión colectiva de necesidades, así como la construcción colaborativa y participativa de las acciones en salud pública (Campos, 2005).

Esta forma particular de cogestión exige una mayor capacidad dialógica para propiciar el encuentro, aproximar el entendimiento y avanzar en la negociación de intereses diversos, en ocasiones sinérgicos y la mayoría de veces contradictorios, como posibilidad de construir acuerdos que resulten en mayores beneficios para la sociedad en su conjunto y que, a su vez, logren equitativamente incluir arreglos institucionales que beneficien los intereses de la población menos favorecida. Racionalidad dialógica abierta al diseño y a las contradicciones intrínsecas de la construcción social que posibilite los mecanismos necesarios para la expresión de conflictos, la comprensión de los otros/as y de su entorno, y el desarrollo de capacidades de mediación y concertación que permitan el logro de

⁷⁰ Los actores y sus responsabilidades serán descritos en el Capítulo 7 del presente Plan.

⁷¹ El instrumento PASE a la Equidad deberá hacer las adaptaciones pertinentes al nuevo PDSP 2022-2031 aportando a la consolidación conceptual de la gestión integral de la salud pública y desarrollando los pasos requeridos para implementarlo en los PTS.

⁷² La clasificación en nivel nacional y territorial obedece, sin perjuicio del reconocimiento de la organización administrativa establecida por ley, a la necesidad de comprender la Nación como un territorio, en coherencia con las formulaciones conceptuales del presente Plan.

objetivos comunes frente al accionar de la salud pública y eviten lógicas necrófilas de odio y destrucción.

Por su parte, en el marco de la autonomía territorial de los pueblos y comunidades indígenas, en coordinación y articulación con el MSPS y demás sectores; el proceso de gestión integral para la salud pública en los territorios se orientará con base a los procesos y experiencias generados en el PDSP anterior y los resultados de la ruta de armonización en perspectiva del PDSP 2022-2031 en alineación, gradualidad y progresividad con los instrumentos de política pública como los planes de vida y el que haga sus veces, los modelos de cuidado de la salud integral establecidos en el SISPI, y demás instrumentos que permiten la materialización de las acciones propias, interculturales y complementarias de la gestión de la salud pública e integral en los territorios.

Por tanto, la gestión para la salud pública⁷³ del PDSP 2022-2031, en tanto proceso relacional de carácter participativo, colaborativo y democrático apuesta por formas cada vez más dialógicas de relacionamiento posibilitando el desarrollo de capacidades en el THSP para interpretar, proponer, discurrir, acordar y actuar para el logro de los fines en salud pública. Lo anterior implica un compromiso con el bienestar, la calidad de vida y el desarrollo humano y sostenible en vínculo con la equidad y la protección social y en equilibrio con el cuidado de la vida y la salud, y supone la participación efectiva 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 hacer vida saludable.

3. Ciclo de Política Pública en las Entidades Territoriales y el PDSP 2022-2031

Actualmente las entidades territoriales se encuentran implementando el Plan Territorial de Salud como parte integral del Plan de Desarrollo Territorial para el cuatrienio 2020 -2023; por lo tanto, en el marco normativo actual, las entidades territoriales continuarán la ejecución del PTS que terminará en el año 2023 y realizarán su respectiva evaluación.

Para la entrada en vigencia del PDSP 2022-2031, las entidades territoriales y demás actores involucrados con su gestión deberán durante el segundo semestre del año 2022 y en el 2023 desarrollar las etapas de agendamiento del ciclo de política acorde con los elementos estratégicos y operativos propuestos en el nuevo PDSP, mientras cierran el ciclo de política del PDSP anterior. Durante este proceso, las entidades territoriales deberán continuar con la ejecución de sus PTS y el fortalecimiento de las capacidades territoriales, institucionales y sociales relacionadas con su gestión. Así mismo, deberán reconocer los recursos necesarios y las herramientas técnicas y operativas requeridas para la adopción y adaptación de los elementos estratégicos del Plan en los territorios.

La apuesta del PDSP 2022-2031, exige de las entidades territoriales y las entidades promotoras de salud un liderazgo basado en la alineación de intereses y en la construcción conjunta para el logro de las estrategias y fines establecidos en la política. Por esta razón, el Ministerio de Salud y Protección Social, en el segundo semestre del año 2022 y durante el año 2023, desarrollará los lineamientos técnicos para la armonización y renovación de las metodologías, herramientas e instrumentos de planeación, seguimiento y evaluación del PDSP, y acompañará a las entidades territoriales en el proceso de empalme que permita un adecuado desempeño de la política a través del siguiente plan de implementación:

Aprestamiento o preparación: esta etapa se llevará a cabo entre el II semestre de 2022 y el año 2023 e implica para la gestión a nivel nacional: i) el desarrollo de capacidades y asistencia técnica a los actores del SGSSS para la apropiación y puesta en marcha del plan de acuerdo a las competencias de cada actor; ii) la abogacía para la consolidación de la acción de la Comisión Intersectorial de Salud Pública y para la emisión de lineamientos técnicos que orienten la acción intersectorial a nivel territorial; iii) la adecuación de metodologías y herramientas de planeación, seguimiento y evaluación del PDSP; iv) el desarrollo de lineamientos técnicos para la planeación integral en salud. Por su parte, la gestión a nivel territorial incluye: i) la realización de un diagnóstico de capacidades territoriales, institucionales y sociales por parte de las entidades territoriales, entidades promotoras de salud para establecer necesidades frente a la implementación de los PTS

⁷³ En coherencia con el abordaje conceptual del presente Plan, el enfoque de derechos, los avances en la jurisprudencia y los desarrollos teórico-prácticos en el campo de la salud pública, se comprende que la gestión para la salud pública no se limita exclusivamente a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, tampoco a las acciones colectivas en salud, ni a una función dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS.

en el marco del PDSP; ii) la definición de equipos al interior de las entidades, que lideren y promuevan la articulación interna y externa, y la incorporación de los elementos estratégicos y operativos del plan; iii) la definición de estrategias de dirección, coordinación y articulación institucional para la implementación del Plan; iv) la identificación de los recursos y procesos disponibles y requeridos para su implementación; v) el establecimiento del sistema de seguimiento del Plan.

Inicio de la implementación operativa: comprende el primer semestre del año 2024 y corresponde a la formulación de los Planes Territoriales de Salud de manera articulada con los Planes de Desarrollo. Incluye la puesta en marcha de los procesos de seguimiento a la implementación del Plan.

Desarrollo de la implementación: comprende el periodo 2024 – 2031 y corresponde a la ejecución de las acciones y las estrategias en el marco de los ejes estratégicos del PDSP para el logro de los resultados previstos. Incluye la consolidación de los procesos de seguimiento y rendición de cuentas.

Evaluación del proceso de implementación: prevé la evaluación del proceso de implementación, del resultado de las acciones y el logro de los fines propuestos en el PDSP, en los años 2026, 2029 y 2032.

Ajustes del proceso de implementación: la dirección territorial deberá desarrollar planes de mejoramiento con base en la evaluación de proceso y resultado de la implementación del PDSP. El Ministerio apoyará la incorporación de las acciones de mejora en el proceso de implementación y podrá hacer ajustes a los elementos operativos del plan para optimizar el desempeño de la política.

4. Cadena de Valor del Plan Decenal de Salud Pública

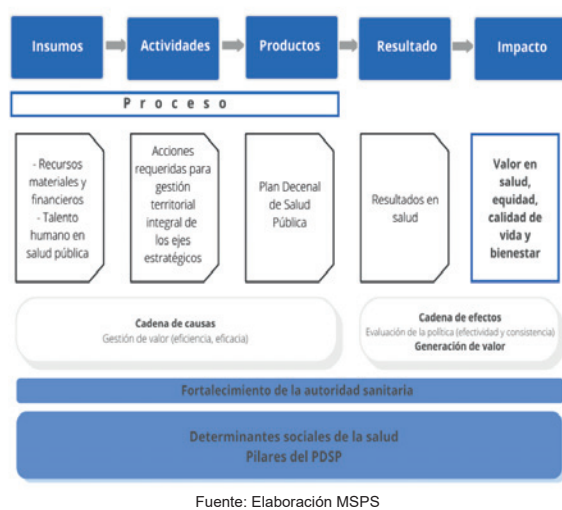
La cadena de valor del PDSP 2022-2031 es una herramienta que permite integrar el marco estratégico de la política y el presupuesto en una perspectiva de desempeño y de logro de resultados que busca fortalecer la toma de decisiones en el proceso de implementación de la política. La cadena de valor permite reconocer las relaciones entre los fines, pilares, ejes estratégicos y recursos con la generación de valor a través de las potenciales transformaciones sociales, de bienestar y salud que busca el PDSP, recordando que la gestión de los eslabones de la cadena se desarrolla a partir del relacionamiento de los sujetos que la hacen posible, en este caso, el talento humano en salud pública.

La gestión orientada al logro de resultados entiende la relación entre los diferentes elementos de la cadena de manera lineal y secuencial, partiendo desde los impactos deseados en salud, bienestar y equidad hasta los insumos utilizados para lograrlos. Los insumos comprenden los recursos y el talento humano en salud pública requerido para garantizar que las acciones puedan ser implementadas de manera eficaz, generando bienes y servicios en salud pública con atributos de calidad, oportunidad y eficiencia. El proceso para transformar los insumos en productos requiere de una operación donde se definen claramente los momentos, roles y funciones de cada uno de los actores que deben garantizar los insumos y el desarrollo de las acciones. El PDSP 2022-2031 define las funciones y responsabilidades de cada uno de los actores en el capítulo 7. Los productos corresponden a los bienes y servicios que se entregan a las personas, familias y comunidades para satisfacer necesidades y alcanzar los resultados en salud, en este caso el Plan Decenal de Salud Pública. Los resultados en tanto efectos derivados del PDSP gestionado contribuyen a la solución de las necesidades en salud generando valor desde la integralidad de la salud pública. Por último, el impacto refleja los resultados en función de los logros en equidad y salud que albergan los fines del PDSP. Ver Figura 1.

La visión de cadena de valor en el marco del PDSP requiere una perspectiva dinámica y adaptativa al contexto, dada la complejidad conatural de la salud pública, que implica el reconocimiento de las necesidades en salud y la situación de los determinantes sociales asociados a cada uno de los eslabones de la cadena para garantizar la efectividad de los resultados e impactos esperados según los fines propuestos. El fortalecimiento de las instancias de toma de decisiones territoriales y del relacionamiento entre actores es un aspecto crítico para garantizar el desempeño de los diferentes actores y la gestión de las acciones y estrategias orientadas a la generación de resultados. Las relaciones armónicas y coordinadas entre los actores y sectores, gubernamentales y no gubernamentales, involucrados con la política, agregan valor a lo largo de la cadena y permiten generar el impacto esperado en los resultados de salud, bienestar, calidad de vida y equidad social. Este tipo de relacionamiento debe contemplar procesos e instancias para la concertación de

intereses particulares en el marco del propósito de la política y reconocer las acciones transformadoras que requieren del actuar conjunto en un momento dado.

Figura 1. Cadena de valor del PDSP 2022-2031.



5. Mejoramiento Continuo de la Gestión para la Salud Pública

El Plan Decenal de Salud Pública adoptó desde la vigencia previa el ciclo de Deming, también denominado ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar) como modelo de referencia para optimizar los resultados obtenidos de la operación, medidos y evaluados a través del sistema de seguimiento y evaluación de la política. Este marco de referencia permite el desarrollo de los procesos en forma de espiral, buscando un efecto en cascada de las oportunidades de mejora y un reconocimiento de las acciones de éxito en todos los actores que estén en eslabones de la cadena de valor diferentes. Este proceso de seguimiento debe ser continuo, acorde a las métricas establecidas en cada una de las metas propuestas en la política, con adaptaciones según las necesidades de las entidades. En consecuencia, el ente territorial, las entidades promotoras de salud y los prestadores son responsables de incorporar los elementos clave del mejoramiento continuo, así como crear y fortalecer las instancias institucionales para reconocer las oportunidades de mejora, tomar decisiones e incluir los ajustes necesarios para mejorar el desempeño y los resultados esperados. Ver figura 2.

Figura 2. Mejoramiento continuo de la gestión del PDSP 2022-2031.



Este proceso de mejora continua acoge PASE a la Equidad⁷⁴ como herramienta fundamental de trabajo para las entidades territoriales que posibilita el reconocimiento de los momentos del ciclo, la evolución de las estrategias incorporadas en los planes territoriales de salud y la incorporación de mejoras en la gestión de los ejes estratégicos. Así mismo, cada entidad promotora de salud deberá incorporar elementos de gestión para optimizar los procesos de salud pública descritos en este plan.

6. Gestión Integral para la Salud Pública Territorial

En el marco operativo el PDSP 2022-2031 se comprende la Gestión Integral para la Salud Pública Territorial-GISPT 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 sectoriales e intersectoriales centradas en los sujetos y orientadas desde el marco conceptual y estratégico del PDSP al logro de sus fines. La GISPT se organiza e integra a través de tres niveles de gestión de la salud pública: la macrogestión, la mesogestión y la microgestión. De esta manera busca trascender el abordaje centrado en los eventos, riesgos y 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.

La GISPT busca la articulación horizontal entre los diferentes sectores administrativos de la rama ejecutiva del poder público, las demás 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 actores organizados socialmente con incidencia en el desarrollo territorial. De otro lado, procura la integración vertical entre los distintos niveles del ordenamiento político-institucional supranacional, nacional y subnacional viabilizando los arreglos y mecanismos institucionales necesarios para alcanzar la equidad y el desarrollo humano y sostenible desde un enfoque territorial.

⁷⁴ La cual será armonizada con los nuevos elementos estratégicos de esta política.

Los tres niveles de gestión territorial recogen e integran las distintas intervenciones en salud desarrolladas en el SGSSS. Las intervenciones individuales en los diferentes momentos del curso de vida personal y familiar; las intervenciones colectivas para grupos poblacionales que comparten similares condiciones de vida y salud materializadas en entornos educativos, laborales, comunitarios, institucionales y del hogar, así como en los ámbitos urbanos, rurales y rurales dispersos; y las intervenciones poblacionales tendientes al bienestar y al desarrollo humano y sostenible para quienes habitan el territorio colombiano.

La GISPT integra 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 Integral en Salud para el ordenamiento eficaz del sistema de salud y de la salud pública en su conjunto; iv) la conveniencia de la gestión integral de los riesgos en salud pública 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 en el cuidado de la salud y la vida como posibilidad de optimizar y enriquecer las decisiones que orientan la acción en salud pública; y vi) la importancia del desarrollo del talento humano en salud pública como uno de los gestores fundamentales del plan.

En suma, la GISPT se constituye en un proceso democratizador de la gestión para la salud pública en los distintos territorios que integra los sujetos singulares 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 una sociedad menos desigual, más humana y con mayores oportunidades de bienestar, calidad de vida y desarrollo para sus habitantes.

6.1. Elementos y niveles de gestión para la salud pública

En la vía de avanzar en la operacionalización de la GISPT se recogen en primer lugar los elementos conceptuales identificados como centrales para la comprensión y articulación de la gestión, como son: el desarrollo, el territorio y el cuidado. En segundo lugar, se describen cada uno de los niveles de gestión: la macrogestión, la mesogestión y la microgestión para la salud pública.

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 en el campo de la salud pública de lo simple a lo complejo, del desconocimiento al conocimiento, de lo insuficiente a lo mejor y de lo injusto a lo justo (Campos, 2009).

El desarrollo en el PDSP 2022-2031 es 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.

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

La gobernabilidad en la gestión para la salud pública en el ámbito del desarrollo implica recuperar la autoridad, capacidad y responsabilidad institucional frente a la gestión de lo público al asegurar el equilibrio social, económico y ambiental del desarrollo y al reestablecer 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

protección por quienes ejercen el cuidado para avanzar en la resolución de sus necesidades específicas como un avance significativo hacia la justicia social.

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 al reconocimiento de las ciudades, entornos y ruralidades del país como soportes vitales para el desarrollo territorial y apela a la necesidad de promoverlos como escenarios cuidadores, es decir, como aquellos lugares donde transcurre la vida cotidiana en los cuales es posible tejer relaciones sociales más responsables, armónicas y sustentables entre los sujetos y con el territorio. Escenarios colaborativos y dialógicos donde individuos y colectivos son acogidos con respeto y amor, y se propician relaciones y condiciones de vida necesarias para alcanzar una vida digna y saludable.

Recrear ciudades y ruralidades, así como entornos cuidadores, sean estos familiares, educativos, laborales, comunitarios e institucionales implica una gestión del cuidado centrada en las personas que permita caracterizar quiénes son los sujetos 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 escenarios cuidadores de la vida y la salud 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 de sí, de otros/as y de los entornos de manera que propicien condiciones para el cuidado de la vida y salud afectando positivamente los determinantes sociales de la salud.

Niveles de Gestión para la Salud Pública

Los niveles de gestión involucrados en la organización macro, meso y micro para la salud pública territorial del PDSP 2022-2031 demandan procesos de coordinación y articulación multinivel y de cogestión democrática. Cada nivel define una serie de acciones clave que se articulan a la propuesta estrategia del plan y precisan para su desarrollo de una serie de recursos (con énfasis que varían según contextos territoriales).

Primer nivel: la macrogestión para la salud pública. Este nivel reconoce el desarrollo en su carácter macrosocial, multidimensional e intersectorial por tanto requiere para su realización de la rectoría del gobierno nacional, departamental, distrital y municipal, así como del concurso de las distintas instituciones gubernamentales, actores y sectores involucrados ya sea normativa o socialmente con la gestión del desarrollo (planeación, implementación, seguimiento, evaluación, inspección, vigilancia y control).

La macrogestión de la salud pública está fundamentada en la acción intersectorial para el desarrollo social sostenible. Requiere a nivel nacional la definición de líneas de acción acordes a las aspiraciones de bienestar, desarrollo y calidad de vida del país, a saber: i) formulación de un marco para la planificación intersectorial; ii) desarrollo de políticas públicas para el abordaje integral de la salud humana, animal y ambiental; iii) estabilidad de los ingresos y situación económica digna; iv) mejora de las condiciones de empleo y trabajo; v) gestión del cambio climático para reducir los efectos sobre la salud de la población; vi) acceso a educación de calidad; vii) acceso a redes de servicios sociales y de salud para el cuidado integral de la vida y la salud; viii) gestión de ciudades, entornos y ruralidades saludables y sostenibles; ix) garantía progresiva del derecho humano a la alimentación; x) garantía del saneamiento, higiene y acceso adecuado a agua limpia; xi) construcción de una sociedad más justa y en paz.

La macrogestión de la salud pública a nivel nacional está bajo la dirección y responsabilidad del gobierno central en coordinación con el MSPS y demás ministerios, entidades y departamentos administrativos involucrados en el abordaje intersectorial de los determinantes sociales de la salud. Destaca el rol de la Comisión Intersectorial de Salud Pública-CISP como instancia nacional para la

sectores que trasciendan -sin eliminar- la sumatoria de ofertas sectoriales, institucionales, sociales, comunitarias, profesionales o disciplinares existentes y que, orquestadas desde el gobierno territorial, articulen 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 actores del nivel supranacional, nacional y subnacional que concurren en el accionar intersectorial, e incluyen, pero no se limitan a: los departamentos administrativos; las entidades territoriales adscritas a los distintos ministerios, 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 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).

El territorio es entendido en el PDSP 2022-2031 como un espacio político administrativo necesario para el desarrollo del gobierno de la salud pública, pero también como un lugar donde acontece y se construye social y subjetivamente la vida y la salud, por tanto requiere articular dimensiones naturales, sociales y subjetivas para su comprensión. En consecuencia, la gestión integral para la salud pública territorial brinda la posibilidad de abordar situacional y diferencialmente las necesidades en salud de los distintos grupos poblacionales del país. Abordaje territorial anclado a formas de subjetivar el territorio y a particularidades contextuales históricas, ambientales, políticas, económicas, sociales y culturales que lo caracterizan, en el marco de relaciones de poder jerarquizadas y dinámicas de vulneración social y ambiental que demandan su superación.

Así, el ordenamiento territorial político institucional bajo el direccionamiento de la autoridad territorial es la base estructural del gobierno de la salud pública, que adicionalmente requiere del concurso de los distintos actores y sectores a nivel territorial para consolidar la gobernanza en salud pública de cara al logro del 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 para la toma de decisiones y la acción colaborativa, participativa y comprometida para la gestión integral de la salud pública territorial.

Por tanto, los territorios requieren de procesos de gestión democrática y participativa que permitan: el desarrollo de capacidades territoriales, institucionales y sociales para la cogestión de la salud pública; el fortalecimiento de estructuras y escenarios organizativos plurales para la participación social; el ejercicio de rendición de cuentas y veeduría ciudadana adaptado y apropiado según los diferenciales poblacionales y territoriales; la generación, traducción y apropiación social de conocimientos y saberes que optimicen las decisiones en salud pública en respuesta a las necesidades en salud y 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 otros/as y del entorno. El cuidado no es un asunto privado ni mucho menos individual, constituye en sí mismo una responsabilidad pública y colectiva, una ética (Gilligan, 2013).

El cuidado es acogido por el PDSP 2022-2031 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.

Acoger el cuidado implica la realización de esfuerzos sostenidos individuales y colectivos para reparar, conservar y perpetuar la salud y la vida. De ahí que los cuidados se constituyen en un soporte vital y por tanto constitutivo de la garantía de derechos y la protección social. Lo anterior implica la necesidad de reconocer, redistribuir y reducir el trabajo de cuidado no remunerado, entendiéndolo como una función social necesaria para la vida diaria de las personas y el funcionamiento de la sociedad. En consecuencia, el PDSP 2022-2031 orienta una especial

coordinación de la acción intersectorial, la formulación de políticas intersectoriales y la formulación e implementación de procesos de seguimiento y evaluación para la gestión de los determinantes sociales de la salud en el marco del Plan Decenal de Salud Pública.

La macrogestión de la salud pública se articula con la mesogestión a nivel territorial por medio de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud-CTSSS y los Consejos Territoriales de Planeación-CTP así como los Consejos Indígenas Territoriales y demás instancias territoriales de planeación participativa del nivel nacional y territorial.⁷⁵ Los CTSSS y los CTP estarán en coordinación y articulación con la CISP quien orientará los lineamientos técnicos para la planeación, seguimiento y evaluación de la gestión del desarrollo intersectorial sin detrimento de la autonomía territorial frente a la planeación participativa y la respuesta a las necesidades contextualizadas en los distintos territorios. Asimismo, a nivel territorial los Consejos de Política Social en articulación con la CISP y el MSPS contribuirán a la gestión del desarrollo intersectorial.

La macrogestión de la salud pública contempla como acciones clave:

- La formulación, implementación y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos para el desarrollo social sustentable bajo los principios de cooperación, coordinación e integración en favor de la equidad, el derecho a la salud, el bienestar y la calidad de vida de quienes habitan el territorio colombiano.
- La coordinación y articulación de la acción sectorial, intersectorial y social para el abordaje efectivo de los determinantes sociales de la salud.
- El desarrollo de una agenda interministerial en el transcurso del próximo decenio para la gestión efectiva de los determinantes sociales de la salud.
- El desarrollo de instrumentos de política pública para la armonización normativa, la cogestión democrática y la participación intersectorial.
- El fortalecimiento de la Comisión Intersectorial de Salud Pública para mejorar su capacidad estratégica y operativa en la gestión integral para la salud pública territorial.
- El desarrollo de políticas públicas para la protección y promoción de los ecosistemas saludables.
- La consecución de recursos públicos y privados, nacionales y de cooperación internacional en la gestión integral para la salud pública territorial.
- La formulación e implementación de políticas para la evaluación, mejoramiento de la calidad e incentivos para el desarrollo de tecnologías en salud y la reducción de aranceles a la importación de tecnologías en salud no existentes en el país.
- El desarrollo de acciones para el fortalecimiento del nivel territorial en la implementación de planes, programas y proyectos de salud pública a partir de recursos del Sistema General de Participaciones
- El desarrollo y fortalecimiento de observatorios y centros de pensamiento en salud pública.
- El desarrollo de sistemas de información integrados e interoperables para optimizar la toma de decisiones y el logro de resultados en salud pública.
- El fortalecimiento de la gestión integral del conocimiento en el marco de la Vigilancia en Salud Pública, por medio de: i) el fortalecimiento e interoperabilidad de sistemas de información: integración del SIVIGILA y del Sistema Unificado de Información de Salud Ambiental-SUISA; el establecimiento de plataforma única de inscripción de establecimientos de interés sanitario; ii) la generación de conocimiento: fortalecimiento del análisis de datos resultantes de la vigilancia en salud pública que permita el desarrollo de modelos predictivos y una vigilancia en salud pública prospectiva; iii) la apropiación social del conocimiento: fortalecimiento de los procesos de divulgación y comunicación de la información de la Vigilancia en Salud Pública. Asimismo, el fortalecimiento de la Vigilancia en Salud Pública institucional y comunitaria.
- El desarrollo de políticas progresivas de distribución de renta con incremento de la oferta pública y cobertura de servicios sociales, sociosanitarios y de salud, así como el mejoramiento de los procesos de selección de la población objetivo de estas políticas a partir de mejores sistemas de información.
- La garantía de los recursos para la implementación de la política de participación social y el fortalecimiento de la participación social en salud, institucionalizada y no institucionalizada,

⁷⁵ Los CTP son instancias territoriales de planeación, creados por disposición constitucional para garantizar la participación ciudadana en la construcción y seguimiento de políticas públicas a nivel territorial, en virtud del principio de la planeación participativa. Se reconocen como instancias de planeación territorial a nivel nacional el Consejo Nacional de Planeación y el Congreso de la República y como instancias del nivel territorial los CTP, las Asambleas Departamentales, los Concejos Municipales, Distritales y las Entidades Territoriales Indígenas. Tomado de: <https://www.cnp.gov.co/normativa/normativa-ctp>

de manera efectiva e incidente en la toma de decisiones a nivel nacional y en condiciones de respeto por la autonomía y pluralidad organizativa.

- Otras que sean concertadas entre los actores y sectores que participan de este nivel y que contribuyan a la gestión integral para la salud pública territorial.

Segundo nivel: la mesogestión para la salud pública. Este nivel se fundamenta en las concepciones señaladas anteriormente frente al territorio entendido como organización político-administrativa y como el lugar donde acontece y se construye social y subjetivamente la vida y la salud.

La mesogestión de la salud pública contempla, no solo las posibilidades de articulación y reordenamiento a partir de esquemas asociativos que en el marco de la normatividad brinda la Ley Orgánica de Ordenamiento Territorial y los Planes de Ordenamiento Departamental y Territorial en los ámbitos urbano y rural, sino además otras dinámicas propias y posibles de configuración y reconfiguración de los territorios que sin corresponder a la división político administrativa constituyen en sí mismas formas particulares de territorializar la vida y la salud. Así, la mesogestión se organiza en configuraciones territoriales e interterritoriales político-administrativas, propias o emergentes que reconocen la diversidad y responden a las particularidades de los distintos territorios en materia de salud pública.

En ese sentido, la Atención Primaria Integral en Salud en tanto permite el trabajo en red y multinivel para dar respuesta a las necesidades diferenciales y territoriales se constituye en una estrategia eficaz de gestión integral para la salud pública y el sistema de salud a nivel territorial. La mesogestión de la salud pública está bajo la responsabilidad de las entidades territoriales, en cabeza de alcaldes y gobernadores, quienes se encargan de dirigir y coordinar la gestión territorial, administrativa y financiera de la salud pública, en el marco de sus competencias y bajo la garantía de su autonomía. Para lo anterior desarrollan procesos de planeación integral que requieren de la caracterización del territorio en términos de equipamiento, recursos y necesidades, así como del mapeo de actores clave para el desarrollo y que se plasman en los PTS.

Particularmente, la mesogestión de la salud pública reconoce y acoge el modelo de Ciudades, Entornos y Ruralidades Saludables-CERS del MSPS como una experiencia exitosa para la gestión territorial de la salud pública que responde tanto a la agenda internacional⁷⁶ y nacional⁷⁷, como al marco conceptual y estratégico del PDSP 2022-2031. En sus inicios CERS se adoptó como una estrategia a nivel local y nacional, que a partir de los desarrollos territoriales subsecuentes se transformó en un modelo que busca impactar positivamente los determinantes sociales de la salud y mejorar el bienestar y calidad de vida de personas, familias y comunidades en un compromiso con el desarrollo territorial integral que atiende a particularidades demográficas, socioeconómicas, culturales y ambientales. Así, el modelo CERS facilita el encuentro de actores y sectores alrededor de necesidades territoriales y la gestión de recursos, promueve alianzas estratégicas para el logro de objetivos comunes, impulsa la gestión participativa y colaborativa de políticas públicas y fortalece la participación social y transectorial.

Dicha experiencia de más de siete años de desarrollo abarca todas las regiones del país y a la fecha ha sido socializada en 26 departamentos y distritos, nueve de ellos con acuerdos firmados y en 309 municipios con avances en diferentes fases, 76 de ellos con acuerdos firmados por sus mandatarios⁷⁸, siendo acogida como parte integral de sus Planes de Desarrollo Territorial y Planes Territoriales de Salud. En tanto CERS promueve el ejercicio de la gobernanza democrática y participativa; articula la acción intersectorial, acoge el diálogo como un ejercicio fundamental para la co-gestión de la salud pública; y fortalece la metodología para la planeación territorial a través del desarrollo de capacidades para el diagnóstico y priorización de necesidades en salud, la participación social y la construcción de alianzas, el seguimiento a las intervenciones, la evaluación de resultados y la optimización y control de los recursos, se convierte en un pilar que dinamiza de manera efectiva la gestión integral para la salud pública territorial.

La mesogestión de la salud pública contempla como acciones clave:

⁷⁶ Responde a la agenda del Sistema de Naciones Unidas: Objetivos de Desarrollo Sostenible del Plan de Naciones Unidas para el Desarrollo, Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, Ciudades y Municipios Saludables, Salud en Todas las Políticas y Una Salud de OMS.

⁷⁷ A nivel nacional el Modelo CERS fue incluida por primera vez en el PND 2014-2018 y posteriormente en el PND 2018-2022.

⁷⁸ Un acuerdo firmado implica la voluntad del territorio para la implementación del Modelo CERS.

- La caracterización de las necesidades, prioridades, capacidades instaladas y actores clave en la gestión integral para la salud pública en los territorios.
- La caracterización del THSP disponible, suficiente y necesario en los territorios y la gestión de recursos financieros para la distribución y permanencia del talento humano en ámbitos rurales y rurales dispersos.
- La armonización de políticas⁷⁹, planes y sistemas (de salud, protección social y propios) a través de instrumentos de política pública.
- La coordinación y articulación en el territorio de políticas, planes, intervenciones y acciones de manera integrada y corresponsable entre la entidad territorial y los demás actores del sistema para la incidencia en el abordaje de los determinantes sociales de la salud: Planes de Desarrollo Territorial, Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial-PDET, Planes de Ordenamiento Territorial, Planes de Seguridad y Salud en el Trabajo, Planes Territoriales de Salud, Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, Rutas Integrales de Atención en Salud y Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación.
- El establecimiento de prioridades y arreglos institucionales para la acción conjunta y la cooperación técnica y financiera de la gestión integral para la salud pública territorial
- La conformación de redes integrales e integradas para el bienestar
- La garantía de la implementación de las RIAS
- El desarrollo de capacidades en los equipos de salud del nivel territorial en la gestión integral para la salud pública en los ámbitos urbanos, rurales y rurales dispersos.
- La integración de intervenciones poblacionales, colectivas e individuales en el territorio.
- La coordinación e integración de la estrategia promocional entre el modelo CERS, los entornos cuidadores y la promoción de la salud del modelo de atención de las condiciones de salud de la microgestión de la salud pública.
- El establecimiento de sistemas de información integrados e interoperables con disponibilidad de datos abiertos para garantizar procesos de transparencia y veeduría de la gestión pública.
- El desarrollo y actualización de modelos de seguimiento y evaluación con herramientas y tecnologías de analítica de datos que optimicen la toma de decisiones para la acción en salud pública.
- El desarrollo y fortalecimiento de capacidades de los equipos técnicos de salud pública para la respuesta integral ante amenazas colectivas para la salud pública.
- El fortalecimiento de capacidades para adelantar procesos de educación en el campo de la salud pública que permitan una implementación adecuada de la APS en las entidades territoriales y en los grupos de base comunitaria.
- La inclusión en los planes de ordenamiento y desarrollo territorial de los enfoques diferenciales de curso de vida, género, étnico, entre otros diferenciales para personas en situación de discapacidad, habitantes de calle, personas privadas de la libertad, víctimas del conflicto armado y sociopolítico, campesinos y migrantes.
- La inclusión y gestión efectiva de los puntos del Acuerdo Final armonizados en términos de políticas, planes y programas para la garantía del derecho a la salud de personas, familias y comunidades en zonas rurales acogiendo los lineamientos del Plan Nacional de Salud Rural.
- La articulación del PTS con los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial-PDET dispuestos para los territorios más afectados por el conflicto armado para la garantía del derecho a la salud de personas, familias y comunidades en zonas rurales acogiendo los lineamientos del Plan Nacional de Salud Rural.
- La implementación de planes, estrategias, programas y proyectos para la superación de condiciones o situaciones que agregan vulnerabilidad e impiden el desarrollo humano y social de personas, familias y comunidades. Particularmente para personas víctimas del conflicto armado y sociopolítico.
- El desarrollo de arreglos institucionales y agendas estratégicas que permitan fortalecer las relaciones campo-ciudad y la solución de conflictos territoriales socioambientales.
- El desarrollo de acciones para la implementación efectiva de la integralidad e integración de las rutas y redes de atención en salud pública.
- El fortalecimiento de la participación de organizaciones sociales y comunitarias en los procesos de planeación territorial en salud y particularmente en la ejecución del PIC a través

⁷⁹ El presente Plan inaugura el ejercicio de armonización de las regulaciones gubernamentales con el Plan Decenal para el Control del Cáncer y el Plan Nacional para la Gestión de las Enfermedades Huérfanas/Raras. Para dar cumplimiento a los alcances de ambas políticas serán requeridos, de manera posterior a la expedición del PDSP, lineamientos técnicos que permitan formular e implementar las acciones específicas con sus respectivas metas e indicadores para dar cumplimiento a sus objetivos en el marco de la armonización de las regulaciones gubernamentales.

de convenios de participación. Así como el fortalecimiento de las capacidades para la participación social en salud con enfoque diferencial poblacional y territorial.

- La implementación efectiva de la política de participación social en el nivel territorial y la conformación de redes comunitarias para el fortalecimiento de los procesos de participación social en salud con grupos sociales y comunitarios
- El desarrollo de capacidades de gestión integral para la salud pública en las organizaciones sociales y comunitarias con enfoque diferencial.
- La formulación de políticas públicas y acciones diferenciales afirmativas para garantizar los derechos de las mujeres y garantizar la igualdad sustantiva de género en los marcos legales y en la implementación de las políticas.
- El diseño de otros modelos para este nivel que puedan dar respuesta diferencial a las necesidades territoriales e interterritoriales en salud pública
- Otras que sean concertadas entre los actores y sectores que participan de este nivel y que contribuyan a la gestión integral para la salud pública territorial.

Tercer nivel: la microgestión de la salud pública. Diferentes modelos de atención han sido desarrollados para mejorar la calidad del cuidado de las condiciones de salud⁸⁰. Existe evidencia frente a la efectividad de integrar, articular y coordinar a través de la estrategia de APS modelos de atención integral de las condiciones de salud desde diferentes enfoques: el cuidado de las condiciones crónicas, la salud familiar y comunitaria, el enfoque de riesgo y los determinantes sociales de la salud, lo que permite alcanzar mejores resultados en salud, mayor costo-efectividad y mejor satisfacción de las personas que utilizan los servicios (Mendes, 2014). De igual modo, existe evidencia frente a la efectividad de la atención de las condiciones de salud cuando se involucra la gestión participativa y las redes integrales e integradas de atención con ampliación de la clínica y gestión de casos (Massuda y Campos, 2010).

Con base en estos antecedentes el nivel de la microgestión de la salud pública se constituye en un modelo de atención que permite la incorporación de diferentes enfoques para ofrecer una respuesta integral e integrada desde el sistema de salud frente a las condiciones de salud, lo que implica el diseño, implementación y evaluación de un modelo que tiene por objeto la atención integral, integrada y continua de las condiciones de salud agudas y crónicas de manera costo-efectiva y de calidad. Una atención centrada en el cuidado de las personas y sus familias con adaptaciones culturales y diferenciales que requiere de la conformación de equipos interdisciplinarios capacitados y coordinados y la participación informada y proactiva de las personas y sus familias para el cuidado de la salud.

El modelo de atención integral de las condiciones de salud implica la co-gestión 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. Dicho modelo es parte constitutiva del nivel de microgestión para la salud pública y está bajo la responsabilidad directa de aseguradoras y prestadores de los servicios de salud.

La microgestión de la salud pública contempla como acciones clave:

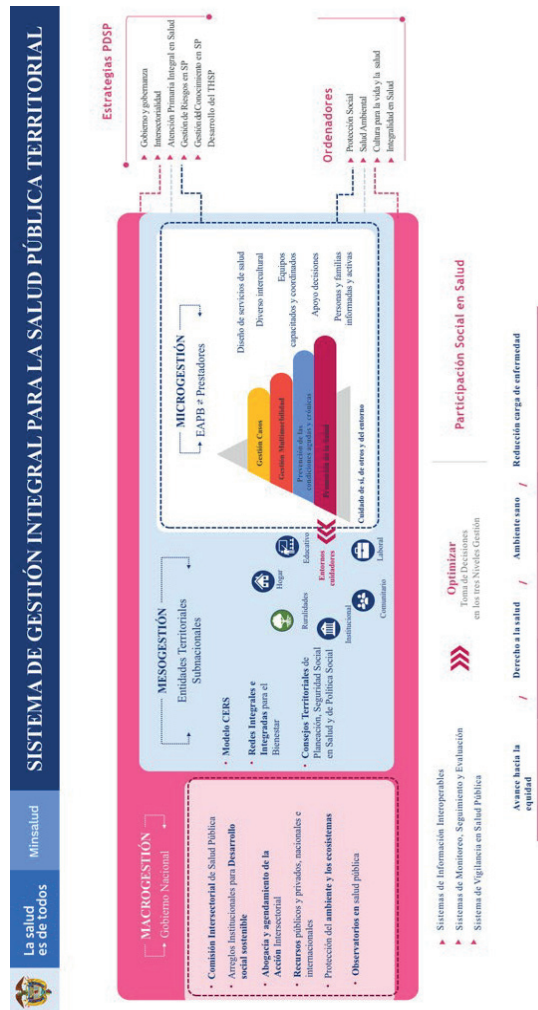
- La caracterización de la población a cargo de las aseguradoras en términos de necesidades y prioridades de atención.
- La articulación y el desarrollo de acuerdos entre entidades territoriales y las entidades promotoras de salud para que la distribución y asignación de recursos se realice con base en el ASIS, la caracterización de la población y los eventos prioritarios en salud.
- La organización de la red de prestadores de servicios de salud primarios y complementarios.
- El desarrollo de un modelo de atención integral de las condiciones de salud que integre los enfoques de riesgo, cuidado integral, clínica ampliada, salud familiar y comunitaria según diferenciales poblacionales y territoriales.
- El desarrollo de equipos interdisciplinarios con familias y personas adscritas a su cargo.
- El desarrollo de capacidades de gestión integral para la salud pública en entidades promotoras de salud y prestadores

⁸⁰ Las condiciones de salud hacen referencia a las 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. Las condiciones de salud no se refieren exclusivamente a eventos de enfermedad, un momento del curso de vida, un embarazo se constituye en una condición de salud.

- El desarrollo de capacidades para la atención integral de las condiciones de salud a través de estrategias de educación y comunicación en el campo de la salud pública.
- La articulación de las EPS en la formulación y ejecución de los PTS.
- El desarrollo de procesos de armonización para la concertación efectiva de los riesgos individuales y colectivos para la salud pública a partir de la armonización del ASIS y del plan de beneficios en salud.
- El diseño e integración de diferentes modalidades de prestación de servicios que involucren más no se limitan a: diseños específicos para la implementación de las RIAS, diseños específicos para la atención de enfermedades transmisibles con alta externalidad en ámbitos rurales y rurales dispersos, la atención domiciliaria, la conformación de grupos de apoyo para el cuidado de carácter socioeducativo y socio-terapéutico y el desarrollo de estrategias de telesalud y telemedicina.
- La prestación de servicios de salud seguros y humanizados con la garantía de la seguridad de la atención a través de prácticas de prevención cuaternaria y acción sin daño.
- El fortalecimiento y desarrollo efectivo de sistemas de información interoperables y sistemas de 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 resultantes de la operación del aseguramiento y la prestación de servicios que puedan afectar el funcionamiento y/o el cumplimiento de objetivos.
- El desarrollo y fortalecimiento de redes sociales y de apoyo comunitario en salud que establezcan mecanismos para fomentar la participación de las personas y sus familias en los procesos de cuidado integral de las condiciones de salud. Asimismo implica la participación de organizaciones sociales y comunitarias en los procesos de cuidado integral de las condiciones específicas de salud.
- El desarrollo de estrategias de educación y comunicación para la salud que permitan la demanda inducida, el acceso efectivo a servicios sociales, sociosanitarios y de salud, el fortalecimiento de la participación de la población afiliada en las RIAS.
- El desarrollo y fortalecimiento de las capacidades de los prestadores de servicios de salud en la implementación de tecnologías en salud.
- Otras que sean concertadas entre los actores que participan de este nivel y que contribuyan a la gestión integral para la salud pública territorial.

En suma, los tres niveles de gestión constituyen el Sistema de Gestión Integral para la Salud Pública Territorial. 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, lograr el derecho a la salud y un ambiente saludable y garantizar las condiciones de vida y salud, así como de atención integral necesarias para el cumplimiento de las finalidades del PDSP 2022-2031. Ver Figura 3.

Figura. 3 Sistema de Gestión Integral para la Salud Pública Territorial



Fuente: Elaboración MSPS

Capítulo 7. Responsabilidades de los Actores del Sector Salud en el PDSP 2022-2031

En el marco de la Gestión Integral de la Salud Pública el presente capítulo busca establecer las responsabilidades de los distintos actores del sector salud frente al cumplimiento del PDSP 2022-2031, sin perjuicio de sus responsabilidades y competencias establecidas en otras normativas. Dichas responsabilidades incluyen las relacionadas con los departamentos, distritos y municipios en sus distintas categorías. Con participación en diferentes niveles de gestión, se incluyen las entidades promotoras de salud y los prestadores de servicios de salud, como actores claves para la operación del SGSSS.

Todos ellos, cumplen funciones en los distintos niveles macro, meso y micro de la gestión de la salud pública territorial con diferentes grados de coordinación y articulación que deben ser tenidos en cuenta tal como se señaló en el capítulo anterior.

De los departamentos y distritos

En concordancia con las competencias establecidas en las normas legales, corresponde a los departamentos y distritos asumir las siguientes responsabilidades frente al PDSP 2022-2031:

1. Adoptar y adaptar los lineamientos técnicos para el desarrollo, operación, seguimiento y evaluación del PDSP 2022-2031 que expida el Ministerio de Salud y Protección Social previa armonización con los demás lineamientos técnicos ministeriales al respecto.
2. Articular y armonizar el Plan Territorial de Salud con el PDSP 2022-2031.
3. Definir intervenciones institucionales a nivel territorial, con el fin de coordinar y alinear las acciones del PDSP 2022-2031.
4. Prestar asesoría y asistencia técnica para desarrollar y fortalecer capacidades para la adopción, adaptación e implementación de las RIAS, a los integrantes del SGSSS y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en su jurisdicción.
5. Vigilar y supervisar la adopción, adaptación, implementación y evaluación de las RIAS, en los términos de la presente resolución, y en caso de que no sean implementadas, informar a la Superintendencia Nacional de Salud, para que adelante las respectivas acciones, en el marco de su competencia.
6. Desarrollar y coordinar las Redes Integrales e Integradas para el Bienestar en articulación con los actores del SGSSS y el Sistema de Protección Social, y demás sectores gubernamentales involucrados con el bienestar de la población.
7. Desarrollar capacidades para la cogestión territorial de la salud pública con los diferentes actores y sectores presentes en los territorios.
8. Formular, adoptar y armonizar el Plan Territorial de Salud en cada cuatrienio, y los planes plurianuales y bienales de inversiones públicas en el marco de lo establecido en la Ley 152 de 1994 y en el PDSP 2022-2031, con participación del Consejo de Planeación Territorial y del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud.
9. Socializar el Plan Territorial de Salud y el Plan Operativo Anual aprobados con los actores sectoriales, transectoriales y comunitarios correspondientes.
10. Asegurar la concurrencia a los municipios 4, 5 y 6, de conformidad con la normatividad vigente para el logro de los objetivos y metas del PDSP 2022-2031.
11. Actualizar y divulgar el análisis de situación de salud del territorio bajo el modelo y enfoques del PDSP 2022-2031.
12. Convocar a los actores del Sistema de Salud de su jurisdicción para la Formulación del Plan Territorial en Salud y la adopción del PDSP 2012-2031.
13. Brindar asesoría y asistencia técnica a los municipios, instituciones sectoriales y de otros sectores, y al talento humano encargado de la elaboración del Análisis de Situación de Salud ASIS, y de la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud.
14. Acompañar técnicamente a las entidades promotoras de salud y a las Administradoras de Riesgos Laborales ARL, para que en el marco de sus competencias elaboren la caracterización de la población afiliada y se incorpore a la planeación territorial las situaciones identificadas.
15. Desarrollar actividades e intervenciones de salud pública, a la población ocupada, con énfasis a la población no afiliada al Sistema General de Riesgos Laborales, de acuerdo con las directrices que define el Ministerio de Salud y Protección Social. (artículo 1 y 2 del Decreto 4107 del 2011)

16. Desarrollar actividades de promoción y prevención dirigidos a proteger la vida, promover el mejoramiento de la salud, prevenir los accidentes y enfermedades y elevar el nivel de calidad de vida, que incida en el bienestar de los trabajadores no afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales (artículo 9 de la Ley 1751 de 2015, determinantes sociales).
17. Implementar un sistema de vigilancia epidemiológica de los trabajadores del sector informal, con dos objetivos principales: el monitoreo permanente de las condiciones de trabajo y salud, y el control efectivo del riesgo.
18. Adoptar las metodologías, herramientas e instrumentos para la planeación, el seguimiento y evaluación de la gestión del talento humano, los recursos técnicos, administrativos y financieros del Plan Territorial de Salud.
19. Promover y articular espacios de participación donde los diferentes actores sectoriales, intersectoriales y comunitarios planeen, implementen y realicen seguimiento y evaluación al Plan Territorial en Salud.
20. Formular y ejecutar el plan de intervenciones colectivas en el marco de los lineamientos que para el efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social, y asistir técnicamente a los municipios y actores territoriales en la planeación, ejecución, monitoreo y evaluación de las mismas.
21. Adoptar y adaptar las metodologías, lineamientos e instrumentos para la gestión administrativa y financiera de los recursos del plan territorial de salud para la incorporación de las metas del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031; armonizarlos con los instrumentos del Plan Nacional de Desarrollo y con los otros instrumentos de la gestión pública departamental y con el Presupuesto Anual de Resultados y Banco de Programas y Proyectos de acuerdo con los lineamientos del Departamento Nacional de Planeación.
22. Promover, orientar y dirigir el desarrollo de herramientas metodológicas, estudios e investigaciones periódicas y sistemáticas, que permitan identificar las necesidades y problemas de salud de la población y realizar el análisis de la respuesta sectorial, transectorial y comunitaria, que provean evidencia para la evaluación y ajuste del Plan Territorial de Salud.
23. Dirigir, incorporar, coordinar, controlar la organización y operación de la estrategia de Atención Primaria en Salud, en los ámbitos departamental, distrital y municipal, en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 según los lineamientos operativos que para el efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social.
24. Fortalecer los equipos de promoción social, para desarrollar en el marco de sus competencias las acciones de gestión diferencial de las poblaciones étnicas y vulnerables definidas en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031.
25. Participar en la operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública bajo los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y las acciones establecidas en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, en el marco de sus competencias.
26. Coordinar el desarrollo, operación y redes del Sistema de Vigilancia en Salud Pública en su territorio, tanto en el ámbito interinstitucional como intersectorial, brindando asistencia técnica y capacitación requerida por los actores institucionales, transectoriales y comunitarios.
27. Integrar el componente del laboratorio de salud pública como soporte de las acciones de vigilancia en salud pública y gestión del sistema en su jurisdicción, de acuerdo con los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.
28. Apoyar y fortalecer el componente de laboratorio de Salud Pública de su jurisdicción, garantizando la infraestructura según los estándares técnicos, el talento humano, los recursos financieros, materiales y técnicos, con el fin de alcanzar los objetivos propuestos en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031.
29. Fortalecer las capacidades básicas de los funcionarios en las entidades para adelantar los procesos de participación social, respetando la autonomía, las diferencias y la cosmovisión e intereses de las comunidades, pueblos, grupos y colectivos.
30. Definir, promover, coordinar y articular espacios de participación de la academia en los procesos de planificación, ejecución, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud.
31. Coordinar y desarrollar procesos de movilización social, con la participación de los ciudadanos, las instituciones sectoriales, transectoriales, los Consejos Territoriales de Salud, el Consejo de Política Social, las organizaciones de base comunitaria, los gremios, el sector de la economía, que pueden desarrollar acciones sobre los Determinantes Sociales de la Salud.
32. Definir espacios y mecanismos que posibiliten la movilización social y fortalezcan la participación social, para garantizar la ejecución transparente y eficaz de los recursos en concordancia con las acciones.

33. Coordinar y apoyar las acciones de los diferentes organismos de inspección, vigilancia y control del ámbito territorial, conforme lo establecido por la nación.
34. Promover, orientar y dirigir el diseño, operación, análisis y comunicación de los estudios de impacto del Plan Territorial de Salud.
35. Generar la información requerida para el seguimiento y evaluación del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 y demás que requiera el sistema de información en salud.
36. Fortalecer la capacidad de la autoridad sanitaria territorial y disponer de talento humano idóneo, suficiente y permanente para la gestión en los procesos de planeación, ejecución, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud.
37. Disponer para la ciudadanía información completa, oportuna y veraz de la forma como avanza la implementación y ejecución del Plan Territorial de Salud, con el fin de facilitar el ejercicio de control social.
38. Desarrollar una cultura del buen gobierno, de manejo de información financiera y contable de los recursos de salud, y de rendición de cuentas anual de los resultados en salud, de acuerdo con la normatividad vigente.
39. Se tendrá en cuenta que además de las autoridades competentes del sistema general de seguridad social en salud, se debe garantizar una relación de autoridad a autoridad en el marco de la coordinación y articulación para la gestión territorial integral en salud, con las autoridades tradicionales de los pueblos y comunidades indígenas en sus territorios conforme a lo establecido en el artículo 4 de la Ley 691 de 2001.

De los municipios categoría 1, 2 y 3

En concordancia con las competencias establecidas en las normas legales, corresponde a los municipios categorías E, 1, 2, y 3 asumir las siguientes responsabilidades frente al Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031:

1. Formular, adoptar y armonizar el Plan Territorial de Salud en cada cuatrienio y los planes plurianuales y bienales de inversiones públicas, en el marco de lo establecido en la Ley 152 de 1994 y en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 con participación de los Consejos de Planeación Territorial y los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud.
2. Definir intervenciones institucionales a nivel territorial, con el fin de coordinar y alinear las acciones de los actores del Sistema de Salud, articulando y armonizando el plan territorial de salud y el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031.
3. Gestionar apoyo técnico y concurrencia del departamento para el desarrollo del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031.
4. Adoptar las metodologías, instrumentos y herramientas, para la implementación, seguimiento y evaluación del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 según lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social.
5. Elaborar y aprobar en cada anualidad, conforme a lo establecido en la Ley 152 de 1994, el Plan Operativo Anual.
6. Socializar el Plan Territorial de Salud y el Plan Operativo Anual aprobados con los actores sectoriales, transectoriales y comunitarios correspondientes.
7. Convocar a los actores del Sistema de Salud de su jurisdicción para la Formulación del Plan Territorial en Salud y la adopción del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2031.
8. Fortalecer la capacidad de la autoridad sanitaria territorial, y contar con talento humano idóneo, suficiente y permanente, para la gestión en los procesos de planeación, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud.
9. Adoptar y adaptar los lineamientos técnicos para la gestión operativa y financiera según expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el desarrollo del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031.
10. Actualizar y divulgar el Análisis de la Situación de Salud ASIS bajo modelo y enfoques establecidos en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 para la identificación e intervención de las inequidades en salud.
11. Acompañar técnicamente a las entidades promotoras de salud y a las Administradoras de Riesgos Laborales ARL, para que en el marco de sus competencias elaboren la caracterización de la población afiliada.
12. Participar en las actividades relacionadas con la adopción, adaptación, implementación, seguimiento y evaluación de las RIAS, que convoque el respectivo departamento.
13. Participar en los procesos de asistencia técnica que lidere el departamento para desarrollar o fortalecer capacidades para la adopción, adaptación, implementación, seguimiento y evaluación de las RIAS.

<ol style="list-style-type: none"> 14. Desarrollar y coordinar las Redes Integrales e Integradas para el Bienestar en articulación con los actores del SGSSS y el Sistema de Protección Social, y demás sectores gubernamentales involucrados con el bienestar de la población. 15. Desarrollar capacidades para la cogestión territorial de la salud pública con los diferentes actores y sectores presentes en los territorios. 16. Desarrollar actividades e intervenciones de salud pública, a la población ocupada, con énfasis a la población no afiliada al Sistema General de Riesgos Laborales, de acuerdo con las directrices que define el Ministerio de Salud y Protección Social (artículo 1 y 2 del Decreto 4107 del 2011). 17. Desarrollar actividades de promoción y prevención dirigidos a proteger la vida, promover el mejoramiento de la salud, prevenir los accidentes y enfermedades y elevar el nivel de calidad de vida, que incida en el bienestar de los trabajadores no afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales (artículo 9 de la Ley 1751 de 2015, determinantes sociales). 18. Implementar un sistema de vigilancia epidemiológica de los trabajadores del sector informal, con dos objetivos principales: el monitoreo permanente de las condiciones de trabajo y salud, y el control efectivo del riesgo. 19. Coordinar y articular con los actores sectoriales, transectoriales y comunitarios, la planeación, la ejecución, el seguimiento y la evaluación del Plan Territorial de Salud. 20. Adoptar las metodologías, instrumentos y herramientas para la planeación, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud; armonizarlos con los instrumentos del Plan Departamental de Desarrollo y con los otros instrumentos de la gestión pública, con el Presupuesto Anual de Resultados y Banco de Programas y Proyectos de acuerdo con los lineamientos del Departamento Nacional de Planeación. 21. Generar la información requerida para el seguimiento y evaluación del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 y demás que requiera el sistema de información en salud. 22. Realizar la formulación, ejecución, monitoreo y evaluación del plan de intervenciones colectivas e individuales en el marco de los lineamientos que para ello expida el Ministerio de Salud y Protección Social. 23. Fortalecer los equipos de talento humano para desarrollar acciones de gestión diferencial de las poblaciones étnicas vulnerables definidas en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, y aquellas dirigidas en el marco de sus competencias. 24. En el marco de sus competencias participar en la operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública bajo los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social o el Instituto Nacional de Salud. 25. Realizar la gestión interinstitucional, transectorial y comunitaria para garantizar el flujo continuo de información de interés en salud pública requerida en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, en su jurisdicción conforme con sus competencias. 26. Dirigir, incorporar, coordinar y controlar la organización y operación de la estrategia de Atención Primaria en Salud, en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, bajo los lineamientos operativos que para este efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social. 27. Fortalecer las capacidades del talento humano para adelantar procesos de participación social, respetando la autonomía, las diferencias, cosmovisión e intereses de las comunidades, pueblos, grupos y colectivos. 28. Coordinar y desarrollar procesos de movilización social con la participación de las instituciones y organizaciones comunitarias, los Consejos Territoriales y el Consejo de Política Social, que puedan desarrollar acciones sobre los Determinantes Sociales de la Salud. 29. Definir, de forma coordinada y articulada con los diferentes actores sectoriales, transectoriales y comunitarios, las necesidades de prestación de servicios de salud y de capacidad instalada. 30. Definir espacios y mecanismos que posibiliten y fortalezcan la participación social, para garantizar la ejecución transparente y eficaz de los recursos, en concordancia con las acciones. 31. Fortalecer la capacidad de la autoridad sanitaria territorial y contar con talento humano idóneo, suficiente y permanente para la gestión en los procesos de planeación, seguimiento y evaluación del PTS y el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031. 32. Utilizar las diferentes herramientas, como observatorios, estudios e investigaciones, para el seguimiento articulado y participativo donde los diferentes actores sectoriales, transectoriales y comunitarios planeen, implementen y realicen seguimiento y evaluación al plan territorial de salud y Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031. 33. Promover y articular espacios de participación 	<ol style="list-style-type: none"> 34. Promover, orientar y dirigir el desarrollo de investigaciones periódicas y sistemáticas sobre las necesidades y problemas de salud de la población, y la respuesta sectorial, transectorial, transectorial y comunitaria, que provean evidencia para el ajuste del Plan Territorial de Salud. 35. Promover, orientar y dirigir el diseño, operación, análisis y comunicación de los estudios de impacto del Plan Territorial de Salud. 36. Definir, promover y coordinar acciones para la divulgación y difusión del impacto en las condiciones de salud y calidad de vida de la población, y el avance de ejecución de conformidad con el seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud, con el fin de facilitar el ejercicio de control social. 37. Coordinar y apoyar las acciones de los diferentes organismos de inspección, vigilancia y control del ámbito departamental, conforme con lo establecido por la nación. 38. Desarrollar una cultura del buen gobierno, del manejo de información financiera y contable de los recursos de salud, y de rendición de cuentas anual de los resultados en salud, de acuerdo con la normatividad vigente. 39. Se tendrá en cuenta que además de las autoridades competentes del sistema general de seguridad social en salud, se debe garantizar una relación de autoridad a autoridad en el marco de la coordinación y articulación para la gestión territorial integral en salud, con las autoridades tradicionales de los pueblos y comunidades indígenas en sus territorios conforme a lo establecido en el artículo 4 de la Ley 691 de 2001. <p>De los municipios categoría 4, 5, y 6</p> <p>En concordancia con las competencias establecidas en las normas legales, corresponde a los municipios de las categorías 4, 5 y 6 asumir las siguientes responsabilidades frente al Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gestionar apoyo técnico y concurrencia al departamento para el desarrollo del Plan Decenal de Salud Pública 2021-2031. 2. Formular, adoptar y armonizar el Plan Territorial de Salud con el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 en cada cuatrienio y los planes plurianuales y bienales de inversiones públicas en el marco de lo establecido en la Ley 152 de 1994 y en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, con participación de los Consejos de Planeación Territorial y los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud. 3. Elaborar y aprobar en cada anualidad, conforme a lo establecido en la ley 152 de 1994, el Plan Operativo Anual. 4. Socializar el Plan Territorial de Salud y el Plan Operativo Anual aprobados con los actores sectoriales, transectoriales y comunitarios correspondientes. 5. Convocar los actores del Sistema de Salud de su jurisdicción para la Formulación del Plan Territorial en Salud y la adopción del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2031. 6. Dirigir, incorporar y coordinar y controlar la implementación estrategia de Atención Primaria en Salud, en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, bajo los lineamientos operativos que para este efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social. 7. Coordinar y articular con los actores sectoriales, transectoriales y comunitarios, la planeación, la ejecución, el seguimiento y la evaluación del Plan Territorial de Salud y el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031. 8. Participar en las actividades relacionadas con la adopción, adaptación, implementación, seguimiento y evaluación de las RIAS, que convoque el respectivo departamento. 9. Participar en los procesos de asistencia técnica que lidere el departamento para desarrollar o fortalecer capacidades para la adopción, adaptación, implementación, seguimiento y evaluación de las RIAS. 10. Desarrollar capacidades para la cogestión territorial de la salud pública con los diferentes actores y sectores presentes en los territorios. 11. Adoptar las metodologías, instrumentos y herramientas para la planeación, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud; armonizarlos con los instrumentos del Plan Departamental de Desarrollo y con los otros instrumentos de la gestión pública, con el Presupuesto Anual de Resultados y el Banco de Programas y Proyectos, de acuerdo con los lineamientos del Departamento Nacional de Planeación. 12. Formular, ejecutar, monitorear, seguir y evaluar el Plan de Intervenciones Colectivas e Individuales en el marco de los lineamientos que para el efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social. 13. Fortalecer la capacidad de la autoridad sanitaria para gestionar los procesos de planificación, ejecución, seguimiento, evaluación y control de los recursos financieros del Plan Territorial de Salud.
<ol style="list-style-type: none"> 14. Actualizar y divulgar el Análisis de la Situación de Salud bajo modelo y enfoques del Plan Decenal de Salud Pública para la identificación e intervención de las inequidades en salud. 15. Gestionar la asistencia técnica con el departamento para la actualización del Análisis de Situación de Salud y la planeación, seguimiento y evaluación del Plan Territorial e Institucional de Salud. 16. Participar en las actividades relacionadas con la adopción, adaptación, implementación, seguimiento y evaluación de las RIAS, que convoque el respectivo departamento. 17. Participar en los procesos de asistencia técnica que lidere el departamento para desarrollar o fortalecer capacidades para la adopción, adaptación, implementación, seguimiento y evaluación de las RIAS. 18. Justificación: Resolución 3202 del 25 de julio de 2016 y Resolución 3280 del 2 de agosto de 2.018 19. Diseñar, gestionar y articular en el Plan Territorial de Salud, según los procesos de concertación con los actores sectoriales, transectoriales y comunitarios, los gremios y el sector privado de la economía, los compromisos transectoriales que permitan actuar sobre los Determinantes Sociales de la Salud. 20. Generar la información requerida para el seguimiento y evaluación del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 y demás que requiera el sistema de información en salud. 21. Adoptar y adaptar las metodologías, herramientas e instrumentos para el fortalecimiento de las capacidades del talento humano de la entidad. 22. Gestionar el apoyo técnico y la concurrencia para fortalecer el desarrollo de las acciones de gestión diferencial de las poblaciones étnicas y vulnerables definidas en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031. 23. Fortalecer las capacidades del talento humano para adelantar procesos de participación social, respetando la autonomía, las diferencias, cosmovisión e intereses de las comunidades, pueblos, grupos y colectivos. 24. Participar en el marco de sus competencias en la operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública bajo los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y del Instituto Nacional de Salud. 25. Realizar la gestión interinstitucional, transectorial y comunitaria para la implementación y desarrollo de las acciones de vigilancia en Salud Pública, y garantizar el flujo continuo de información de interés para el Sistema, en su jurisdicción conforme con sus competencias. 26. Adoptar y adaptar los lineamientos técnicos para la gestión operativa y financiera según expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el desarrollo del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031. 27. Coordinar y articular procesos de movilización social con la participación de las instituciones y organizaciones comunitarias, los Consejos Territoriales, el Consejo de Política Social, para el desarrollo de acciones sobre los Determinantes Sociales de la Salud. 28. Fortalecer la capacidad de la autoridad sanitaria territorial; contar con talento humano idóneo, suficiente y permanente para la gestión en los procesos de planeación, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud. 29. Definir, promover y coordinar acciones para la divulgación y difusión del impacto en las condiciones de salud y calidad de vida de la población, y el avance de ejecución, de conformidad con la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud y el Plan Decenal de Salud Pública, con el fin de facilitar el ejercicio de control social. 30. Desarrollar una cultura del buen gobierno, del manejo de información financiera y contable de los recursos de salud, y de rendición de cuentas anual de los resultados en salud, de acuerdo con la normatividad vigente. 31. Definir espacios y mecanismos que posibiliten y fortalezcan la participación social, para garantizar la ejecución transparente y eficaz de los recursos. 32. Se tendrá en cuenta que además de las autoridades competentes del sistema general de seguridad social en salud, se debe garantizar una relación de autoridad a autoridad en el marco de la coordinación y articulación para la gestión territorial integral en salud, con las autoridades tradicionales de los pueblos y comunidades indígenas en sus territorios conforme a lo establecido en el artículo 4 de la Ley 691 de 2001. <p>De las entidades promotoras de salud</p> <p>En concordancia con las competencias establecidas en las normas legales, corresponde a las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, asumir frente al Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, las siguientes responsabilidades:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Seguir y adoptar las acciones que en marco de sus competencias se establezcan en el PDSP 2022-2031. 2. Elaborar y actualizar la caracterización de la población afiliada, bajo el modelo y enfoques del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, identificando las desigualdades en salud a intervenir. 3. Participar en la formulación del Plan Territorial de Salud y articular acciones para la gestión integral de la salud pública con las entidades territoriales de su afluencia en el marco de sus competencias y según lineamientos y directrices del Ministerio de Salud y Protección Social. 4. Coordinar con las IPS, la organización y operación de la estrategia de Atención Primaria en Salud, bajo la perspectiva de las redes integrales de prestación de servicios y los lineamientos operativos que para este efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social. 5. Garantizar las redes integrales de prestación de servicios de salud 6. Realizar la medición cuantitativa de los riesgos de la población afiliada, identificando los diferenciales poblacionales para la planeación de la atención en salud. 7. Desarrollar o fortalecer los procesos, herramientas e instrumentos para asegurar el seguimiento de las cohortes de usuarios para la gestión del riesgo. 8. Incorporar indicadores en la planeación y gestión del riesgo que permita medir la modificación de daños, riesgos y resultados en salud. 9. Planear la atención en salud de la población afiliada y ajustar con base en los riesgos y necesidades diferenciales de atención, la organización y funcionamiento de la oferta de servicios, armonizado e incorporando según lo establecido en el plan territorial de salud y Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031. 10. Fortalecer los procesos, herramientas e instrumentos en el marco de las RIAS y de los lineamientos y directrices ministeriales para mejorar el acceso, oportunidad y calidad de la prestación de los servicios de salud para toda la población y en especial, para la población identificada como vulnerable y de especial protección. 11. Definir con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), las metas y las acciones a cumplir en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, e incorporar los indicadores para la medición de daños, riesgos y resultados en salud esperados. 12. Generar y proveer la información requerida por el Sistema de Salud y suministrarla de conformidad con la normatividad en la materia y en el marco de sus competencias. 13. Vigilar los indicadores de control de riesgo, la calidad de la atención, la gestión clínica y administrativa de los recursos del plan de beneficios en salud. 14. Vincularse y participar en los mecanismos de articulación territorial de salud pública para gestionar el riesgo en salud colectivo e individual de la población en el territorio. 15. Desarrollar un plan de asesoría, asistencia técnica y auditoría para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS, que hacen parte de su red, que garantice el cumplimiento de las metas de las acciones individuales de salud pública incluidas en el Plan Territorial de Salud y el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031. 16. Promover el conocimiento en derechos y deberes de la población afiliada, en el uso adecuado de los servicios de salud y en la conformación y organización de alianzas de usuarios y su articulación con la defensoría de los usuarios. 17. Implementar las directrices y procedimientos determinados por el Ministerio de Salud y Protección Social, en relación con los procesos básicos de vigilancia en sus redes de servicios. 18. Adoptar y adaptar los lineamientos técnicos de su competencia para las operativas y financieras de la salud pública que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el desarrollo del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031. 19. Adoptar, adaptar e implementar las RIAS de manera articulada con los demás integrantes del SGSSS que operan en el territorio, con el fin de garantizar la integralidad en la atención de la población afiliada. 20. Articular con las instituciones prestadoras de servicios de salud los mecanismos que garanticen a los afiliados el acceso efectivo a los servicios. 21. Participar activamente, en el marco de sus competencias y en coordinación con la entidad territorial de su afluencia en la operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, bajo los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud. 22. Garantizar la notificación y realización de acciones tendientes a confirmar los eventos de interés en salud pública, y asegurar las intervenciones individuales y familiares del caso. 23. Participar en las estrategias de vigilancia especiales planteadas por la autoridad sanitaria territorial, de acuerdo con las prioridades de salud pública.

24. Desarrollar una cultura del buen gobierno, del manejo de información financiera y contable de los recursos de salud, y de rendición de cuentas anual de los resultados en salud, de acuerdo con la normatividad vigente.
25. Implementar acciones de la cultura de la seguridad social en el marco de los ejes estratégicos del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031.

De los prestadores de servicios de salud

En concordancia con las competencias establecidas en las normas legales, corresponde a las instituciones prestadoras de servicios de salud y demás prestadores de servicios de salud asumir las siguientes responsabilidades frente al Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031:

1. Adoptar y aplicar las políticas y normas establecidas para el cumplimiento de los contenidos del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031.
2. Participar en la elaboración, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031.
3. Participar en la formulación del Plan Territorial de Salud y articular acciones para la gestión integral de la salud pública con las entidades territoriales de su afluencia en el marco de sus competencias y según lineamientos y directrices del Ministerio de Salud y Protección Social.
4. Cumplir con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud SOGCS, según lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social y las establecidas en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031.
5. Fortalecer e implementar los procesos, herramientas e instrumentos para mejorar el acceso, oportunidad y calidad de los servicios de salud.
6. Coordinar con las EPS y las entidades territoriales la organización y operación de los servicios de salud bajo la estrategia de Atención Primaria Integral en Salud bajo los lineamientos operativos que en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 expida el Ministerio de Salud y Protección Social.
7. Realizar el alistamiento y adecuar los procesos y tecnologías necesarias para garantizar la operación de las RIAs, en el marco de sus competencias y funciones.
8. Garantizar a los usuarios el acceso efectivo a los servicios y tecnologías en salud dispuestas en las RIAs.
9. Establecer con las entidades promotoras de salud y demás entidades responsables de la atención en salud los mecanismos a través de los cuales se hará seguimiento y evaluación a la operación de las RIAs.
10. Coordinar con las entidades promotoras de salud, las metas y las acciones a cumplir en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, e incorporar los indicadores para la medición de daños, riesgos y resultados en salud y generar la información requerida por el Sistema de salud y su sistema de información.
11. Implementar los lineamientos técnicos que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para gestión operativa y financiera contenidas en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, en el marco de su competencia.
12. Implementar mecanismos de seguimiento, evaluación y mejoramiento continuo de las acciones de promoción de la salud, prevención, atención, paliación y rehabilitación.
13. Participar en el marco de sus competencias en la operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, bajo los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional en Salud.
14. Realizar las acciones tendientes a detectar y confirmar los eventos de interés en salud pública, incluyendo la realización de exámenes de laboratorio y demás procedimientos diagnósticos establecidos en los protocolos de vigilancia, y asegurar las intervenciones individuales y familiares del caso que sean de su competencia.
15. Participar en las estrategias de vigilancia especiales planteadas por la autoridad sanitaria territorial, de acuerdo con las prioridades de salud pública.
16. Cumplir con las normas técnicas para la vigilancia de los eventos de interés en salud pública que sean expedidas por la autoridad sanitaria.
17. Asegurar la formación continua y el desarrollo de competencias del talento humano necesarias para cumplir con las metas de Salud establecidas en el Plan Decenal de Salud Pública.
18. Implementar las directrices y procedimientos determinados por el Ministerio de Salud y Protección Social, en relación con los procesos básicos de vigilancia en sus procesos de atención.

19. Desarrollar una cultura del buen gobierno, del manejo de información financiera y contable de los recursos de salud, y de rendición de cuentas de los resultados en salud, de acuerdo con la normatividad vigente.

Capítulo 8. Salud Propia e Intercultural con los pueblos y comunidades en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031

Desde el reconocimiento y protección constitucional a la identidad cultural de los pueblos y comunidades indígenas, negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y Rrom, el país ha avanzado en la formulación de políticas, normas y arreglos institucionales, para garantizar su legitimación política como pueblos, sus derechos humanos fundamentales como los derechos a la propiedad de la tierra, la consulta y el consentimiento previo, libre e informado, el mandato constitucional incuestionable del principio de pluralismo jurídico que acoge el Derecho Propio de los pueblos étnicos en el marco jurídico nacional (Akubadaura, 2021), como derecho irrenunciable e imprescriptible de nuestros pueblos étnicos y que fundamentó las bases normativas y técnicas sobre las que se erige este capítulo.

La situación de salud y los resultados en salud señalan inequidades que evidencian las carencias y desigualdades que afectan a los tres pueblos en comparación con la población general y que configuran el rezago persistente de las políticas nacionales y subnacionales en la garantía del derecho fundamental a la salud y el ejercicio de su goce efectivo, basado en medidas sectoriales, intersectoriales, transectoriales que configuran la gestión integral de la salud pública.

El objetivo de este capítulo es desarrollar los elementos estratégicos para el Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031 de diferenciación afirmativa para la gestión integral en salud pública que permitan el diseño de acciones interculturales que agencien las condiciones de salud de acuerdo a sus particularidades y necesidades, mediante estrategias que garanticen el respeto a su integridad étnico – cultural, en la gestión de la salud pública, el fortalecimiento institucional de los sectores concernidos y de sus culturas propias de salud y el mejoramiento de los resultados en salud y calidad de vida.

También que permitan la construcción conjunta de planes, programas y proyectos en salud pública con perspectiva intercultural, lo cual implica el desarrollo de estrategias que garanticen el diálogo horizontal y respetuoso de sus saberes, prácticas y creencias, el fortalecimiento intersectorial de la gestión de la salud pública y la participación social, entre otros, para el mejoramiento de los resultados en salud y calidad de vida.

El capítulo está compuesto en primer lugar por el desarrollo conceptual del Enfoque con Pueblos y Comunidades, que reorienta lo 'diferencial' étnico fundamentado en la diversidad y perspectiva interseccional como sujetos de derechos; continúan los elementos estratégicos en los Marcos Estratégicos Interculturales con cada pueblo y cierra con los Elementos Operativos que son comunes a los tres.

1. Enfoque con pueblos y comunidades

La Constitución Política de Colombia - CPC, determina, en el "Artículo 7°. El Estado reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la Nación colombiana" y el abordaje integrado de los sujetos de derecho, tanto individuales como colectivos que enmarcan conceptualmente este Plan Decenal de Salud Pública, expresan los desarrollos constitucionales, legales y normativos que han consolidado el reconocimiento y protección de la diversidad cultural étnica en el país. El derecho a *existir siendo diferentes*, consagrado por el Convenio 169 de OIT para los pueblos y las comunidades *cuyas condiciones sociales, culturales y económicas les distingan de otros sectores de la colectividad nacional, y que estén regidos total o parcialmente por sus propias costumbres o tradiciones o por una legislación especial*, establece el carácter vinculante del derecho propio, de su carácter diferencial y diverso que enriquece la diversidad cultural colombiana (OIT, 1989).

Es por el significado encarnado de 'existir siendo diferentes' que se propone el enfoque diferencial étnico como Enfoque con Pueblos y Comunidades, sobre la noción conceptual de cultura con una jerarquía distintiva para estos pueblos y comunidades, que debe ser considerada como el conjunto de los rasgos distintivos espirituales y materiales, intelectuales y afectivos que caracterizan a una sociedad o a un grupo social y que abarca, además de las artes y las letras, los modos de vida, la manera de vivir juntos, los sistemas de valores, las tradiciones y las creencias (UNESCO, 2002). Por lo tanto, su alcance trasciende el análisis de vulnerabilidades y desigualdades y enmarcado en el enfoque de derechos humanos y equidad, el enfoque diferencial de derechos y la interseccionalidad se dirige a la comprensión de sus posibilidades y potencialidades de autodesarrollo inherentes a sus dimensiones identitarias culturales individuales y colectivas.

Con el enfoque así enunciado, se amplía el alcance y se supera la vocación de análisis de otras aproximaciones, que leen, objetivamente a la diversidad humana, por la dialéctica de problemas, necesidades y derechos vulnerados del lado de las personas 'diferenciadas' y el diseño de una respuesta social, en políticas con sus instrumentos por el lado del Estado.

El Enfoque con Pueblos y Comunidades en salud propia e intercultural permite identificar, comprender y resolver, en perspectiva intercultural, más allá de las vulnerabilidades existentes, la cultura para la vida y la salud, el ambiente y salud, la protección social y la integralidad en salud concebidos en el Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031, con el propósito de orientar la gestión de la salud pública con enfoque territorial y con visión biocéntrica, para la garantía del derecho a un ambiente sano y por tanto, a la protección del ambiente natural, sus ecosistemas y la biodiversidad. Tal como lo plantea Suarez (2010), exige a la institucionalidad, la adecuación de los programas y de las acciones, los que se *construyen con ellos* (con las comunidades) en marcos y planes interculturales, por ser estos pueblos y comunidades los poseedoras y dinamizadores de sus culturas (Suárez, 2010).

El enfoque con pueblos y comunidades se aplica a las comunidades indígenas, negras, afrocolombianas, raizales, palenqueras y Rrom, que conservan su identidad cultural y sus cosmovisiones, que los distingue de la mayoría de la población nacional.

Tal como lo plantea Suarez (2010), exige a la institucionalidad, la adecuación de los programas y de las acciones, los que se construyen con ellos (con las comunidades) en marcos y planes interculturales, por ser estos pueblos y comunidades los poseedores y dinamizadores de sus culturas (Suárez, 2010).

En el camino del reconocimiento de la pluralidad cultural que lleva a la formación de políticas de equidad, para compensar las desventajas y desigualdades históricas afrontadas por estos grupos poblacionales (Suárez, 2010), esta reorientación de la noción del enfoque diferencial étnico a un enfoque con pueblos y comunidades, permite organizarlo bajo el principio de *pluralismo jurídico*, que acoge al derecho propio y garantiza la construcción de espacios interculturales y mecanismos de coordinación intersectorial e intercultural, para evitar lo excluyente y sus consecuencias en los resultados en salud, bienestar y calidad de vida. En este sentido, las acciones en salud, individuales y colectivas y de atención con enfoque con pueblos y comunidades, se dirige a proteger o contribuir en la singularidad cultural de estos grupos, teniendo en cuenta sus características, de manera que las intervenciones sean con ellas y para ellas.

Es necesario comprender, desde el enfoque con pueblos y comunidades sus particularidades generales; lo específico a las mujeres, y partir desde una perspectiva, que incluya la multiplicidad de categorías que conforman la identidad de ellas y las consecuencias derivadas de la intersección de género, con otras identidades, construidas históricamente como inferiores (CEPAL, 2018). De igual modo, que se incorpore al enfoque de curso de vida, para niños, niñas y jóvenes y sus problemáticas, en sus procesos de socialización en la cultura y sus consecuencias en su desarrollo físico y psicológico (MSPS, 2019). Esta mirada con pueblos y comunidades, también debe organizar las acciones con perspectiva preferencial para las víctimas del conflicto armado (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021) y para las personas con discapacidad (Robles, 2021).

El enfoque con pueblos y comunidades permite abordar las políticas en los sectores de interés enmarcadas en derechos humanos y el enfoque diferencial de derechos. Para esto, es necesario partir, de que la diversidad cultural es tan necesaria en las personas como la diversidad biológica para los organismos vivos (UNESCO, 2002), y este reconocimiento implica, que nuestra cohesión como seres humanos, se fundamenta en la mutua determinación de obligaciones o consentimientos, de derechos y deberes, una condición sin la cual, dos individuos no podrían estar obligados a reconocer uno a otro, en sus derechos (Tarde, 1884). Este es el fundamento de la relación entre culturas distintas, en donde ambas avanzan en sus propias lógicas, ninguna supedita a la otra, sino que se logra un acercamiento mutuo y respetuoso que alcanza una relación en el marco de la interculturalidad (Suárez, 2010).

La *interculturalidad en salud* definida como principio en la Ley Estatutaria de Salud (1715 de 2015), en su artículo 6. Elementos y principio del derecho fundamental a la salud, numeral 1 establece que la

Interculturalidad. Es el respeto por las diferencias culturales existentes en el país y en el ámbito global, así como el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que integren tales diferencias en la salud, en las condiciones de vida y en los servicios de atención integral de las enfermedades, a partir del reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud en el ámbito global; en coherencia con los numerales b) aceptabilidad, m) protección a los pueblos indígenas y n) protección pueblos y comunidades indígenas, Rrom y Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.

La *interculturalidad en salud* puede definirse como la *coexistencia de las culturas propias de salud* como modalidades *diferenciadas* en la atención en salud de las poblaciones y la visión de una salud *alopática*, donde ambas interactúan y coordinan esfuerzos *terapéuticos*, manteniendo su identidad y autonomía, integradas por mutuo acuerdo en la gestión territorial integral de actividades, intervenciones, procedimientos y servicios en salud y atención en salud (MSPS, 2017; Suárez, 2010).

Por lo anterior, el abordaje desde los derechos humanos como marco rector del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031, conduce, a que la respuesta social en acciones de salud integre a un individuo como asociado, donde se ejercen con él, los derechos establecidos por la constitución y las leyes, y se constituye así, un vínculo social, en donde se reconocen, respetan y protegen las distinciones de etnia, lengua, sexo, edad y creencias. Para lograrlo, es necesario que exista un intercambio cultural, es decir, exige la práctica de interculturalidad en el diseño de la gestión de la salud pública de forma integral, pero también que el respeto de las culturas propias se constituya en un principio del quehacer en salud pública.

En la definición anterior de interculturalidad en salud, se prefiere la noción de "*cultura propia de salud*", a la de la conocida medicina tradicional, porque esta "cultura de salud" se expresa cotidianamente en todas las instancias de la vida individual, familiar y colectiva (Suárez, 2010); es el conocimiento obrado en las identidades individuales y colectivas, con el que han evitado la "*desaparición*" o la indistinción como pueblos culturalmente identificados y por lo tanto, al definir la interculturalidad en salud como la coexistencia de las culturas de salud de los pueblos y comunidades con la visión de salud alopática, colocamos, en el primer lugar, su cosmovisión y se establece, desde las acciones de salud pública, la garantía del derecho a la pervivencia y existencia de estas poblaciones, lo que tiene una conexión indiscutible con el objetivo del eje estratégico Gobierno y Gobernanza del Plan Decenal de Salud Pública, en cuanto al fortalecimiento de la gobernanza democrática y colaborativa y el gobierno multinivel de la salud pública.

Lo hasta aquí conceptualizado sobre la propuesta del Enfoque con Pueblos y Comunidades tiene como propósito el fortalecimiento de la gobernanza de la salud pública y profundizar la construcción multiétnica y pluricultural del país, para el cambio positivo de los resultados en salud de estas comunidades, por esto, el enfoque es "con" los pueblos y comunidades, porque la conjunción de los esfuerzos "con" sus saberes es la génesis de la interculturalidad. Así como expresión concreta del principio de acción sin daño, definido como "aquel que parte de la premisa de que ninguna intervención externa, realizada por diferentes actores humanitarios o de desarrollo, está exenta de hacer daño (no intencionado) a través de sus acciones. Su incorporación implica la reflexión por parte de los y las profesionales sobre aspectos como los conflictos emergentes durante la ejecución de las acciones, los mensajes éticos implícitos, las relaciones de poder y el empoderamiento de los participantes" (Comisión de la Verdad, 2022).

La práctica de la interculturalidad permite establecer, como elementos estratégicos de la gestión integral territorial en salud pública con cada grupo étnico cultural, los Marcos Estratégicos Interculturales, que se definen como el encuadre metodológico fundamentado en los principios propios de cada pueblo y comunidad, para la construcción de acciones interculturales articuladas a los planes de salud territoriales, tiene como componentes mínimos: la adecuación institucional en enfoque con pueblos y comunidades, el fortalecimiento de las culturas propias de salud de los pueblos y comunidades, indígenas, negras, afrocolombianas, raizales, palenqueras y Rrom y los mecanismos de interacción entre las culturas propias de salud y la visión de salud alopática (Suárez, 2010).

De este modo se plantean los siguientes elementos para tener en cuenta en los tres componentes relacionados con la adecuación institucional en enfoque con pueblos y comunidades, el fortalecimiento de las culturas propias de salud de los pueblos y comunidades, indígenas, negras, afrocolombianas, raizales, palenqueras y Rrom y los mecanismos de interacción entre las culturas propias de salud y la visión de salud alopática:

- Ver desde otras perspectivas/visiones de mundo (cómo estas perspectivas son similares y diferentes)
- Escuchar (participar en un auténtico diálogo intercultural)
- Adaptación (ser capaz de cambiar temporalmente de perspectiva)
- Construcción de vínculo (forjar vínculos interculturales perdurables)
- Humildad cultural (combina respeto con auto consciencia) (UNESCO & UNAL, 2013)

A continuación, se presentan los desarrollos estratégicos de los pueblos y comunidades indígenas, Rrom, negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras, los cuales nacen de sus voces, sentires y necesidades en un marco de construcción conjunta con los actores del SGSSS, estos como apuestas políticas, jurídicas y organizativas para el reconocimiento de los derechos como pueblos en materia de salud. Para el caso de los pueblos y comunidades indígenas su fundamento teórico, conceptual, jurídico y político está basado principalmente en el Sistema Indígena Propio e Intercultural – SISPI (Decreto 1953 de 2014). Para las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras entre los fundamentos están los acuerdos protocolizados mediante Consulta Previa (Decreto 1372 de 2018), que son pertinentes para la gestión de la salud pública en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031, Convenio 169 de 1989 de la OIT, Plan de Acción del Decenio de las y los Afrodescendientes en las Américas (2016-2025), Ley 70 de 1993 y los Planes de Etnodesarrollo. Para el Pueblo Rrom el Plan de Vida del Pueblo Rrom colombiano O'lasho Lungo Drom, Nociones de la Epistemología Gitana y el Decreto 2957 de 2010.

Por lo anterior, se presenta a continuación los antecedentes referentes a cada grupo, así como la Resolución 050 de 2021 para el caso de los indígenas, la Resolución 464 de 2022 para el Pueblo Rrom, que, junto con los ejes estratégicos de este Plan, configuran el escenario para la ruta de armonización para estos grupos. Finalmente, para el caso de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, su fundamento es el Acta de Protocolización por Consulta Previa ya mencionada.

2.1. Marco Estratégico Intercultural con los Pueblos Indígenas

2.1.1. Nociones conceptuales propias.

Los principios para la garantía del "Buen vivir" y del "Bien estar", como el territorio, identidad cultural indígena, usos y costumbres, derecho mayor, sabiduría ancestral, autonomía, gobernabilidad y reciprocidad, hacen parte de la fundamentación basada en la cosmovisión e identidad, obtenidos como resultado del proceso de recolección de insumos del capítulo Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021, efectuados por el MSPS durante los años 2018 al 2021 en el marco de la Resolución 050 de 2021 y se describen:

- **Territorio:** Para los pueblos indígenas, el territorio se define como el eje central donde se desarrolla la vida. Es el ámbito donde se soporta y reproducen los elementos esenciales del ser indígena (per se) y en el cual está la garantía de pervivencia y supervivencia física, espiritual, material y cultural. Se considera como un espacio físico y espiritual porque allí se encuentran todos los elementos que posibilitan el desarrollo de la vida, generándose una interrelación entre estos, los seres que allí se encuentran y la naturaleza. También es el espacio cosmogónico porque se genera una interrelación del ser humano con el cosmos, el cual determina el orden social, cultural, productivo, reproductivo y político de los pueblos indígenas que allí habitan, pero también de aquellos que no siendo indígenas se relacionan y benefician de este y de todos los elementos que en el convergen.

El territorio es concebido como una relación directa insoluble con el ser indígena (per se), es un organismo vivo que constituye la "Madre Tierra" o "Pacha Mama"; y tiene relación profunda con la comunidad, la familia y el individuo. Allí está el origen, la vida, los alimentos, la historia, los recursos de la sabiduría ancestral, los sitios sagrados, las representaciones sociales y culturales, los mitos, las leyendas, las formas de autoridad y gobierno propio, la sacralidad, la lucha y resistencia de los pueblos indígenas en sus procesos. Además, proporciona el soporte y las condiciones para la armonía, el equilibrio y el "buen vivir o vivir bien", es así como las desarmonías y todo lo que lo afecte, son causas generadoras de problemas de salud. En suma, es el escenario cultural y las condiciones naturales fundamentales en el que se desarrolla y posiciona la existencia pasada, presente y futura de los pueblos indígenas, por lo que no poseerlo sugiere un factor de riesgo colectivo y desarmonía que impide su normal desarrollo socio cultural.

- Desarrollo de capacidades para la participación social y la acción colectiva
- Fortalecimiento de los escenarios, mecanismos y recursos para participación social en salud
- Respeto por la autonomía y diversidad de las organizaciones sociales y comunitarias para la toma de decisiones y la acción colectiva en salud
- Promoción de la participación social en los escenarios de interlocución, diálogo, formulación y concertación de políticas públicas en salud
- Fortalecimiento de redes y grupos de apoyo social y comunitarios
- Desarrollo de capacidades para la veeduría ciudadana y el control social de lo público.

2. Marcos Estratégicos Interculturales

En junio de 1989, la Conferencia Internacional del Trabajo de la OIT adoptó el Convenio 169 sobre Pueblos indígenas y tribales en países independientes. La adopción del Convenio se basó, en que la Conferencia observó que en muchas partes del mundo estos pueblos no gozaban de los derechos en igualdad con el resto de la población en los Estados donde vivían y que habían sufrido a menudo un menoscabo en sus valores, costumbres y perspectivas. Ese año, la Conferencia encontró que en América Latina los peores indicadores socioeconómicos y laborales, y la discriminación por origen étnico o racial agravaba las brechas de ingreso de manera radical. (OIT, 1989)

El Convenio influyó en los avances constitucionales promulgados en el contexto latinoamericano, varios países en la década del 90 adoptaron constituciones garantistas que impulsaron distintos grados de avance en el reconocimiento y salvaguarda de los pueblos y comunidades étnicas por sus sociedades (ORAS-CONHU, 2018), porque se debe precisar que al final, el significado del reconocimiento de la diversidad étnico-cultural fue "la eliminación de las disposiciones constitucionales que pregonaban el carácter homogéneo de las sociedades latinoamericanas" (ORAS-CONHU, 2018 p. 11)

No obstante, el avanzar de sociedades homogéneas hacia el reconocimiento étnico-cultural de nuestros pueblos y comunidades ancestrales se plantea el desafío del diálogo intercultural para la construcción de una sociedad plural, diversa, incluyente y justa. Este es el norte que se impone a la sociedad colombiana, el cambio no es menor, la Constitución Política que rigió hasta el año 1991 consagraba que "el país era de una sola lengua, una sola raza y una sola religión. Por el contrario, en el país existen más de 62 lenguas indígenas, en alrededor de 115 pueblos de acuerdo con el Censo 2018. Los afrodescendientes cuentan con la lengua Palenquera y el Creole de las islas de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, y miles de manifestaciones religiosas han adquirido estatus legal" (ORAS-CONHU, 2018 p. 11). Desde 1991 este escenario cambió y aunque los sucesivos gobiernos en contexto de la Constitución de 1991 han implementado planes de desarrollo con medidas para abordar el reconocimiento de la diversidad cultural de la sociedad colombiana y disminuir las brechas de equidad en desarrollo humano de estos pueblos y comunidades, persisten brechas por mitigar o resolver y existe evidencia de impacto desproporcionado de la pandemia por COVID 19 en estas poblaciones que hizo perder avances logrados (CEPAL, 2020b, 2020a, 2021)

El Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031 consolida los procesos de consulta previa con los pueblos indígenas, las comunidades negras, afrocolombianas, raizales, palenqueras y el pueblo Rrom y presenta la armonización de las nociones de sus culturas propias de salud con los ejes estratégicos que servirán como insumos de categoría intercultural para la gestión integral de la salud pública.

Este capítulo de Salud Propia e Intercultural con los Pueblos y Comunidades Étnicas contiene los elementos estratégicos y operativos, que permita que los planes territoriales logren la relación entre diálogo intercultural, diversidad cultural y derechos humanos, como conceptos centrales para el desarrollo de la Gestión de la Salud Pública, que tiene implícito un sentido de educación y pedagogía de la salud pública, el 'aprender a vivir juntos'. También, sitúa la práctica de la interculturalidad como parte de la construcción del tejido de la vida social cotidiana de la gestión de la salud pública territorial, y declara principios orientadores de este quehacer, las siguientes acciones interculturales para todos los participantes en los diálogos con vocación intercultural:

- Respeto (valorar a los otros)
- Auto consciencia/identidad (comprender los lentes a través de los cuales cada uno ve el mundo)

- **Identidad cultural indígena:** Está asociada con el sentido de pertenencia que tienen los pueblos indígenas con el territorio y un conjunto de elementos materiales e inmateriales tales como humores, energías, vida espiritual, idiomas propios, vivienda, folclore, música, artesanías, juegos ancestrales, semillas, entre otros, que recrean y le dan un simbolismo especial a la cultura propia de determinado pueblo indígena. Determina el modo de vida propio que tienen las comunidades, estudia los procesos socioculturales, territoriales, políticos, productivos, y los usos y costumbres. Desde el sentido global, se trata de una identidad cultural colectiva que es sujeto de estudio para comprender el grado de identidad que tiene los pueblos indígenas, dado que existen determinantes externos e internos que difieren directamente a las formas de vida, proceso de desarrollo, progreso y el nivel y forma de interculturalidad.
- **Usos y costumbres:** Para los pueblos indígenas, los usos y costumbres son los conocimientos o sabidurías y acciones o enseñanzas, consejos que son ejemplos de vida o hacen parte del diario vivir. En el proceso de organización sociocultural de los pueblos indígenas, los usos y costumbres son las leyes colectivas que hacen parte de la convivencia, pero también son leyes individuales dado que determinan el comportamiento y la identidad de cada persona en su reconocimiento como integrante de cierta comunidad indígena.
- **Autonomía y libre determinación:** Es el ejercicio de la ley de origen, derecho mayor o derecho propio de los Pueblos indígenas, que con fundamento en sus cosmovisiones les permite determinar sus propias instituciones y autoridades de gobierno, ejercer funciones jurisdiccionales, culturales, políticas y administrativas dentro de su ámbito territorial, el pleno ejercicio del derecho de propiedad de sus territorios y vivenciar sus planes de vida, dentro del marco de la Constitución Política y de la ley.
- **Sabiduría ancestral:** La sabiduría ancestral de cada pueblo indígena contiene el saber propio y las costumbres que durante miles de años han estado en el conocimiento indígena. Está fundamentada en los códigos de cada espacio y es transmitida de generación en generación a través de la tradición oral, vivencias, usos y costumbres, mitos y acciones propias, como aspecto esencial para la pervivencia de los individuos, la comunidad, los grupos sociales y los pueblos indígenas, como sujetos colectivos de unas culturas propias. Está inmersa en el sistema médico tradicional o propio y contiene un conjunto amplio de recursos, saberes y acciones con métodos de protección, sanación y curación física y espiritual a nivel individual, familiar y colectivo, así como del territorio. Es un conocimiento desarrollado por sabedores ancestrales como médicos, sanadores, rezanderos, hierbateros, pulseadores, parteras, sobanderos, entre otros, con experticia y/o diferenciación en especialidades de diversas áreas en torno a los procesos del "buen vivir o vivir bien" y "desequilibrio o desarmonía".
- **Autonomía:** Desde la salud, la autonomía es la capacidad que tienen los pueblos indígenas para asumir la responsabilidad de la salud, desarrollando la cultura tradicional de la salud propia en coordinación con la medicina no indígena. También expresa la capacidad de organización colectiva y el ejercicio de autoridad que tienen los pueblos indígenas para poder ejercer control, brindar protección, seguridad territorial, emprendimiento, liderazgo y gestión. Así mismo se refiere a mantener los sistemas de producción y alimentación propia.
- **Gobernabilidad:** Se relaciona con el ejercicio práctico de las normas a nivel social, dentro de instituciones propias y con autoridades de carácter propio, que procuran por la armonía y el buen vivir entre las personas y grupos que habitan e interactúan en y con el territorio. Para el desarrollo de la gobernabilidad, los pueblos indígenas tienen estructuras políticas propias desde su cosmovisión, ley de origen y su aplicabilidad está dada a través de diversos mecanismos, entre los cuales están los usos y costumbres. En consecuencia, existen autoridades indígenas que tienen la responsabilidad de orientar el cuidado, buen manejo y equilibrio en el territorio y que transfieren estos mandatos a otros miembros de la comunidad, generando su perdurabilidad aún en nuevos contextos.
- **Reciprocidad:** Es el proceso a través del cual se retribuye una acción con fundamento en las relaciones entre los seres humanos y espirituales que habitan el territorio, expresados en prácticas o rituales ancestrales, en los intercambios de saberes, la comunidad, y en todos los espacios de la vida, dependiendo por el cuidado de la salud como un derecho fundamental. Así mismo, implica la corresponsabilidad del pensamiento, la acción y los deberes entre la institucionalidad, los pueblos y las comunidades indígenas, en aras de preservar en armonía y equilibrio la salud integral del territorio, la cultura, la autonomía y gobernabilidad, en el marco de la constitución nacional y el estado pluricultural.

A partir de los principios que son bases esenciales y fundamentales del "buen vivir" y el "bien estar" para los pueblos y comunidades indígenas, se identifican los elementos orientadores del marco estratégico para la planeación con pueblos y comunidades indígenas que se direccionan y orientan

al Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 a partir del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural SISPI.

2.1.2. Planeación estratégica en salud a partir de la autonomía y gobernabilidad de los pueblos y comunidades indígenas.

Es el proceso orientado a generar condiciones territoriales para la operatividad de la política de salud, desde los desafíos planteados en los planes de vida y/o el que haga sus veces, las condiciones de salud en los territorios o insumos que faciliten el análisis y la toma de decisiones, que contribuyan al "Buen Vivir" de la persona, la familia, la comunidad y el territorio desde las dinámicas de cada pueblo y comunidad indígena del país.

El instrumento propuesto para la planeación en salud tendrá en cuenta los usos, prácticas, costumbres e idiosincrasia cultural y territorial de cada pueblo o comunidad indígena. Se toma como punto de partida inicial la Resolución 050 de 2021 "por el cual se adopta el capítulo indígena para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia como parte integral del Plan decenal de Salud Pública 2012-2021", sin menoscabo de los demás insumos técnicos y jurídicos que se puedan desarrollar de aquí en adelante

Elementos afines de los componentes del SISPI, Resolución 050 de 2021 y los ejes estratégicos del PDPS 2022 - 2031: Componente político organizativo

Las entidades territoriales de acuerdo con sus competencias y necesidades, condiciones y características de su territorio, deberán adoptar los contenidos establecidos como resultado de la ruta de armonización, que formará parte de uno de los elementos orientadores para el Plan Territorial de Salud; así como coordinar la implementación en su área de influencia, de conformidad con los lineamientos que, se concerte con los pueblos y comunidades indígenas a través de sus espacios participativos de legitimidad técnica y política con la Subcomisión de Salud Indígena, de la Mesa Permanente de Concertación y el Ministerio de Salud y Protección Social.

Para el desarrollo de la ruta de armonización en los planes territoriales de salud, las entidades territoriales de conformidad con lo establecido en la Resolución 050 de 2021 en el marco de sus responsabilidades, propiciarán los espacios de participación, real y efectiva, en garantía del diálogo con ellos, a través de sus representantes, para la inclusión de acciones propias e interculturales de los aspectos socio culturales de la población indígena, que les permita ampliar y comprender mutuamente el conocimiento de su situación de salud.

Coherente con la definición del componente político organizativo del SISPI, encaminado al fortalecimiento de los procesos organizacionales, el respeto y reconocimiento de su autonomía y ley de origen que rige las dinámicas al interior del territorio indígena y en correspondencia con el Artículo 74. "... El SISPI se articula, coordina y complementa con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), con el fin de maximizar los logros en salud de los pueblos indígenas".

Ahora bien, en sinergia con el eje Estratégico de Gobierno y Gobernanza del Plan Decenal de Salud Pública que ...reconoce la complejidad de su abordaje el cual requiere múltiples respuestas institucionales y sociales, que se sustentan en acuerdos de acción conjunta en contextos y territorios diversos, para incidir en los determinantes sociales y establecer el mejor nivel de salud posible (resultados en salud). A esta perspectiva de gobierno se agrega la gobernanza de la salud pública que se orienta a una toma de decisiones participativa, comprometida y legítima establecida a través de relaciones que se construyen con múltiples actores sociales gubernamentales y no gubernamentales.

Por lo anterior, se identifican las estrategias enunciadas en el Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031 que recogen los elementos comunes entre los marcos citados:

- Generación de confianza social sustentada en el gobierno abierto, la inclusión social diversa, la rendición de cuentas y el 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 en la gestión de alternativas para la rendición de cuentas adaptadas y apropiadas según los diferenciales poblacionales y territoriales.

- Consolidación de procesos de participación informada, incluyente, continua y empoderada de la sociedad civil organizada y la ciudadanía en general según los contextos territoriales y la perspectiva de derechos; la promoción del pluralismo participativo en la gestión territorial integral de la salud pública basado en la acción conjunta, colaborativa y en los activos sociales; y el desarrollo de estrategias para el empoderamiento social y organizativo en salud pública y en mecanismos de responsabilidad social que apalanquen la acción común. En coherencia con los procesos de la gestión de la salud pública para pueblos y comunidades indígenas, desde el componente político organizativo del SISPI, orienta en la Circular 011 de 2018 del MSPSP⁸¹ las acciones que deben realizar las entidades territoriales para avanzar a través de:

Gestionar los recursos territoriales necesarios para establecer o reactivar, en conjunto con las autoridades indígenas, las instancias de diálogo y concertación a nivel territorial que permitan el desarrollo e implementación de las políticas, planes, programas y estrategias del SISPI, entre las estructuras propias en salud, organizaciones y/o autoridades indígenas y los actores del SGSSS, mediante la implementación de una ruta por parte de las Entidades Territoriales de acuerdo con las dinámicas organizativas de los pueblos.

- En relación con la adecuación de los arreglos institucionales de gobierno y de gobernanza de acuerdo con los contextos territoriales y diferenciales, orientados al fortalecimiento de capacidades del talento humano en salud, se establece la necesidad de garantizar:

"...El desarrollo de capacidades en el talento humano en salud para los diálogos interculturales, en el desarrollo de las políticas, planes, programas y estrategias, a través herramientas pedagógicas, didácticas y metodológicas que permitan la intervención de pueblos y organizaciones indígenas en las decisiones relacionadas con la salud propia e intercultural, en el marco de lo priorizado en el plan territorial de salud.

- Implementación de procesos, reglas de relación, operación, mecanismos de control y convergencia en resultados y acción conjunta; el fortalecimiento de las capacidades institucionales, territoriales y sociales requeridas para la gestión de la gobernanza en salud pública; 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; la acción colectiva en salud pública basada en interacciones de redes dinámicas de gobierno, instancias multisectoriales, organizaciones sociales y ciudadanas, y otros actores estratégicos, en configuraciones territoriales que reconocen la diversidad y los alcances particulares de la salud pública. En este sentido, se señala la necesidad de:

Implementar procesos de educación y comunicación para la salud con las comunidades indígenas que permitan cualificar los procesos de participación social en salud en el marco de la Resolución 063 de 2017 de este Ministerio, en el marco de lo priorizado en el plan territorial de salud.

Elementos afines de los componentes del SISPI, Resolución 050 de 2021 y los ejes estratégicos del PDPS 2022 – 2031: Componente Formación, Capacitación y Uso del Conocimiento

Se encuentra afinidad para la construcción y uso del conocimiento y la generación de capacidades del talento humano en salud y el fortalecimiento de su medicina ancestral a través de mecanismos de formación y capacitación propia de los pueblos indígenas, encaminados a la permanencia y pervivencia de la sabiduría ancestral a través de la transmisión de conocimientos entre generaciones, apoyados en procesos de formación en conocimientos propios, definido por cada pueblo indígena; el intercambio de experiencias y metodologías aplicables al abordaje de la interculturalidad en salud, lo que amerita consolidar los espacios para el diálogo y la construcción conjunta de conocimientos, investigaciones, capacitaciones, intercambio de experiencias y demás estrategias que permitan aproximarse a las realidades de los pueblos indígenas y a las mejores prácticas para lograr esquemas de atención en salud con enfoque intercultural.

81 Circular 011 de 2018 – Ministerio de Salud y Protección Social: Directrices para avanzar en la construcción e implementación del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural- SISPI a nivel territorial, en diálogo con el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Busca apertura en la participación de distintos actores con visiones diferentes sobre los procesos en salud y enfermedad, de tal forma que se generen sinergias y lazos de confianza. Permite avanzar en la capacidad de decidir y actuar equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a; salud -enfermedad, vida - muerte, y los aspectos biológicos, sociales y relacionales que se configuran en la dimensión espiritual y cósmica de la salud para los pueblos indígenas.

Ahora bien, en sinergia con el eje estratégico de gestión del conocimiento en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, consiste en la construcción, innovación, transferencia, difusión y apropiación permanente y colectiva del conocimiento en salud para avanzar en el entendimiento de la complejidad de la situación de salud, las inequidades en salud y sus determinantes; el desarrollo de tecnologías y estrategias novedosas para abordar las necesidades en salud; y la optimización en la toma de decisiones para el fortalecimiento de la equidad, integralidad y sostenibilidad de la atención del sistema de salud, que permita fortalecer la operación, alcanzar los objetivos trazados y mejorar la efectividad de las acciones en salud pública con el propósito de mejorar el bienestar y la calidad de vida de la población y reducir las desigualdades en salud.

En el marco de la Resolución 050 de 2021, el fortalecimiento de la gestión del conocimiento de la salud pública requiere de la formación continua o complementaria con enfoque intercultural, debe estar dirigida al talento humano del sector salud, con el fin de promover la idoneidad, la actualización y el desarrollo permanente del personal de salud, de acuerdo con las necesidades, particularidades y prioridades de las comunidades indígenas en cada territorio. Así mismo, las acciones de formación continua se encuentran enmarcadas dentro del desarrollo de la Política de Talento Humano, considerando el cumplimiento de las responsabilidades de los actores del Sistema de Salud, en el contexto de su práctica y la responsabilidad social para garantizar el derecho a la salud con enfoque intercultural.

Elementos afines de los componentes del SISPI, Resolución 050 de 2021 y los ejes estratégicos del PDPS 2022 – 2031: Componente Cuidado de la salud propia e intercultural

Se encuentra afinidad en grado de orientar técnicamente el fortalecimiento de las formas del cuidado de la salud desde lo propio, así como las adecuaciones interculturales de los programas de salud individual y colectiva y la definición de las acciones propias, interculturales y complementarias para la gestión de la salud pública en los territorios. Así como los desarrollos que se vienen dando en las entidades territoriales de conformidad con lo establecido en la Circular 011 de 2011 y la Resolución 050 del 2021 en relación con la ruta de armonización concertada en los espacios de participación técnicos y políticos.

Establece en conjunto con las entidades territoriales de salud, las estructuras propias en salud, organizaciones y/o autoridades indígenas y las entidades promotoras de salud propenderán por definir los mecanismos de interacción para acordar las acciones propias, interculturales y complementarias para la gestión de la salud pública de acuerdo a las necesidades, condiciones y prioridades previamente acordadas entre los actores del SGSSS, se destacan entre ellas a) Las condiciones de salud a abordar de manera prioritaria; b) La adecuación social y cultural de las Rutas Integrales de Atención; c) Los acuerdos y mecanismos para articular y complementar las intervenciones individuales y las colectivas; d) Priorización conjunta para la definición de los resultados en salud en coherencia con las acciones concertadas.

En sinergia con el eje estratégico de **Gestión Integral del Riesgo** del Plan Decenal de Salud Pública 2021 – 2031, que ...implica el abordaje de los riesgos en salud a través de estrategias individuales, colectivas y poblacionales que incluyen medidas legislativas, medidas de protección, identificación, mitigación y superación de riesgos, y medidas para controlar y reducir los riesgos financieros de las entidades responsables de su gestión.

Por lo anterior, se identifican las estrategias enunciadas en el Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031 que recogen los elementos comunes entre los marcos citados:

- La articulación de acciones para la gestión del riesgo colectivo e individual, mediante la valoración de la percepción social del riesgo desde el concepto propio como desarmonías y desequilibrios en el territorio indígena, la identificación y la priorización a partir de sus necesidades y acorde a sus planes de vida, la organización de la red de prestadores de servicios de salud primarios y complementarios en coordinación, articulación y complementariedad con el

sistema propio de salud, teniendo en cuenta las adecuaciones socio culturales e integración de las RIAS con los caminos interculturales con estrategias de atención en acuerdos interculturales.

- La construcción conjunta de estrategias de monitoreo, seguimiento y evaluación para optimizar la toma de decisiones y el logro de resultados en salud, como la vigilancia comunitaria intercultural a partir del reconocimiento de los roles y el alcance desde las dinámicas comunitarias que se relacionan con el cuidado primario a la salud desde sus autoridades ancestrales y la conexión con el camino hacia la complementariedad con las RIAS adecuadas socio culturalmente.
- Desarrollo de capacidades para el cuidado integral de la salud, la comunicación de riesgos en salud y la promoción de la participación de las personas, familias y comunidades en la acción colectiva necesaria para enfrentar los riesgos que amenazan la vida, la salud y el territorio, a través del diseño e implementación de estrategias de educación y comunicación en el campo de la salud pública desde el conocimiento propio e intercultural para la construcción de capacidades técnicas y resolutivas, acordes con el contexto socio cultural.
- El reconocimiento, manejo y gestión de los riesgos derivados de amenazas biológicas, sociales, económicas, ambientales y/o pérdida de conocimiento de las normas propias del cuidado a la salud y del territorio, a través del desarrollo de metodologías de autodiagnóstico, cartografía para el buen vivir, análisis y caracterización de riesgos poblacionales, que orienten las intervenciones y coordinación de respuestas integrales y articuladas entre el sistema propio de salud del territorio indígena con actores del sistema de salud.

Elementos afines de los componentes del SISPI, Resolución 050 de 2021 y los ejes estratégicos del PDPS 2022 – 2031: Componente Administración y Gestión

La administración y gestión de la salud propia e intercultural en el marco del SISPI involucra el desarrollo de los procesos de planeación en salud a partir del reconocimiento de las variables propias e interculturales, así como incorporar información socio cultural de la población indígena, en los Análisis de Situación de Salud territoriales, que les permita comprender y ampliar el conocimiento de la situación de salud de los pueblos y comunidades indígenas, en coherencia con los lineamientos y metodologías dispuestas por este Ministerio de Salud y Protección Social para la elaboración del Análisis de la Situación de Salud (ASIS).

En el mismo sentido, la definición desde lo propio y la concertación de los resultados esperados en salud con las entidades territoriales, la definición de objetivos, metas, indicadores y financiamiento de las acciones priorizadas y concertadas; se orientará con base en la definición del SISPI de acuerdo al artículo 74 del decreto 1953 de 2014: *El SISPI se articula, coordina y complementa con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), con el fin de maximizar los logros en salud de los pueblos indígenas en lo relacionado con la gestión de la salud pública.*

Por otra parte, en sinergia con el eje estratégico de **Atención Primaria de Salud del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031**, el cual ...aproxima la salud de la población 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...

Así, se identifican las estrategias enunciadas en el Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031 que recogen los elementos comunes entre los marcos citados:

- A partir de la configuración de herramientas, instrumentos y procesos para la transformación de la información desde el contexto propio e intercultural que permita el análisis, transferencia y uso de la información, la priorización y la toma de decisiones en salud pública, las orientaciones que se describen a continuación, forman parte del proceso de participación y planeación en salud en los territorios indígenas, tomados de la Resolución 050 de 2021, artículo 2:

i.) Definirán, organizarán y convocarán, la participación de actores comunitarios pertenecientes a los pueblos y comunidades indígenas, ii.) Convocarán los actores comunitarios que harán presencia en las mesas de trabajo para la formulación de los PTS, en el marco del proceso de planeación integral en salud y iii.) Vincularán a los actores comunitarios, las autoridades propias y/o tradicionales, sabedores de la medicina ancestral y de las estructuras propias de salud de las comunidades indígenas definidas, en el marco

del proceso de planeación integral en salud, con el fin de profundizar en el reconocimiento integral y comprensión de las condiciones particulares en que se encuentra este grupo y los factores socioculturales que inciden en su situación de salud, y iv) Gestionarán los procesos de participación y brindarán acompañamiento y apoyo a todas las instancias, respetando su autonomía

- 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, los planes de vida indígenas y otras formas autónomas para el cuidado de la vida y la salud con los niveles de gestión territorial integral de la salud pública.
- Consolidación de marcos políticos jurídicos y normativos para la promoción del buen vivir y la garantía de derechos; la promoción y protección del ambiente sano; la prevención y el control frente a los desequilibrios y desarmonías para el territorio, la comunidad, la familia y el individuo, los ecosistemas y la mitigación de los efectos del cambio climático; el acceso a saneamiento básico y la promoción y protección de mejores condiciones de vida y salud en entornos urbanos y rurales, así como en entornos etnoeducativos, laborales, comunitarios, institucionales y del hogar; la protección social y promoción de mejores condiciones de trabajo para la población formal e informal en entornos urbanos y rurales; la promoción y protección de la soberanía y la seguridad alimentaria y nutricional; la promoción de la recreación, la sana convivencia, la salud mental y armonías espirituales y la salud sexual y reproductiva.
- Promoción y protección de la salud materno-infantil, de la salud mental y la sana convivencia, del desarrollo integral de niños, niñas y adolescentes, de la salud sexual y reproductiva con equidad de género y del envejecimiento activo de la población; y 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 en condición de discapacidad del territorio colombiano.
- La disponibilidad, accesibilidad, calidad 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 desde el concepto propio e intercultural 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 el buen vivir; la actualización y desarrollo de capacidades técnicas para el abordaje de las condiciones en salud y para la gestión integral de la salud pública; y el reconocimiento de las autoridades ancestrales y el talento humano en salud indígena y no indígena como educadores y por tanto productores de cultura.

2.2. Marco estratégico intercultural con el Pueblo Rrom

La identidad cultural del pueblo Rrom es reconocida por el decreto 2957 de 2010 que expidió el marco normativo para la protección integral de los derechos del grupo étnico Rom o Gitano (Presidencia de Colombia, 2010). Esta norma define la identidad Rrom así:

Se es Rom o Gitano por descendencia patrilínea, la cual permite la ubicación de una persona en un determinado grupo de parentesco, configurado fundamentalmente en torno a la autoridad emanada de un hombre de reconocido prestigio y conocimiento, el cual a su vez, a través de diferentes alianzas, se articula a otros grupos de parentesco, en donde todos comparten, entre otros aspectos, la idea de un origen común, una tradición nómada, un idioma, un sistema jurídico la kriss Romani, unas autoridades, una organización social, el respeto a un complejo sistema de valores y creencias, un especial sentido de la estética que conlleva a un fuerte apego a la libertad individual y colectiva, los cuales definen fronteras étnicas que los distinguen de otros grupos étnicos. Sin perjuicio de la descendencia patrilínea, los hijos e hijas de una mujer Romny y padre gadzho (no Gitano) que vivan en kumpeñy serán considerados como Rom" (Presidencia de Colombia, 2010 p. 2)

Existen enfermedades de orden cultural como lo son el mal de ojo, descuajados, malestares con fiebres, diarreas, dislocaciones, fracturas, dolores de cabeza, entre otros. Además, existen otras de tipo moral como cuando por ejemplo las personas Gitanas son expulsadas de la comunidad y se encuentran en estado de Rigate o Marimé, lo cual hace alusión al exilio de un miembro de la Kumpania por algún acto vergonzoso (Rrom, 2021 p. 77).

2.2.2. Planeación estratégica en salud a partir de la autonomía y gobernabilidad del pueblo Rrom.

La garantía del "buen vivir" del pueblo Rrom parten del "O' Lasho Drom" o plan de vida, en la medida que es la carta principal de navegación en la que se enmarcan los principios que orientan su razón de ser y estar como comunidad y grupo étnico. El "O' Lasho Drom" permite evidenciar las dinámicas sociales y culturales que se expresan a nivel colectivo principalmente, bajo el principio de la unidad familiar. En este sentido y de acuerdo con la trayectoria histórica que ha configurado al pueblo Rrom como un grupo humano trashumante, es importante señalar la cohesión social que han buscado resguardar como identidad propia en medio de los desplazamientos e intercambios culturales constantes (Rrom, 2021).

Para la identificación de los elementos orientadores se llevó a cabo un proceso de participación y construcción conjunta en el marco de la realización del capítulo del Plan Decenal de Salud Pública y los compromisos 2018-2022 del Plan Nacional de Desarrollo. A partir de 33 jornadas de trabajo en los territorios, se recogieron los intereses, inquietudes, solicitudes e incluso aquellos vacíos en salud identificados en las nueve Kumpañy y las dos organizaciones del grupo étnico – Unión Romani y PROROM. Posterior a la recolección de insumos, se llevó a cabo un ejercicio de análisis cualitativo y cuantitativo que dio lugar a los cuatro pilares que sintetizan e integran de manera armónica aquellas necesidades en el marco del "O' Lasho Drom" la propuesta institucional articulada y encaminada a la planeación en salud con enfoque étnico diferencial.

A continuación, se describen los elementos orientadores y los contenidos de las estrategias e insumos interculturales para la gestión integral de la planeación territorial en salud y los elementos de los ejes estratégicos del Plan Decenal que son su base estratégica.

Eje estratégico: gobierno y gobernanza de la salud pública.

Este eje garantiza mediante el intercambio y la interlocución entre gobiernos el reconocimiento de formas organizativas propias que conversan a la luz de un gobierno nacional y de unas directrices concertadas de manera conjunta que buscan garantizar el liderazgo frente a la garantía y goce efectivo del derecho a la salud, partiendo de la distinción de que existen contextos territoriales y poblacionales diferenciales, como es el caso del Pueblo Rrom.

- **Gobierno, autonomía y gobernanza**

Para el pueblo Rrom la Autonomía es la facultad que tienen los Grupos Étnicos de organizar y dirigir su vida interna de acuerdo con sus propios valores, instituciones, y mecanismos dentro del marco del Estado del cual forman parte. Es decir que la Autonomía es la capacidad y la manera de autogobernarse, y tiene como base los siguientes elementos: Territorio, Gobierno Propio e Identidad Cultural (O'lasho Lungo Rrom, 2021 p. 169)

Así se define que la base territorial de las formas socialmente aceptadas en cuanto al establecimiento de una Comunidad Gitana en un territorio definido, pero además como la estancia social auto reguladora de la vida individual y colectiva, se procede a mencionar las Kumpañy, donde se practica su itinerancia en los territorios ocupados por los Gadzhé. Este fenómeno se da básicamente en los sitios que se encuentran vacíos, pero que también significan un bienestar para ellos, por ende, se han venido constituyendo Territorios Gitanos en áreas civiles. Las dimensiones de estos territorios son variables y adoptan distintas formas de constitución con un único trasfondo de libertad. (Rrom, 2022) Dicha base territorial desarrolla el "buen vivir", el cual debe fortalecer las acciones propias e interculturales para la gestión de la salud pública del pueblo Rrom.

Así, se presentan las líneas estratégicas que corresponden a estructuras funcionales que permiten la adecuación de los arreglos institucionales de gobierno y de gobernanza de acuerdo con los contextos territoriales y poblacionales desde el conocimiento propio e intercultural para el fortalecimiento de la autonomía, gobierno y gobernanza del Pueblo Rrom:

2.2.1. Nociones conceptuales propias.

A continuación, se presentan las nociones resultantes del trabajo adelantado con el pueblo Rrom.

Territorio: El territorio se comprende como un espacio representativo e integral que tiene razón de ser en las relaciones que reproducen y cohesionan la vida colectiva. En el caso del pueblo Rrom, el territorio es vida en tanto se configura como su vivienda, dónde su cultura se recrea y donde se proporciona el alimento. En principio este no se pensaba bajo una relación de propiedad, sino una relación temporal, sin embargo, teniendo en cuenta que las condiciones han cambiado a partir de la violencia y la discriminación, el pueblo Rrom ya no tiene la trashumancia en su totalidad, por ende, se ha adaptado y asentado en territorios que ha buscado adaptar de manera colectiva con las Kumpañy como propios, manteniendo la armonía y el equilibrio con el mismo. Para el pueblo Rrom el territorio guarda una relación estrecha con el progreso y la calidad de vida, por ende es un eje estructurante en su cosmovisión como colectivo (Rrom, 2021).

Identidad Cultural: La identidad cultural refiere a la pertenencia social y cultural que poseen los colectivos, para el caso del pueblo Rrom se representa en el arraigo a sus principios y valores morales, a sus prácticas culturales frente al cuidado y protección de la vida, a sus prácticas rituales frente al nacimiento o la muerte. Es la identidad cultural la que entretiene una serie de sentidos y significados propios alrededor de "ser Rrom", y de características propias que se evidencian en la manera vivir el tiempo presente, de pensar, sentir, trascender y expresar su visión de mundo en las relaciones de reciprocidad, de parentesco, en los usos, costumbres, conocimientos ancestrales, y en la "enorme flexibilidad que facilita su interacción en contextos difíciles y hostiles" (Bimbay 2021) y que ha llevado a configurar múltiples formas de habitar, transitar y circular los territorios que habitan. Sumado a ello, la identidad se configura como ordenador que tiene el propósito de permanecer a través del paso generacional de saberes y experiencias colectivas e individuales (Rrom, 2021).

Autonomía: La Autonomía se configura como la facultad que tienen los grupos para organizar y dirigir su vida interna de acuerdo con sus patrones identitarios, sus valores propios, su cosmovisión, su organización sociopolítica, sus instituciones, y aquellos mecanismos dentro del marco del Estado del cual forman parte. Es decir, que la autonomía para el pueblo Rrom es la capacidad y la manera de autogobernarse, y tiene como base los siguientes elementos: Territorio, Gobierno Propio e Identidad Cultural. Para el pueblo Rrom, la autonomía ha hecho parte fundamental de su identidad, y por ende se configura como garante en el fortalecimiento de procesos colectivos que promueven los intereses comunes desde el ejercicio participativo entre gobiernos.

También se refiere al denominado derecho mayoritario o derecho propio del Pueblo Rrom, el cual se fundamenta en la cosmovisión Gitana como "Kris Rromani"⁸², y se comprende como la forma de organización sociopolítica con normas y valores culturales propios que trata asuntos o conflictos internos, y ejerce funciones jurisdiccionales, culturales, políticas y administrativas dentro de un ámbito territorial (O'lasho Lungo Rrom, 2021 p. 65)

Salud Propia: La salud se configura en principio con un ordenador dentro del pueblo Rrom en la medida que determina su lugar y función dentro del colectivo. A su vez, la salud se comprende bajo la noción propia de "bien estar" y "bien ser" que involucra lo colectivo y lo individual. Para mantener el equilibrio y la armonía, es fundamental respetar los principios y valores morales, ya que de lo contrario trae malestar colectivo, el cual se ve reflejado física y espiritualmente. En este sentido el pueblo Rrom ha generado un sistema propio de cuidado de la vida a partir de saberes y prácticas ancestrales.

Medicina tradicional: La medicina tradicional hace parte fundamental de la identidad propia del pueblo Rrom en la medida que se ha desarrollado como sistema para mantener el equilibrio dentro de la comunidad frente a enfermedades de tipo moral o físico, y a su vez para responder desde los conocimientos propios basados en el manejo de plantas medicinales a las *enfermedades de orden cultural* que puedan llegar a tener. La medicina tradicional ha sido desarrollada principalmente por la figura femenina, sin embargo, existen hombres que también asumen este rol dentro de la comunidad.

⁸² De la Kriss: Tribunal en el que se reúnen los gitanos mayores (Seré Rromengue) de determinada Kumpania con el propósito de resolver un acotroversia y tratar asuntos internos.c. De la kriss Romani. Es el sistema propio del grupo étnico Rom o Gitano, el cual está compuesto por una serie de normas y valores culturales que todos los miembros del grupo étnico tienen el deber de acatar y hacer cumplir. d. De los Seré Rromengué. Sero Rrom (Sere Rromengue plural), es el hombre casado, con hijos, sobre el cual, por su prestigio, conocimiento de la tradición, capacidad de construir consensos, habilidad en la palabra, recae la autoridad de un determinado patrigroupo o grupo familiar extenso (Decreto 2957-op cit:3 citado en Paternina, 2013, pág 478)

- **Estrategia 1.1.** Diseño de estrategias que promuevan a participación de representantes de las comunidades Rrom en los momentos de construcción, implementación y seguimiento de los Planes Territoriales en salud, buscando que se incluyan en el enfoque étnico requerido, de acuerdo con el contexto y los recursos de cada territorio.

- **Estrategia 1.2.** Fortalecimiento de las estructuras organizativas propias del pueblo Rrom y las articulaciones interinstitucionales que lleven a crear espacios de diálogo desde un enfoque intercultural.

Eje estratégico: Gestión intersectorial de los determinantes sociales de la salud

Este eje pretende integrar diferentes sectores a partir de una visión conjunta, que en este caso involucra al pueblo Rrom y su estructura organizativa propia en un escenario de diálogo e intercambio intercultural con el Gobierno, que pretende en el marco de la planificación identificar problemáticas y rutas resolutivas afirmativas desde lo individual y lo colectivo.

- **Elemento orientador de Salud Propia e Intercultural**

La salud para el pueblo Rrom se comprende a partir de una relación intrínseca entre el cuerpo y el pensamiento que involucra principios morales a nivel individual y colectivo desde la noción propia de "bien estar y bien ser". En este sentido, la salud como derecho fundamental, autónomo e irrenunciable y de acuerdo con el principio de igualdad y el Convenio 169 de la OIT, el Gobierno debe garantizar sin discriminación alguna el acceso y disposición de servicios de salud adecuados que brinden a nivel comunitario un bienestar integral que tenga en cuenta las condiciones sociales, geográficas, culturales, económicas, y a su vez tenga la capacidad para articular las prácticas curativas tradicionales propias, con el fin de generar procesos conjuntos en los que se visibilicen las articulaciones interculturales.

- **Estrategia 2.1.** Desarrollo de procesos de coordinación y articulación con el entorno educativo e institucional (hospitales, alcaldías, colegios, jardines) para fortalecer la transmisión de saberes y prácticas de crianza, cuidado de la salud y educación familiar desde los conocimientos de los sabedores y sabedoras, como factor protector de la salud.

- **Estrategia 2.2.** Diseño y promoción de actividades colectivas de educación para la salud que permitan recuperar y fortalecer las prácticas culturales propias (artísticas, lúdicas y deportivas), en conjunto con la gestión en salud pública con sector cultura y deporte para propiciar espacios colectivos para los y las jóvenes, así como para los niños/as.

Este eje orientador armoniza la Salud Propia e Intercultural del Pueblo Rrom, los ejes estratégicos del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031 y las representaciones sobre la medicina occidental en coherencia con los enunciados relacionados con el concepto propio donde:

...la salud y la enfermedad, la salud corresponde al bien estar y al bien ser, está relacionada intrínsecamente con lo colectivo y lo personal. Entonces una persona saludable en la Comunidad Gitana es respetada y aceptada por todo el colectivo", y el concepto occidental el cual "ha venido en detrimento la medicina propia hasta su desaparición. La medicina occidental es necesaria para calmar los dolores pasajeros y que se solucionen en ese mismo momento, debido a que no existe una visión de la medicina preventiva (Rrom, 2022).

Es por lo que las estrategias proponen establecer un puente de corresponsabilidad desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, diagnóstico oportuno, atención y paliación, mediante acciones acordadas en escenarios de construcción conjunta para llegar a acuerdos para la gestión de la salud pública del pueblo Rrom:

- **Estrategia 2.3.** Caracterización individual de la población afiliada, a cargo de las entidades promotoras de salud, a la que pertenece a la población Rom incluyendo el análisis de riesgos, ubicación geográfica (urbano, rural, disperso), oferta de servicios disponibles para su atención incluyendo sus características y circunstancias poblacionales

- **Estrategia 2.4.** Desarrollo de intervenciones individuales y colectivas advirtiendo, principalmente, sus sistemas de creencias, tradiciones, costumbres y rituales como factores protectores y de afrontamiento ante la adversidad.

Elemento orientador Entorno socioambiental y hábitat.

El espacio y la territorialidad para el pueblo Rrom se configura desde la cosmovisión trashumante, en la medida que la movilidad es una característica propia y fundamental dentro de su configuración cultural y organización sociopolítica. En este sentido se evidencia que la vivienda es un espacio de reproducción cultural en la medida que es donde las familias fortalecen sus lazos y encuentran la unidad, el equilibrio y el bienestar social que necesitan. Sin embargo, en los entornos donde se encuentran ubicadas las viviendas de las diferentes Kumpany existen problemas de altos índices de contaminación tanto en el aire como en las fuentes hídricas, lo que se relaciona con enfermedades crónicas y la necesidad de atenciones en salud prioritarias ante las mismas.

- **Estrategia 3.1.** Desarrollo de caracterización social y ambiental a la población Rrom con base en el contexto del territorio, etnia, género, estilos de vida (identidad cultural) en relación con las prácticas, comportamientos, costumbres, hábitos que desarrollan en el entorno hogar y las condiciones del lugar donde habitan (asentamientos donde pueden habitar en carpas, toldos o viviendas) que pueden afectar su salud, la de familia y comunidad y generar impactos en el ambiente (tener en cuenta el manejo del agua para consumo, el manejo de residuos sólidos, la calidad del aire intramural, y las condiciones externas a la vivienda).
- **Estrategia 3.2.** Gestión de acciones de articulación y planeación conjunta con la población Rrom, para la materialización de las intervenciones colectivas en sus territorios conforme a las características sociales y ambientales de sus kumpanya.

Eje estratégico: Gestión del Conocimiento para la Salud Pública.

Este eje resalta la importancia para el pueblo Rrom al momento de consolidar su producción intelectual con el fin de resguardar lo propio, como son sus conocimientos, prácticas, usos, costumbres. Presentando a su vez una oportunidad para construir espacios de participación y construcción conjunta alrededor de los conocimientos que relacionan la salud y los sistemas de cuidado propio en relación con el sistema general de salud pública.

- **Elemento orientador Salud y entorno laboral.**

El trabajo para el pueblo Rrom es una dimensión fundamental que reproduce valores estructurales dentro de la identidad propia, tanto en lo que compete como sistema productivo, como lo referido a las nociones del *día a día* y los roles de género. Las dinámicas se basan en el trabajo colectivo, la *Vortechia* y en prácticas ancestrales relacionadas a la elaboración de artesanías (ollas) a partir del manejo de metales como el cobre y al comercio principalmente. Oficios que han buscado mantenerse ya que se configuran como estatuto cultural de su patrimonio inmaterial. Esta apuesta por la protección del legado cultural del pueblo Rrom está acompañada de unas necesidades de cara a la garantía del derecho a la salud física y mental, y a gozar de una vida digna y segura (Rrom, 2021).

- **Estrategia 4.1.** Desarrollo de estrategias que promuevan el dialogo de saberes mediante metodologías participativas de manera que se fortalezcan las capacidades de la población Rrom para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, de acuerdo con los posibles riesgos asociados a la ocupación u oficio que desempeñan (tener en cuenta la exposición a sustancias químicas, accidentes por el uso de herramientas, manejo de residuos sólidos y residuos peligrosos, exposición al sol).

Este elemento orientador de Salud y entorno laboral del Pueblo Rrom además se armoniza con el eje estratégico: Gestión Integral del Riesgo en Salud Pública mediante el elemento orientador de 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 Integral de las Condiciones de la Salud y específicamente a través de la estrategia de 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.

- **Estrategia 4.2.** Programación de jornadas de salud en el ámbito extramural, para la atención, aplicación de tamizajes y acciones de información, que incidan en la detección oportuna de las enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, cáncer, salud visual, auditiva y salud bucal.

2.3. Marco estratégico intercultural con las Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras

Las comunidades negras se definen como el conjunto de familias de ascendencia afrocolombiana que poseen una cultura propia, comparten una historia y tienen sus propias tradiciones y costumbres dentro de la relación campo poblado, que revelan y conservan conciencia de identidad que las distinguen de otros grupos étnicos (Congreso de Colombia, 1993).

Esta definición establece la conexión de su ancestría africana con el desarrollo de su cultura propia que vincula en forma estrecha al territorio con relación a su conciencia de identidad, esta pervivencia identitaria unida a lo territorial y sus distintos contextos ecológicos fundamenta la noción de biodiversidad biocultural, por cuanto es con su cultura y complejo sistema de conocimientos que usan, manejan y protegen sus territorios y la biodiversidad que los constituyen. (I. Humboldt, 2021)

Por lo anterior, los desarrollos de sistemas de gestión integral de la salud pública en marcos estratégicos interculturales que parten del principio de colocar su cultura propia de salud en coordinación de esfuerzos con la medicina alopática y otras expresiones de la medicina occidental, están promoviendo la existencia y desarrollo de sus sistemas de conocimientos tradicionales que están asociados a la protección de la biodiversidad de sus territorios y por lo tanto a perspectivas biocéntricas en la gestión del cuidado, territorios y desarrollo propuesta por este plan decenal.

La interculturalidad en la gestión territorial integral de la salud pública conlleva a la conservación y pervivencia del sistema de conocimientos tradicionales del pueblo afrocolombiano y de esta manera se configura en un espacio de protección de estos conocimientos tradicionales a través de la garantía del ejercicio de sus derechos sociales, económicos, culturales y políticos, por el reconocimiento y respeto de sus formas de organización y cosmovisiones. Esta protección del sistema de conocimientos tradicionales del pueblo afrocolombiano tiene conexión directa con la conservación de la diversidad biológica en sus territorios y la garantía y goce del ejercicio de sus derechos específicos para las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.

Por lo anterior, la garantía del "vivir sabroso" para las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras (Quiceno, 2016) significa el cuidado de la vida, territorios y desarrollo en perspectiva de biocentrismo pues se conjugan diversas formas y prácticas en cuanto a su bienestar personal, salud, fortaleza corporal y alivio de padecimientos en su cotidiano vivir en los ámbitos familiares, comunitarios y sociales en que transcurren sus vidas a través de prácticas rituales, productivas, políticas.

2.3.1. Nociones conceptuales propias.

En el marco del trabajo articulado realizado por el MSPS con organizaciones representativas y comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras e integrantes reconocidos del sistema de conocimiento tradicional del pueblo afrocolombiano se obtuvieron nociones conceptuales que reflejan las diferentes perspectivas por los distintos ámbitos y modos de vida en que transcurren sus prácticas y sistemas de vida. No se presentan resumidos en categorías homogenizantes para no perder su textura social y riqueza cultural, por esto se presentan a continuación desde las voces de sabedores y sabedoras:

Salud: "... la entendemos no solamente desde lo físico sino también desde lo mental, lo espiritual y lo colectivo, la sabiduría ancestral en nuestros territorios es clave para generar un autocuidado, sanación y bienestar en la salud de todos incluyendo la salud del territorio, es decir que hay una salud integral cuando están en buenas condiciones físicas, mentales y espirituales, los habitantes, el ambiente y territorio" (Entrevista sabedora 1) "La salud significa en gran medida la vida la salud como bienestar para el desarrollo del buen vivir dentro del territorio" (Entrevista sabedora 2) "Salud es contar con un centro de salud bien dotado y contar con un curandero o sanador que este siempre a la disposición del pueblo y que las EPS brinden facilidad de accesos a los programas y servicios de salud" (Entrevista sabedores 3) "Salud es deporte, buena y variedad en la nutrición, Un medio ambiente sano, Las necesidades básicas satisfechas" (Entrevista sabedor 4).

"Existe una relación directa entre la salud del Ecosistema, la salud de los individuos. Entonces en este contexto la salud ha sido definida como la "Adaptación exitosa de un grupo humano a un ambiente determinado" (Entrevista sabedor 5).

Enfermedad: "Entre diversos sectores de la región pacífica se dan variaciones frente a los nombres y clasificación de las enfermedades y sus orígenes, así como la manera de tratar, pero existe una transversalidad en sus saberes y practicas ligadas a la dualidad frío-caliente". (Entrevista sabedora 2) "... Cuando hay desequilibrio en el territorio aparece la enfermedad que afecta directamente al individuo y a la comunidad. Por tanto, la enfermedad aparece cuando hay quebrantamiento de las prescripciones, o normas. Desde el conocimiento propio, su restablecimiento está a cargo de autoridades espirituales médicas tradicionales o chamanes, los cuales tienen la capacidad de comunicarse y negociar, tanto para curar, como para poner el maleficio, con los espíritus dueños de la naturaleza. (Entrevista sabedor 5)

Cultura: "legado de conocimientos y de saberes, de prácticas que los y las caracterizan y los definen, los diferencian de otras especies o culturas. La cultura no solo reflejada en bailes, alborotos y alegrías, sino como símbolo de fuerza y de resistencia que se lleva por dentro, en el calor que fluye por las venas. La cultura como mecanismo de defensa y de supervivencia" (Entrevista sabedora 2)

Ancestralidad: "La ancestralidad es declarada como un inamovible de las comunidades étnicas en este caso para las comunidades Negras. Es importante porque a través de ella las comunidades han logrado mantenerse en el territorio la ancestralidad como lo había dicho anteriormente es sinónimo de resistencia y de pervivencia" (Entrevista sabedora 2)

Medicina y saberes ancestrales: "se refiere a los saberes, creencias, usos y costumbres de la tradición cultural, relacionada con la salud, las técnicas terapéuticas, los recursos naturales, tales como las plantas medicinales y otros y los agentes comunitarios que desempeñan funciones en este campo, como los médicos tradicionales o chamanes, como las parteras, hierbateros, remediaros, sobanderos entre otros. Ellos son las personas autorizadas en la comunidad para ejercer el oficio, ellos tienen el don especial de curar o colocar maleficios, algunos, nacieron con el don, otros lo aprendieron de sus mayores u otros sanadores, otros lo atribuyen a una señal divina o llamada, trance o visión de una persona con dones especiales y por último por percibir de otro sanador su potencial por medio de "luz" que una persona irradia y hay que hacerse saber. Hace parte de este mundo de los Saberes Ancestrales, LA COSMOVISIÓN, lo cual hace relación a la forma como las culturas interpretan la integración del hombre con la naturaleza y el cosmos. A las ciencias sobre el origen, estructura y dinámica del Universo, el tiempo y el espacio, el origen, sentido y destino de la vida. Esta Cosmovisión se explica en los mitos, los ritos, la tradición oral, los sueños las señas etc." (Entrevista sabedor 5)

El arte de partear: partear se compone de un conjunto de prácticas de cuidado que se da en el marco de relaciones de confianza y amor, incluyen: "un control a la embarazada midiéndole la barriga periódicamente y se le informa en qué condiciones se encuentra él bebe y las precauciones que deben tener; si él bebe esta encajado debe hacersele masajes en la parte baja del vientre para que el feto busque su acomodo. Luego del parto se le hace seguimiento a la madre para mirar si expulsó las placetas o compañeras para luego recetarles bebedizos de plantas para que las expulsen y limpiar el vientre, para estos utiliza el nacedero y otras plantas que sirven para la evacuación de residuos en el vientre. Luego del parto se arregla bien a la madre y debe pasar 40 días dentro de un toldo como dieta para evitar los pasmos, resfríos bajitos dolores de cabeza. Para evitar los pasmos se compone una botella que contiene canela, clavo de olor, aguardiente, nuez moscada, alhucema y romero y se toma una copita en ayunas" (Entrevista sabedores 3)

"Las parteras saben que para traer una vida al mundo se requiere de tiempo, mucha paciencia y mucha energía, y son conscientes de que el momento del nacimiento es rudo, por lo que ejercen un rol muy importante en la enculturación Afro como educadoras que lideran los principios y las prácticas de la armonía y el equilibrio que les permite refrescar los estados de calor y frío en la madre, y mantener el equilibrio del cuerpo de la mujer a base de remedios preparados con plantas medicinales que cultivan en los solares de sus casas" (entrevista sabedora 2)

"Las curanderas, cuidadoras, comadronas y parteras son seres cargados de una sabiduría infinita, se caracterizan por sus instintos de maternidad y de cuidadoras y que mejor que el amor y el cuidado de alguien que es como la misma madre de una, ellas se entregan de tal manera a su oficio que no escatiman los riesgos ni los perjuicios a los que se pueden llegar a enfrentar e ocasiones. Dentro de sus labores empiezan haciendo un proceso con la pareja que quiere concebir un hijo y no ha sido

posible, cuando se da el embarazo viene el proceso con la primeriza, le enseña desde la manera como debe sentarse hasta la manera como debe acostarse. Luego es el proceso de la alimentación para mantener la criatura bien alimentada para tener fuerzas a la hora de parir y el cuidado tanto del prematuro como de la madre. Ellas como conocedoras de los "secretos de las mujeres" sobre la salud sexual y reproductiva femenina, desarrollan un papel protagónico en las comunidades al ayudar a nacer la vida, haciendo un trabajo "étnico cultural, tradicional que viene desde el principio del mundo, porque la partera es una de las principales trabajadoras del mundo para traer a toda la humanidad" (entrevista sabedora 2)

En el mismo sentido, la declaración de Salvaguardia del patrimonio cultural inmaterial de los afrodescendientes en América Latina incluye los saberes y técnicas de preparación y atención para el parto (región pacífica): Las parteras negras del sur del Pacífico son famosas por su sabiduría tradicional para acompañar los partos. Es un saber que reúne técnicas especiales de atención y un conocimiento profundo sobre las plantas medicinales que utilizan. (UNESCO, 2013). Además, la corte constitucional de Colombia reconoce y exalta la partería como saber ancestral y patrimonio cultural de la Nación y exhorta al Ministerio de Salud a integrar a las parteras al Sistema de Seguridad Social en Salud y al congreso de la República a legislar sobre ese tema. (CCC, 2022)

Espiritualidad: En la medida que se fortalezca el territorio se fortalece la historia y la sabiduría. Se debe recuperar toda esa parte de la historia y los saberes perdidos. Debemos reconocer el conocimiento, la sabiduría y la espiritualidad de las poblaciones Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras como elementos importantes de la cultura. Protegiendo todos esos saberes y los elementos que constituyen las dinámicas que hoy persisten en las poblaciones Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras (entrevista sabedora 1).

Sobre ritos, mitos y alabaos: "Dentro de los ritos tenemos, primeramente, los ritos que se hacen cuando nace un nuevo Ser y cuando se despidе de este mundo terrenal. A quienes protegemos: protegemos a los niños en diferentes etapas de su vida. De los malos espíritus.

De Que los protegemos: De posibles males que los pueden afectar al nacer y en la trayectoria de la vida, protegemos a nuestros sabedores porque son elementos fundamentales en nuestras comunidades

Como los protegemos: Mediante el uso y las prácticas ancestrales y espirituales que se tienen en el territorio

Quienes lo hacen: Lógicamente que los encargados de hacer estos trabajos son personas idóneas y reconocidas en las comunidades (sabedores, santeros, rezaderos, cataoras)" (Entrevista sabedora 2)

"Hace parte de este mundo de los Saberes Ancestrales, la cosmovisión, lo cual hace relación a la forma como las culturas interpretan la integración del hombre con la naturaleza y el cosmos. A las ciencias sobre el origen, estructura y dinámica del Universos, el tiempo y el espacio, el origen, sentido y destino de la vida. Esta Cosmovisión se explica en los mitos, los ritos, la tradición oral, los sueños las señas etc. A diferencia de la visión racionalista y de la lógica experimental de la medicina científica, la medicina tradicional de los grupos étnicos se fundamenta en otras interpretaciones, según lo cual los fenómenos de la realidad son intervenidos por fuerza ocultas naturales y sobrenaturales, espíritus, duende, dueños espirituales, dioses etc." (Entrevista sabedor 5)

Salud ambiental: "salud ambiental no es solo el agua contaminada, sino también por ejemplo como a las parteras del norte de Cauca para bajarse de la montaña tenían que cargar a la parturienta por esos caminos tan malos, porque simplemente por no tener una carretera, no pueden tener acceso a vías que les faciliten su trabajo y que por tanto le permitan llegar a tiempo para atender a las mujeres y que ellas sean atendidas. Entonces es importante proporcionar los medios ajustados a las realidades y necesidades comunidades, pues para ellas es muy importante por ejemplo que sus hijos nazcan en sus territorios y por supuesto al mejorar el estilo de vida, impactas también en la calidad de vida de estas comunidades en todas las dimensiones" (Entrevista sabedor 5)

Derecho propio para la gestión territorial integral en salud. Los instrumentos locales de gestión territorial con base en conocimiento local de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras son los planes de etnodesarrollo de sus territorios colectivos. Estos instrumentos pueden establecer acciones concretas para la prevención de la erosión de los conocimientos tradicionales, su protección y su fortalecimiento y ejercen el rol de instrumentos marco para la articulación con las demás instituciones y políticas.

<p>Sobre estos planes de desarrollo, la ley 70 establece que, los planes, programas y proyectos de desarrollo económico y social que adelante el gobierno y la cooperación técnica internacional para beneficio de las comunidades negras de que trata esta ley, deberá hacerse con la participación de los representantes de tales comunidades, a fin de que respondan a sus necesidades particulares, a la preservación del medio ambiente, a la conservación y cualificación de sus prácticas tradicionales de producción, a la erradicación de la pobreza y al respeto y reconocimiento de su vida social y cultural. Estos planes, programas y proyectos deberán reflejar las aspiraciones de las comunidades negras en materia de desarrollo. (Congreso de Colombia, 1993)</p> <p>2.3.2. Planeación estratégica en salud a partir de la autonomía y gobernabilidad de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras</p> <p>A partir del proceso de consulta previa para el capítulo Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021, que culminó con el Acta de protocolización del capítulo étnico en diciembre del 2021, esta última con acto administrativo en curso, se identificaron las diez categorías centrales y significativas para estas comunidades en el logro del "vivir sabroso". A continuación, se describen con una sinopsis de su justificación, con los contenidos de las líneas estratégicas como orientaciones para su materialización en la gestión integral de la gestión territorial integral en salud en armonización con los seis ejes estratégicos del Plan Decenal, de igual manera se tuvo en cuenta los documentos tales como consulta previa, que son pertinentes para la gestión de la salud pública en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031, Convenio 169 de 1989 de la OIT, Plan de Acción del Decenio de las y los Afrodescendientes en las Américas (2016-2025), Ley 70 de 1993 y los Planes de Etnodesarrollo que apoyaron la consolidación de los elementos estratégicos para la planeación territorial en salud.</p> <p>Eje estratégico Gobierno y gobernanza de la salud pública.</p> <p>Se relaciona con la gestión territorial integral en salud con las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras que se ejerce a través de dos instancias la Consultiva de Alto Nivel y el Espacio Nacional de Consulta Previa. La primera está estructurada a partir de las organizaciones de base, Consejos Comunitarios y comunidad en general, que se interrelacionan con la Consultiva de Alto Nivel a través de las consultivas departamentales. El segundo, el Espacio Nacional de Consulta Previa está estructurado con delegados departamentales y nacionales, que ejercen a través de comisiones de regulación, salud, ciencia, jurídica y educación. (Mininterior, 2022)</p> <p>Elemento orientador de participación de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras a través de sus instituciones representativas e instancias de representación</p> <p>Es un derecho de los pueblos tribales establecido por la Convención 169 de la OIT participar de manera efectiva en las decisiones que les afectan y decidir sus propias prioridades en lo que atañe a los procesos de desarrollo económico, social y cultural. Esta convención y los principios constitucionales fundamentan que las organizaciones e instituciones representativas de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras puedan desarrollar sus objetivos para la incidencia política, organizativa, administrativa e institucional a través de la práctica del diálogo con el gobierno en donde representan la voz de sus comunidades de origen y dan vida a los principios de la justicia, la democracia, el respeto de los derechos humanos, la igualdad, la no discriminación, la buena administración pública y la buena fe.</p> <ul style="list-style-type: none">• Estrategia 1.1 Generación e implementación de acciones para el fortalecimiento técnico y operativo, en las entidades o instituciones de los sectores involucrados, que permita garantizar el cumplimiento de los procesos de planeación y gestión integral en salud pública con enfoque étnico e identidad cultural para las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras• Estrategia 1.2 Diseño, definición, adecuación e implementación, en el marco de las competencias de los actores del SGSSS, las orientaciones técnicas que permitan la incorporación del enfoque diferencial (Enfoque con Pueblos y Comunidades) en las políticas, planes, programas y proyectos en salud pública para las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.• Estrategia 1.3 Diseño y despliegue de una estrategia de comunicación que permita la adecuada socialización y difusión de los elementos estratégicos y operativos del capítulo	<p>étnico de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras, así como del reconocimiento y la garantía de la participación social en el marco de la consulta previa.</p> <ul style="list-style-type: none">• Estrategia 1.4 Diseño, implementación y seguimiento de una estrategia educativa y por cursos de vida, que posibilite el desarrollo de capacidades para el cuidado de la salud integral desde la identidad cultural de las comunidades Negras, Afrocolombiana, Raizales y Palenqueras. <p>Elemento orientador comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y territorio</p> <p>La relación con las tierras o territorios, o con ambos reviste una importancia especial para la cultura y los valores espirituales de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras en particular por los aspectos colectivos de esa relación. El derecho colectivo a las tierras definidas por la ley 70 está relacionado a dos nociones: ocupación colectiva y prácticas tradicionales de producción. La ley define ocupación colectiva como el asentamiento histórico y ancestral de comunidades negras en tierras para su uso colectivo, que constituyen su hábitat, y sobre los cuales desarrollan en la actualidad sus prácticas tradicionales de producción. A su vez, las prácticas tradicionales, son definidas como las actividades y técnicas agrícolas, mineras, de extracción forestal, pecuarias, de caza, pesca y recolección de productos naturales en general, que han utilizado consuetudinariamente las comunidades negras para garantizar la conservación de la vida y el desarrollo autosostenible.</p> <ul style="list-style-type: none">• Estrategia 2.1. Diseño e implementación juntamente con la Comisión III del Espacio Nacional de Consulta Previa y el Ministerio de Salud y Protección Social una estrategia metodológica y los lineamientos técnicos para el desarrollo de la caracterización de la situación de salud con enfoque étnico y la identidad cultural para la construcción de un diagnóstico de salud de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.• Estrategia 2.2. Diseño juntamente con la Comisión III del ENCP una estrategia metodológica y los lineamientos técnicos para la incorporación del enfoque étnico y la identidad cultural en el proceso de análisis de la situación de salud (ASIS) que será insumo fundamental para la planeación territorial en materia de salud pública de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras• Estrategia 2.3. Adaptación, adecuación e implementación de los lineamientos técnicos para la vigilancia comunitaria en salud pública teniendo en cuenta los lineamientos técnicos existentes, las prácticas y saberes ancestrales para el cuidado primario en salud de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras. <p>Eje estratégico Gestión Intersectorial de los Determinantes Sociales de la Salud.</p> <p>Los instrumentos de política que direccionan la gestión intersectorial de los determinantes sociales de la salud con las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras parten del Plan de Acción del Decenio de las y los Afrodescendientes en las Américas (2016-2025), AG/RES. 2891 (XLVI/O/16) Plan de Acción del Decenio de las y los Afrodescendientes en las Américas 2016-2025 (Aprobada en la segunda sesión plenaria, celebrada el 14 de junio de 2016), cuyas líneas estratégicas de acción son reconocimiento, justicia y desarrollo y el Plan de Etnodesarrollo que refleja el "ser interior" del Consejo Comunitario, desde donde se agencia la gestión intersectorial para los procesos de: Consultas Previa, gestión de recursos a través del Sistema General de Regalías, Planes de Desarrollo con Enfoque Territorial -PDET-, Planes y Esquemas de Ordenamiento Territorial, Agendas Ambientales, Cooperación Internacional, Responsabilidad Social Empresarial, Planes de Desarrollo Municipales, Departamentales y Nacionales (OEA., 2016. p. 5).</p> <p>Elemento orientador de salud ambiental</p> <p>La relación de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras con sus territorios, relación que los define como un pueblo distinto a otros grupos étnicos "dentro de la relación campo poblado, que revelan y conservan conciencia de identidad", es reconocida por la ley con el derecho a la titulación de los territorios colectivos (Congreso de Colombia, 1993). De esta manera estos territorios colectivos se materializan en los Consejos Comunitarios y hacen parte, junto con resguardos indígenas y zonas de reserva campesina, de los ordenamientos</p>
<p>territoriales reconocidos por el estado colombiano, que actualmente se reflejan en el 33,6 % del territorio nacional (I. Humboldt, 2022).</p> <p>El mismo sentido es importante destacar que, en el marco de la Conferencia de las Naciones Unidas - COP26 realizada en Glasgow 2021, se instaló el foro afrodescendiente interamericano de cambio climático, como una instancia que permitirá abordar los temas ambientales desde un enfoque diferencial afrodescendiente en las Américas.</p> <p>El Ministerio del Interior reporta 210 Consejos Comunitarios con resolución de titulación (MINT, 2022) lo que representa cerca del 5 % del territorio nacional (I. Humboldt, 2021). Estos territorios son habitados, vividos y representados por estas comunidades bajo conceptos/categorías, usualmente no empleados en las evaluaciones científicas sobre el estado y las transformaciones de biodiversidad y los servicios ecosistémicos, como "Madre Tierra", "Buen Vivir", "Ley de Origen" y otros conceptos (específicos o comunes) referidos a "las formas de vida y las relaciones materiales e inmateriales que existen entre ellas y con los seres humanos, la astronomía, la meteorología, el estado del tiempo y los cambios estacionales, las taxonomías y modelos de interpretación de los paisajes y fenómenos del territorio, al igual que las visiones del mundo o cosmovisiones de diversos pueblos y comunidades étnicas" (I. Humboldt, 2021).</p> <p>Por lo anterior, al reconocer y garantizar la incorporación de sus conocimientos tradicionales en la gestión territorial integral de la salud pública con relaciones interculturales y dado que estos sistemas de conocimiento solo existen por los sujetos sociales que los generan y renuevan constantemente en prácticas productivas, rituales y políticas, implica la prolección de modelos de manejo/cuidado de sus territorios y permite fundamentar la reorientación biocéntrica de la gestión de los ejes estratégicos de la planeación nacional y territorial.</p> <ul style="list-style-type: none">• Estrategia 3.1. Adopción de los lineamientos del Plan Nacional de Adaptación al Cambio Climático que afectan la salud, dirigido a las entidades territoriales, los sectores, en los territorios colectivos, tradicionales y/o ancestrales y zonas de asentamiento de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.• Estrategia 3.2. Adecuación de las orientaciones de la estrategia de entornos saludables que aborden los factores ambientales que afectan negativamente la salud en los territorios colectivos, tradicionales y/o ancestrales y zonas de asentamiento de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras <p>Eje estratégico Gestión Integral de Atención Primaria en Salud.</p> <p>Las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras desarrollan la visión de Atención Primaria en Salud a través del abordaje de los determinantes sociales en salud, por la orientación de los planes de etnodesarrollo en articulación a los planes de salud ambiental de ordenamiento territorial y de desarrollo con enfoque territorial – PDET (MinInterior, 2019). Así como con el alcance intercultural de la APS, en las definiciones de salud de los sabedores que exponen la necesidad de "La identificación y evaluación de estrategias y criterios para incorporar la Medicina y Conocimiento Tradicional, en la Atención Primaria en Salud y la seguridad y calidad de la evaluación de productos y servicios" (entrevista sabedor 5)</p> <p>Elemento orientador LGBTIQ +</p> <p>La Constitución de 1991 marcó un cambio trascendental para las comunidades LGBTIQ+ en el país por su enfoque garantista de los derechos humanos, que creó las garantías para avanzar en el reconocimiento de la igualdad entre los colombianos y de constituirse en sujetos de derecho dentro del estado social de derecho. Para estas comunidades LGBTIQ+ que han tenido históricamente situaciones de discriminación y marginación que les ha impedido acceder a la oferta social del estado en igualdad de oportunidades y el reconocimiento a la conformación de sus familias con los mismos derechos de las familias de la población general esto significó un avance trascendental. En concordancia con estos preceptos constitucionales la Ley 1438 de 2011 define el principio de igualdad como:</p> <p>El acceso a la Seguridad Social en salud se garantiza sin discriminación a las personas residentes en el territorio colombiano, por razones de cultura, sexo, raza, origen nacional, orientación sexual,</p>	<p>religión, edad o capacidad económica, sin perjuicio de la prevalencia constitucional de los derechos de los niños.</p> <p>En la consulta previa en el marco de la formulación del capítulo de estas comunidades, se desarrolló una asamblea nacional LGBTIQ+ consideraron que el racismo, prejuicio, estigma y discriminación es la principal barrera social que atraviesa este colectivo, seguido de la falta de reconocimiento de los derechos de la comunidad LGBTIQ+ por parte de la comunidad a la que ellos pertenecen.</p> <ul style="list-style-type: none">• Estrategia 4.1. Diseño e implementación del proceso de inclusión del enfoque de género desde la identidad cultural en el sector salud para el cierre de brechas por razones de género, identidad de género y orientación sexual, incluyendo acciones diferenciales para el colectivo LGBTIQ+ de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras. <p>Elemento orientador Mujer</p> <p>El enfoque de género se abordará en este apartado para visibilizar las desigualdades que afectan de manera desproporcionada a la mujer negra dentro de su grupo étnico. Es entonces necesario reconocer que la mujer negra ha desafiado históricamente el significado de su existencia humana en el entrecruzamiento de múltiples formas de discriminación. Las opresiones de género, raza y clase derivadas del pasado colonial esclavista han dado forma a dinámicas de poder y jerarquías que se han naturalizado en América Latina y el Caribe en perspectivas de un mundo androcéntrico, eurocéntrico, vigente en la actualidad. Es así como se hace ineludible la mirada interseccional para comprender los sistemas combinados de opresión que discrimina y subordina a las mujeres afrocolombianas, negras, raizales y palenqueras por un poder racista, clasista y patriarcal.</p> <ul style="list-style-type: none">• Estrategia 5.1. Diseño e implementación del proceso de inclusión del enfoque de género desde la identidad cultural en el sector salud para el cierre de brechas por razones de género, identidad de género y orientación sexual, incluyendo acciones diferenciales en salud para las mujeres de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras. <p>Elemento orientador Prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.</p> <p>Constituyen la identidad cultural de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras las formas de cuidado en las que se mezclan fuerzas divinas y humanas donde los elementos centrales son la espiritualidad y la terapéutica en donde se entrelazan nociones de temperaturas, formas y plantas, baños y botellas, vida y nacimiento, ombligos, cualidades y potencias, atraso, coger el rastro, poner una madreagua, cura y protección, los secretos, justicia y protección ante nuevos enemigos, protección de los ancestros, cosa hecha y justicia.</p> <p>Las prácticas y materialidades que constituyen el fundamento ancestral de esta sabiduría también están en riesgo, según UNESCO, por situaciones como no tener reconocimiento social, la pérdida de la tradición, las dificultades en la transmisión de los conocimientos de "sabedores" a nuevos aprendices y el escaso reconocimiento y valoración por el sistema médico institucional.</p> <p>Por lo anterior, la Organización Mundial de la Salud en la resolución WHA62.13 de 2009, insta a las países miembros a seguir desarrollando la medicina tradicional sobre la base de las investigaciones y la innovación y a considerar, cuando proceda, la posibilidad de establecer sistemas para calificar, acreditar u otorgar licencias a quienes practican la medicina tradicional, y prestar asistencia a los practicantes de la medicina tradicional para mejorar sus conocimientos y aptitudes en colaboración con los dispensadores de atención de salud pertinentes, teniendo en cuenta las tradiciones y costumbres de los pueblos y comunidades indígenas.</p> <ul style="list-style-type: none">• Estrategia 6.1. Diseño e implementación de estrategias que permitan visibilizar y reconocer el saber ancestral y las prácticas tradicionales para el fortalecimiento de la medicina tradicional de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras. <p>Eje estratégico Gestión Integral de Atención Primaria en Salud. Institucionalización de una Cultura para la Vida y la Salud.</p> <p>Las lenguas nativas y el habla popular están dentro de las principales manifestaciones de patrimonio cultural inmaterial de la comunidad Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras. Estas lenguas son: La lengua nativa ri Palenque o Palenquero – y la tradición oral asociada– es la lengua de San</p>

<p>Basilio de Palenque. La lengua creole, que tiene como base en el inglés, distingue a los nativos de las islas de San Andrés, Providencia y Santa Catalina conocidos como "raizales", que ocuparon el archipiélago desde mediados del Siglo XVII. El castellano que se habla en Colombia tiene en el habla popular afrocolombiana una fuente constante de enriquecimiento. Cada región tiene su entonación, sus construcciones lingüísticas propias y sus modismos, que han sido llevados a la literatura por poetas como Candelario Obeso, el primer poeta afro reconocido Obeso publicó sus Cantos populares de mi tierra en 1877 utilizando las formas lingüísticas de los bogas del río Magdalena. (UNESCO, 2013, p. 410).</p> <p>Elemento orientador Protección lingüística</p> <p>El documento Salvaguardia del patrimonio cultural inmaterial de los afrodescendientes en América Latina auspiciado por la UNESCO, presenta en su informe sobre Colombia que el aporte de los afrodescendientes a la construcción y al tejido social de la Nación es incommensurable, y hoy en día no hay campo de la cultura y las artes donde no sea visible la influencia de la matriz cultural africana.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estrategia 7.1. Definición de orientaciones para incorporar las acciones diferenciales para la gestión y la prestación de servicios de salud para la población Palenquera y Raizal, a través de ajustes razonables para las lenguas nativas criolla y creole, atendiendo lo definido el artículo 9 de la Ley 1381 de 2010, en el marco de las acciones interculturales relacionadas con el sector salud. <p>Eje estratégico Gestión integral del riesgo en salud pública.</p> <p>Sobre la articulación e interacción de los agentes del sistema de salud y otros sectores para identificar e intervenir los riesgos para la salud de las personas y poblaciones, los sabedores participantes en este proceso manifiestan que</p> <p>"La alternancia ha sido mala puesto que el servicio médico no presta la atención adecuada en el momento adecuado y el no reconocimiento de la medicina ancestral y el trabajo de las parteras. Y unas de las barreras son que en los hospitales no les reciben los niños para pasarlos y otorgarles el certificado de nacido vivo porque consideran que esta práctica es ilegal" (entrevista sabedora 3)</p> <p>La discriminación racial aún permea en los sistemas de salud y dificulta la atención con calidad hacia las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras; en los territorios no hay equipamientos ni equipos para tratar la salud de estas comunidades; los centros de salud normalmente quedan alejados de los territorios y además no hay vías de acceso ni transporte para acudir a ellos de manera rápida y/o urgente y la falta de una caracterización que permita saber dónde están ubicadas las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras de Colombia y que el Estado avale y legitime la medicina ancestral de las mismas (entrevista sabedora 2).</p> <p>Elemento orientador barreras en salud</p> <p>Esta categoría se justifica en que las barreras de acceso en salud que impiden el goce del más alto nivel posible de salud afectan de manera más determinante el desarrollo humano cuando se materializan en la primera infancia. Esto se fundamenta, entre otros, en que a partir de microdatos censales de ocho países latinoamericanos que recopilan información sobre autoidentificación étnico-racial en sus censos de la ronda de 2010, CEPAL estimó que la mortalidad infantil es más elevada en la población afrodescendiente en comparación con la no afrodescendiente, siendo Colombia el país que presenta la mayor proporción de muertes de niños y niñas afrodescendientes y también el que registra la mayor brecha con la población no afrodescendiente. También se documentan los temas de especial preocupación relacionados con la salud de los jóvenes afrodescendientes se encuentran la salud mental, el embarazo en la adolescencia y la violencia, en las mujeres es prioritaria la salud sexual y reproductiva, pero también para superar las brechas que pueden surgir ante desafíos sanitarios emergentes, como la pandemia de COVID-19. (CEPAL/UNFPA, 2020, P. 258)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estrategia 8.1. Construcción conjunta de las propuestas de adecuación socio cultural de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) para las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras de acuerdo con las necesidades, condiciones y 	<p>situaciones de salud propia para reducir la carga de enfermedad y de las muertes tempranas y evitables por enfermedades emergentes, reemergentes y desatendidas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estrategia 8.2. Definición de un mecanismo que permita la identificación de las personas de las Comunidades Negras, Afrocolombianas Raizales y Palenqueras afiliadas al SGSSS que permita la atención con enfoque diferencial étnico. • Estrategia 8.3. Definición de criterios metodológico y analíticos para la Identificación de la situación de salud y los impactos relacionados con el racismo en la salud mental y física de las personas negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, generando estrategias que permitan abordar sus secuelas en niñas, niños, adolescentes y comunidad en general. <p>Eje estratégico Gestión del conocimiento para la salud pública.</p> <p>El conocimiento tradicional sobre la naturaleza y el universo, como conocimiento que las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras han generado y acumulado con el paso del tiempo en su relación con el territorio y el medio ambiente y la medicina tradicional, los conocimientos y prácticas tradicionales de diagnóstico, prevención y tratamiento de enfermedades incluyendo aspectos psicológicos y espirituales propios de estos sistemas y los conocimientos botánicos asociados hacen parte del patrimonio cultural inmaterial de estas comunidades que están protegidos por el artículo 8° de la constitución, la ley 70 de 1993 y la ley 165 de 1994 que aprobó el "Convenio sobre la Diversidad Biológica", entre otros.</p> <p>Elemento orientador Saber y sabiduría ancestral.</p> <p>En el contexto colombiano se ha avanzado en una definición amplia e incluyente para estas nociones de "conocimiento tradicional" como:</p> <p>(E) Conjunto complejo y dinámico de saberes, prácticas, innovaciones, usos, manejos, costumbres, ideas, símbolos, representaciones, principios, reglas, interpretaciones y relaciones complejas con la biodiversidad, la naturaleza, el territorio y el cosmos, que los pueblos y comunidades Indígenas, Negras, Afrocolombianas, Raizales, Palenqueras, Rom Campesinas y Locales poseen y recrean (I. Humboldt, 2021)</p> <p>El Plan Nacional de Desarrollo 2018 - 2022 reconoce el saber ancestral con el acuerdo con las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras para que, dentro de los lineamientos de atención integral en salud con enfoque diferencial étnico para las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras se incorporen los saberes y medicina ancestral, parteras, sobadores y etnobotánica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estrategia 9.1. Diseño e implementación de un sistema de caracterización y registro de los sabedores y médicos tradicionales de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras • Estrategia 9.2. Diseño e implementación de una estrategia para el intercambio de saberes entre la medicina ancestral (sabedores, sobadores, curanderos, rezanderos, etc.) y la medicina occidental, en espacios comunitarios que permitan el fortalecimiento de la identidad cultural de las Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras en el territorio colectivo, tradicional y/o ancestral, zonas de asentamiento o zonas urbanas. <p>Eje estratégico: Gestión y Desarrollo del Talento Humano en Salud Pública.</p> <p>El informe de la UNESCO del 2013 sobre la Salvaguardia del patrimonio cultural inmaterial de los afrodescendientes en América Latina, la medicina tradicional que usa como recursos la "lectura de la orina", "sobos" y la yerbatería, así como el chamanismo afro asociado al uso del "pildé" y otras plantas psicotrópicas está en riesgo de desaparición. Este riesgo está asociado, según UNESCO, con los problemas para su salvaguardia porque no tiene un reconocimiento social, por la pérdida de la tradición, las dificultades en la transmisión de los conocimientos de "sabedores" a nuevos aprendices y el escaso reconocimiento y valoración por el sistema médico institucional.</p> <p>Elemento orientador Fortalecimiento del talento humano de la sabiduría ancestral y el saber. Dentro de las manifestaciones de patrimonio cultural inmaterial de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras más relevantes están los conocimientos y prácticas</p>
<p>médicas tradicionales. La medicina tradicional afrocolombiana es un sistema complejo que abarca, desde prácticas de prevención y diagnóstico, hasta las prácticas curativas. Abarca concepciones propias sobre la salud y la enfermedad, conocimientos sobre las plantas y animales con propiedades curativas, técnicas para curar y para la atención al parto, y numerosas prácticas "secretas" para curar la picadura de serpientes, detener hemorragias o "cerrar el cuerpo" para evitar maleficios y enfermedades, para lo cual se vale el curandero de la preparación de "botellas curadas".</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estrategia 10.1. Diseño e implementación de estrategias de formación continua, encaminadas a la armonización y articulación de la medicina "occidental" con la medicina tradicional y sabiduría ancestral con el SGSSS, para el fortalecimiento de los conocimientos y habilidades de los sabedores y médicos tradicionales en el ejercicio de sus prácticas tradicionales. • Estrategia 10.2. Diseño e implementación de estrategias que permitan visibilizar y reconocer el saber ancestral y las prácticas tradicionales para el fortalecimiento de la medicina tradicional de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras <p>2.3.3. Capítulo étnico de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras - acuerdos Protocolizados en Consulta Previa</p> <p>A continuación, se presenta los aspectos técnico, políticos y metodológicos del capítulo étnico de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras del Plan Decenal de Salud Pública como resultado de la consulta previa el cual contiene los 18 acuerdos protocolizados, los cuales se enmarcan en los procesos de desarrollo de la participación y generación de competencias para el enfoque étnico, diferencial e intercultural, los procesos estratégicos de la gestión en salud pública y de planeación territorial en salud y en los procesos de gestión operativa para el desarrollo de acciones colectivas e individuales interculturales en salud.</p> <p>Contexto</p> <p>El Plan Decenal de Salud Pública, es el marco de la política pública dirigida a la concreción de condiciones de equidad en salud. Por su parte, el enfoque garantista del bloque constitucional que enmarca el reconocimiento de nuestra sociedad multiétnica y pluricultural se expresa en la Dimensión transversal de gestión diferencial de poblaciones vulnerables del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y actualmente se incorpora en la apuesta conceptual, estratégica y operativa del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031. En este sentido, se desarrollan los procedimientos establecidos para la construcción del capítulo étnico para las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras.</p> <p>Para el logro de este propósito, se señaló como imperativo la participación de representantes y autoridades de las diferentes organizaciones de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, para poder reconocer las concepciones y manejos propios respecto a la salud y enfermedad con un abordaje intercultural. Lo anterior, con la finalidad de identificar situaciones y líneas de acción específicas que contribuyan a la superación de inequidades y barreras que afectan las condiciones de salud de estas poblaciones y que pueden obstaculizar la concreción de los derechos individuales y colectivos que son fundamentales para la existencia física y cultural de este grupo poblacional.</p> <p>Así, la construcción de este capítulo es resultado de un proceso de inclusión y participación social de este sector étnico y de un ejercicio de interacción entre el Ministerio de Salud y Protección Social y las organizaciones representativas de este grupo, al igual que con instituciones estatales tanto del sector salud como también de otros que tienen funciones relacionadas con políticas que inciden en la situación de salud de las poblaciones.</p> <p>En este sentido, el objetivo de este apartado es presentar los fundamentos, la caracterización situacional, y los lineamientos, metas, estrategias y acciones específicas y diferenciales en salud pública dirigidas a las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras según se ha determinado en el proceso participativo, con el propósito de que las entidades territoriales en cumplimiento de los mandatos normativos y propios de sus competencias, incorporen en los Planes Territoriales de Salud el enfoque étnico diferencial, y en consecuencia implementen su ejecución con la participación de los diferentes actores públicos, privados y comunitarios responsables del bienestar de estas comunidades.</p>	<p>Lo anterior de conformidad con las normas precitadas y las que surgen con posterioridad a la adopción del Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021 mediante la Resolución 1841 de 2013, en virtud del principio de progresividad y la confluencia de las políticas públicas sectoriales y las de los demás sectores. Los contenidos construidos en el citado capítulo son fundamentales para la continuidad de la planeación territorial en salud con enfoque étnico diferencial en los marcos de la política sectorial y demás políticas relacionadas y en especial para el Plan Decenal de Salud Pública 2022 - 2031.</p> <p>Este apartado contiene la siguiente estructura: En primer lugar, se destacan los antecedentes que soportan esta formulación, la cual incluye los referentes jurídicos, normativos y políticos que fundamentan el reconocimiento de la diversidad étnica en Colombia y que a la vez generan derechos colectivos para las respuestas en salud de las poblaciones étnicas y en particular de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras.</p> <p>Luego, se encuentra el marco conceptual que soporta la visión y perspectiva de este capítulo étnico; en el cual se asumen los derroteros de participación e inclusión según sus derechos colectivos, enfoques pertinentes en cuanto a la perspectiva de fortalecimiento de la identidad cultural, igualmente los enfoques y modelos planteados en el Plan Decenal de Salud Pública.</p> <p>En la tercera parte se presenta la metodología, los resultados de las asambleas, los 18 acuerdos protocolizados en consulta previa, la financiación, el monitoreo, seguimiento y evaluación. Es de anotar, que los anexos técnicos relacionados con el Análisis de Situación de Salud y con los resultados de las asambleas se disponen en la página del Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Ordenamientos jurídicos y jurisprudencial de reconocimiento de la diversidad étnica y derechos colectivos</p> <p>Los fundamentos del trato preferente que el Estado debe prodigarle a las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras en aras de la protección de su identidad étnica diferenciada deben buscarse, en los distintos postulados constitucionales que proclaman a Colombia como un Estado Social de Derecho participativo y pluralista que reconoce su diversidad étnica y cultural y la igualdad y dignidad de toda su cultura, en los tratados de derechos humanos que han sido incorporados al ordenamiento interno con jerarquía de normas constitucionales, como el Convenio 169 de la OIT, y en los demás instrumentos internacionales que, sin contar con esa fuerza normativa, operan como criterio de interpretación del contenido y alcance de los derechos fundamentales reconocidos a las minorías étnicas.</p> <p>Es así que en Colombia, en el año de 1991 se expidieron disposiciones jurídicas de la mayor jerarquía que consagran el reconocimiento y preservación de la diversidad étnica y cultural como principio del Estado Social de Derecho, y del cual se deriva un conjunto de disposiciones especiales que salvaguardan, reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la nación colombiana y promueve y fomenta el acceso los derechos colectivos y fundamentales de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras. Un componente central de este ordenamiento es la Ley 21 de 1991 "Por la cual se aprueba el Convenio 169 Sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes, adoptado por la 76ª Reunión de la Conferencia General de la OIT, Ginebra-1989". Este convenio, al igual que otras disposiciones de carácter internacional ratificados por el país como "La convención internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial" (Ley 22 de 1981), entran a ser parte del bloque de constitucionalidad en virtud del Art. 93 de la Constitución Política, en el que se señala que "Los tratados y convenios internacionales ratificados por el Congreso, que reconocen los derechos humanos y que prohíben su limitación en los estados de excepción, prevalecen en el orden interno.</p> <p>Los derechos y deberes consagrados en esta Carta se reinterpretarán de conformidad con los tratados internacionales sobre derechos humanos ratificados por Colombia", que ratificó el Convenio 169 de la OIT "Sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes", el cual incluye, entre otros, lineamientos normativos referentes a la participación, la consulta previa, tierras, contratación y condiciones de empleo, formación profesional e industrias rurales, seguridad social y salud, educación y medios de comunicación, tal como lo señala la OIT, "El Convenio se fundamenta en el respeto a las culturas y las formas de vida de los pueblos indígenas y reconoce sus derechos sobre las tierras y los recursos naturales, así como el derecho a decidir sus propias prioridades en lo que atañe al proceso de desarrollo. El objetivo del Convenio es superar las prácticas discriminatorias que afectan a estos pueblos y hacer posible que participen en la adopción de decisiones que afectan a sus vidas". (2013. Pág.: 1).</p>

Dados los alcances del Convenio 169 y según diferentes conceptos y sentencias, este se hace extensivo tanto a los pueblos indígenas como a las comunidades Negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y al pueblo Rom o gitanos, grupos a los cuales se les reconocen sus condiciones específicas a nivel sociocultural y derechos asociados a la protección especial como conglomerados étnicos y a la garantía de pervivencia física y cultural.

La Corte Constitucional, en el año 1999, al integrar al bloque de constitucionalidad los Convenios de la OIT, también le dio carácter vinculante y de obligatorio cumplimiento a las recomendaciones que emite el Comité de Libertad Sindical como órgano de control de la OIT. Como parte sustantiva de la Constitución Política Nacional, se encuentra el llamado bloque constitucionalidad, conformado para el caso de los derechos de los pueblos étnicamente diferenciados por el Convenio 169 de la OIT, ratificado por Colombia mediante la Ley 21 de 1991, y la Declaración de los Derechos de los Pueblos Indígenas de Naciones Unidas

Por su parte, la Constitución Política establece en uno de sus principios fundamentales que *"El Estado reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la nación colombiana"* (Art. 7) y dentro de los derechos sociales, económicos y culturales que *"...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..."*, adicionalmente a los ya citados, en la Constitución política, existen otros artículos que tratan de manera expresa sobre la diversidad étnica y cultural, entre estos están: 8, 10, 13, 63, 68, 72, 96, 171, 176, 246, 286, 321, 329, 330, 357, y transitorios 55 y 56.

De estas disposiciones se generan derechos colectivos para los grupos étnicos, en diferentes ámbitos, entre ellos el de participación en la definición y ejecución de las políticas públicas que se relacionen con sus condiciones de vida, las cuales deben ser acordes con sus particularidades. En este sentido los planes, programas, proyectos y acciones a realizar en las comunidades pertenecientes a estos grupos, deben ser adecuadas a los requerimientos y especificidades dadas sus condiciones socioculturales, con el fin de que garanticen la protección y no afectación de sus identidades.

El fundamento y finalidad de estos derechos colectivos es procurar que más allá de la garantía a los derechos de los individuos pertenecientes a estos grupos se brinde la protección necesaria para la existencia y perdurabilidad del conjunto social diferenciado. De manera reiterada, organismos internacionales y la jurisprudencia nacional han señalado que los grupos étnicos no pueden asumirse como una sumatoria de individuos sino como conglomerados de sujetos que fundamenta su existencia en lazos de parentesco, en relaciones sociales espirituales y terrenales que les generan pertenencia y continuidad como colectivo.

Linea jurisprudencial

La primera aproximación al debate sobre la titularidad de los derechos fundamentales de los afrocolombianos y a las categorías conceptuales (raza, etnia, cultura, territorio) con las que se ha vinculado su condición de sujetos de especial protección constitucional.

Es profusa la jurisprudencia constitucional que ha revisado asuntos sobre la materia. En efecto, son varios los fallos que en sede de control de constitucionalidad y de tutela se han referido a la noción de comunidad negra - tanto en el ámbito de la Ley 70 de 1993 como en el de la expresión pueblo tribal que ideó la OIT- a los elementos que configuran la diversidad de estas colectividades y a los distintos factores a partir de los cuales podría validarse o descartarse la identidad afrocolombiana de cierto grupo o individuo.

Dentro de las múltiples sentencias que sobre el particular se han expedido sin embargo se destaca para el caso que nos ocupa la Sentencia T-576/14 que ordenó al Ministerio del Interior adelantar un proceso de consulta con las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras del país para definir las pautas de integración del Espacio Nacional de Consulta Previa de las medidas legislativas y administrativas de carácter general que sean susceptibles de afectarlas directamente. Así mismo, el Ministerio del Interior divulgó en su página de internet y en los medios masivos de comunicación del país, la propuesta de protocolo de consulta previa, libre e informada y vinculante para las Comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras de áreas rurales y urbanas, aprobada en el marco del Primer Congreso Nacional Autónomo del Pueblo Negro, Afrocolombiano, Palenquero y Raizal, celebrado en la ciudad de Quibdó - Chocó, entre el 23 y el 27 de agosto del 2013, y la cual debía utilizarse como punto de referencia del proceso de consulta

De manera específica, el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 "Todos por un nuevo país", como resultado de la consulta previa con los grupos étnicos, señaló la *"Construcción participativa del capítulo especial para pueblos indígenas en el PDSP"* y *"elaboración del capítulo especial del Pueblo Rom en el capítulo étnico del Plan Decenal de Salud Pública y de la resolución para la implementación de este y validación del contenido del capítulo con la Comisión Nacional de Diálogo del Pueblo Rom"*. (págs. 401 y 404).

Así mismo, el PND 2010-2014 "Prosperidad para todos" planteó dentro de los compromisos con la población afrocolombiana, que: *"4. El Gobierno nacional garantiza la participación de las Comunidades Negras a través de la Subcomisión de salud en la formulación del Plan Decenal de Salud Pública. 5. Incluir las acciones con enfoque diferencial en el Plan Nacional de Salud Pública, los Planes Territoriales de Salud, los Planes de Intervenciones colectivas y los Planes de beneficio"* (Pág.: 674).

El capítulo de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras presentado en este documento, recibió un impulso determinante por el PND 2018 – 2022 Pacto por Colombia Pacto por la Equidad con el acuerdo con estas comunidades que estableció que *"El ministerio de salud en el marco de la consulta previa del Plan Nacional de Desarrollo 2018 - 2022, en conjunto con el espacio nacional de la consulta previa construirá los lineamientos a través de los actos administrativos que correspondan para establecer el enfoque étnico diferencial para las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras en la formulación, ejecución y evaluación de los planes territoriales de salud y los planes de salud de intervenciones colectivas que establece la ley"*.

Dados estos referentes jurídicos y lineamientos de política pública, la formulación del capítulo étnico es la concreción de los compromisos asumidos con las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y la definición de rutas de acción para la incidencia, en los diferentes niveles territoriales, sobre determinantes que influyen en las condiciones de salud de dichas comunidades, las cuales viven inequidades en salud que son evitables.

Marco jurídico y político para las respuestas en salud de las poblaciones étnicas

El derecho a la salud para las poblaciones étnicas existentes en Colombia se encuentra enmarcado dentro de la juridicidad que determina la universalidad del derecho y en las normas específicas que plantean para estos grupos la exigencia de adecuaciones para el desarrollo de acciones acordes con las condiciones de existencia y las particularidades socioculturales de cada etnia. Así, de estos presupuestos legales se derivan directrices que deberán adelantar el Estado en sus diferentes niveles institucionales y territoriales y los demás actores involucrados en lo relacionado con la garantía del derecho a la salud de los grupos étnicos.

Este marco normativo además de ser el sustento para la elaboración del presente capítulo étnico del Plan Decenal de Salud Pública es una herramienta de exigibilidad de derechos, pues recopila los principales desarrollos normativos en torno al derecho a la salud para estas poblaciones y presenta argumentos jurídicos para la adecuación y acceso a los servicios de salud de acuerdo con las particularidades de estas comunidades.

Tanto en lo referente a la universalidad del derecho como a los imperativos que señalan el requerimiento de adecuaciones en la realización del derecho a la salud para las poblaciones étnicas, el país ha asumido y desarrollado un amplio marco jurídico que además incorpora lineamientos normativos de carácter internacional como los tratados y convenios internacionales de derechos humanos que han sido ratificados en el país, siendo incorporados al bloque de constitucionalidad

Respecto de la universalidad del derecho, se tiene que las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, deben acceder sin ninguna discriminación, al conjunto de prestaciones y servicios que se tienen para toda la población, tal cual está establecido, entre otros, en el "Pacto internacional de derechos, económicos, sociales y culturales", específicamente en el numeral 2 del Art. 2 y en el Art. 12. Debe desatarse que este pacto internacional fue aprobado en el país mediante la Ley 74 de 1968, en la "Convención internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial" establecido en la Ley 22 de 1981. En especial lo señalado en los Arts. 1 y 2, y en el Convenio 169 de la OIT "Sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes" señalado en la Ley 21 de 1991. Art 24.

En el mismo sentido la Organización de las Naciones Unidas, ONU – declara el Decenio Internacional para los Afrodescendientes – Decenio Afro, proclamado por la resolución 68/237 de la Asamblea

Marco normativo y político

El Ministerio de Salud y Protección Social –MSPS- impulsó la formulación del Plan Decenal de Salud Pública para las vigencias 2012-2021 y 2022-2031 en correspondencia con lo determinado en el Artículo 6 de la Ley 1438 de 2011 "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud...", en su Artículo 6°. *Plan Decenal para la Salud Pública. El Ministerio de la Protección Social elaborará un Plan Decenal de Salud Pública a través de un proceso amplio de participación social y en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, en el cual deben confluir las políticas sectoriales para mejorar el estado de salud de la población, incluyendo la salud mental, garantizando que el proceso de participación social sea eficaz, mediante la promoción de la capacitación de la ciudadanía y de las organizaciones sociales. El Plan definirá los objetivos, las metas, las acciones, los recursos, los responsables sectoriales, los indicadores de seguimiento, y los mecanismos de evaluación del Plan..."*

En este Plan confluyen una serie de imperativos de acción pública que están determinados en un amplio cuerpo normativo, en el cual se encuentran la Constitución Política, la Ley 100 de 1993 sobre el Sistema General de Seguridad Social, la Ley 152 de 1994 u "Orgánica del Plan de Desarrollo", la Ley 715 de 2001 sobre el Sistema General de participaciones, la Ley 1122 de 2007 "Por la cual se hacen algunas modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud..." y el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 "Prosperidad para todos" que fue expedido mediante la Ley 1450 de 2011.

Igualmente, en la formulación del Plan Decenal de Salud Pública se recogen y articulan lineamientos jurídicos del ámbito internacional y nacional que se asocian con los derechos sociales, económicos y culturales y con las competencias de las diversas instituciones sectoriales que tienen responsabilidades en su realización y por lo tanto en el mejoramiento de las condiciones de vida de la población en general.

El MSPS en consecuencia, con el reto de incluir un enfoque diferencial acorde con el reconocimiento de la diversidad étnica y sociocultural del país, con los derechos colectivos, previó en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 la construcción de un capítulo étnico. Para lo cual se incluyó en la "Dimensión transversal gestión diferencial de poblaciones vulnerables", el componente relacionado con "Salud en poblaciones étnicas" que tiene por objetivo *"Asegurar las acciones diferenciales en salud pública para los grupos étnicos tendiente a garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, mejorar las condiciones de vida y salud y lograr cero tolerancia con la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables, mediante la formulación del capítulo étnico que será un anexo integral del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, 2022-2031"*.

Es así como los componentes de la dimensión, específicamente: Salud en población étnica se definirá los objetivos sanitarios, metas, estrategias y acciones concertadas con los grupos étnicos, como sujetos de derechos, para promover la atención con calidad de acuerdo con las necesidades diferenciales. El objetivo único del componente es asegurar las acciones diferenciales en salud pública para los grupos étnicos, tendientes a garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, mejorar las condiciones de vida y salud y lograr cero tolerancias con la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables, mediante la formulación del capítulo étnico que será un anexo integral del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. El componente tiene una estrategia única: planeación en salud con adecuación etnocultural, la cual incluye: levantamiento de insumos regionales para el capítulo étnico del Plan Decenal de Salud Pública; adopción, adaptación y armonización del capítulo étnico con los Planes de Salud Territorial y los Planes Operativos Anual e Institucional; consolidación de alianzas con los gestores comunitarios de los diferentes grupos étnicos, para facilitar el desarrollo de modelos y rutas de atención y acceso a los servicios, preservando las raíces culturales de la medicina tradicional y el reconocimiento de los médicos tradicionales y parteras como alternativas de atención en salud."

Este capítulo étnico, a la vez, es consecuente con lo determinado en el numeral 6° del artículo 3° de la Ley 1438 de 2011, en donde se señala el principio de "Enfoque diferencial" a través del cual se *"reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia para las cuales el Sistema General de Seguridad Social en Salud ofrecerá especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación"* y con lo previsto en el artículo 13 de la misma norma, en el cual se plantea la "Interculturalidad" como elemento constitutivo de la Atención Primaria en Salud.

General, que se celebrará de 2015 a 2024, el cual constituye un auspicioso período de la historia en el que las Naciones Unidas, los Estados Miembros, la sociedad civil y todos los demás agentes pertinentes se sumarán a los afrodescendientes y adoptarán medidas eficaces para poner en práctica el programa de actividades en un espíritu de reconocimiento, justicia y desarrollo.

Así mismo, la universalidad también se determina de manera explícita, en los artículos 48 y 49 de la Constitución Política; en los Artículos 2, 3, 6, 152 y 153 de la Ley 100 de 1993; en el Artículo 3 de la Ley 1438 de 2011 y; en los Artículos 2, 5 y 6 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

Sin embargo y en razón al reconocimiento de la diversidad étnica y cultural y a los derechos colectivos asociados, juridicidad también contempla el requerimiento de hacer adecuaciones acordes con las particularidades socioculturales. Entre las normas que así lo señalan, se encuentran:

Para el conjunto de las poblaciones indígenas, negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, la Ley 21 de 1991 determinó la disposición de servicios adecuados, la participación comunitaria en la organización y prestación de estos y, la coordinación con otras medidas sociales y económicas (Art. 25); por su parte, la Ley 1438 de 2011 incorporó los principios de "Enfoque diferencial" (Art. 3) y de "Interculturalidad" (Art. 13).

Así mismo, la Ley Estatutaria 1751 de 2015 contempló dentro de los principios del derecho a la salud los relacionados con aceptabilidad, accesibilidad e interculturalidad, esta última definida como *"el respeto por las diferencias culturales existentes en el país y en el ámbito global, así como el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que integren tales diferencias en la salud, en las condiciones de vida y en los servicios de atención integral de las enfermedades, a partir del reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud en el ámbito global"* (Art. 6. Literal L).

De igual manera, para el conjunto de estas poblaciones la Ley Estatutaria, señaló dentro de sus principios: *"Protección pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras. Para los pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, se garantizará el derecho a la salud como fundamental y se aplicará de manera concertada con ellos, respetando sus costumbres"* (Art. 6. Literal N).

Desarrollado recientemente, es de particular importancia el Plan Nacional de Salud Rural – PNSR. El PNSR tiene por objetivo abordar de forma particular las acciones en salud para la población que habita en zonas rurales y rurales dispersas, atendiendo las particularidades de las condiciones de vida de las personas en estos lugares. La implementación de este marco legal se hace partir de la adecuación cultural de acciones en salud que consiste en construir y/ o adecuar acciones en salud con base en las practicas propias de cada comunidad conservando los significados propios del cuidado en cada lugar.

De manera específica existen referentes normativos para las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras:

En lo referente a las comunidades afrocolombianas la Ley 70 de 1993 en diferentes artículos señaló directrices asociadas con derechos sociales, entre los cuales está el derecho a la salud; es así como en el Artículo 37 establece el deber del Estado de dar a conocer sus derechos económicos, sociales y culturales, dentro de ellos el derecho a la salud; a la vez en los Artículos 47 y 49 se plantean aspectos asociados al desarrollo económico y social. Así mismo la citada Ley, *"...tiene como propósito establecer mecanismos para la protección de la identidad cultural y de los derechos de las comunidades negras de Colombia como grupo étnico, y el fomento de su desarrollo económico y social, con el fin de garantizar que estas comunidades obtengan condiciones reales de igualdad de oportunidades frente al resto de la sociedad colombiana"*. La Comisión Consultiva de Alto Nivel de Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras, prevista en el artículo 45 de la Ley 70 de 1993, es una instancia mixta de diálogo e interlocución entre las citadas comunidades y el Gobierno nacional, con el objeto de adelantar el seguimiento de la reglamentación y la aplicación efectiva de las disposiciones previstas en la Ley 70 de 1993 y sus decretos reglamentarios⁸³.

Según lo señalado, existe un extenso marco normativo en el que se determina de manera amplia el derecho que tienen los grupos étnicos y específicamente las comunidades negras, afrocolombianas,

⁸³ El cuadro donde se agrupan las normas referentes al derecho a la salud de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, están disponibles en la página del Ministerio de Salud y Protección Social.

razales y palenqueras a que se le garantice el derecho universal a la salud sin ningún tipo de discriminación, a que las acciones se adecuen a sus particularidades e incluyan sus concepciones, saberes y prácticas asociadas al manejo de la salud y la enfermedad y a que en el desarrollo de las actividades en salud se cuente con su participación. En este sentido, lo anterior está dentro del deber ser que el Estado en todos sus niveles y los diferentes actores del sistema de salud, asume para la concreción del derecho a la salud de estos grupos.

La garantía de acceso al derecho a la salud, en igualdad de condiciones al resto de la población, genera el reto de concretar acciones afirmativas para que los diferentes grupos étnicos superen condiciones adversas que en la actualidad están incidiendo en la existencia de desventajas respecto del resto de la sociedad, lo cual es resultado de afectaciones en las condiciones de vida y de factores de inequidad.

Este marco normativo constituye, el lineamiento para que las entidades territoriales en desarrollo de los Planes Territoriales de Salud y las instituciones encargadas de la prestación de servicios a los grupos étnicos, y las demás que por su competencia garanticen su derecho a la salud, fortalezcan el talento humano institucional y formulen acciones incluyentes y diferenciales, de manera concertada y con enfoque intercultural.

Marco Conceptual

Enfoques y modelo conceptual

Teniendo en cuenta los enfoques establecidos para el Plan Decenal de Salud Pública y de acuerdo con el marco jurídico de reconocimiento de la diversidad, de derechos específicos de la población étnica y de los derechos en salud para estos grupos, son referentes fundamentales para la participación e inclusión de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras en la formulación y desarrollo de un capítulo específico del Plan Decenal de Salud Pública, los siguientes:

Enfoque de derechos: Asume el derecho a la salud como un derecho universal, inherente a la persona, de carácter irrevocable, inalienable e irrenunciable y promueve los principios, derechos y garantías constitucionales de reconocimiento y protección de la diversidad étnica y cultural, no discriminación, igualdad y dignidad de todas las culturas. En este sentido, el capítulo étnico del Plan Decenal de Salud Pública reconoce a las poblaciones indígenas, afrocolombianas y Rrom como sujetos colectivos de derechos y propende por la materialización de condiciones que permitan superar inequidades y mejorar condiciones de existencia en procura de la pervivencia física y cultural de cada uno de estos grupos.

Enfoque diferencial: Dada la multiplicidad de condiciones de existencia de las poblaciones, entre ellas las socioculturales y étnicas, a través del enfoque diferencial se garantiza la formulación y desarrollo de objetivos, estrategias y acciones acordes con los contextos de diversidad y con las particularidades socioculturales, así como con el reconocimiento de los pueblos y grupos étnicos como sujetos colectivos de derechos. En consecuencia, el enfoque diferencial además de ser fundamento del capítulo étnico del Plan Decenal de Salud Pública, está dirigido a que la acción institucional en salud en los diferentes niveles de gobierno incorpore adecuaciones que se correspondan con las particularidades culturales, formas de vida y situaciones y requerimientos específicos de las comunidades según causalidades y determinantes asociados.

Enfoque de acciones afirmativas: Impulsa la realización de acciones dirigidas a la superación de inequidades y desigualdades estructurales que han sido originadas en dinámicas de sometimiento, invisibilización, discriminación, marginamiento u otras prácticas asociadas al desconocimiento y vulneración de derechos. Desde esta perspectiva, las acciones afirmativas en este capítulo buscan incidir en procesos adversos a las comunidades étnicas que han originado desigualdades e inequidades injustas y evitables y han causado la afectación del "buen vivir", el "bien estar" y la "armonía" en estos grupos, así como desventajas respecto de otros sectores poblacionales y socioculturales.

Dado que la realización de acciones afirmativas se asocia con el mejoramiento en el acceso a bienes, recursos y servicios que contribuyan al redireccionamiento de dinámicas históricas y condiciones estructurales, en su concreción existen responsabilidades de las instituciones estatales y de los demás sectores y grupos existentes en la sociedad.

Enfoque participativo e intercultural: La participación social es un mecanismo fundamental de la concreción del Estado de derecho y un imperativo y necesidad al definir políticas públicas para los

sectores de población perteneciente a los grupos étnicos. En este sentido, el capítulo étnico del Plan Decenal de Salud Pública impulsa la participación de actores comunitarios, organizativos y autoridades propias de los pueblos y grupos étnicos en la definición y realización de estrategias, acciones y procesos incluyentes para el mejoramiento de las condiciones de salud y de vida en general en un contexto de desarrollo de procesos interculturales.

Así, la concreción de opciones interculturales está definida por la realización de procesos dialógicos dirigidos a la confluencia de las perspectivas y recursos de las culturas que interactúan, para la construcción de alternativas que garanticen un mayor bienestar y mejores condiciones de vida de las poblaciones étnicas; lo que implica tener en cuenta las cosmovisiones, los saberes y conocimientos, las prácticas y acciones tradicionales y occidentales, para la identificación de situaciones adversas y favorables y para la definición de alternativas y realización de soluciones en el marco de la garantía de derechos.

Enfoque de curso de vida: A partir del reconocimiento de que el curso de vida de las personas y de los grupos sociales está afectado por circunstancias de diferente índole y que en el caso de los grupos étnicos confluyen tanto aspectos estructurales producto de las dinámicas socioeconómicas generales del país como circunstancias específicas del grupo al cual pertenecen, se considera fundamenta el abordaje integral de las condiciones que van determinando la existencia personal y social.

Para la determinación del curso de vida en comunidades étnicas, igualmente hay que tener en cuenta las categorías específicas de ubicación de la población según concepciones, estructuras sociales y roles determinados por las especificidades culturales; con este enfoque se busca la identificación de condiciones, vulnerabilidades y oportunidades de las personas y sectores sociales, para incidir en las situaciones que generan riesgo y afectan la salud presente y futura, a la vez que potencializar procesos para mejorar condiciones actuales y posteriores de los individuos y de la población en general.

Enfoque de género: De acuerdo con lo señalado en el Plan Decenal de Salud Pública "La categoría de género permite evidenciar que los roles, identidades y valores que son atribuidos a hombres y mujeres e internalizados mediante los procesos de socialización son una construcción histórica y cultural, es decir que pueden variar de una sociedad a otra y de una época a otra" (Pág. 67). En consecuencia, con estos procesos de construcción social, en diferentes sociedades se han evidenciado inequidades, desigualdades, discriminación y aún formas de violencia, sometimiento o exclusión que han podido afectar a sectores de población. Igualmente, es posible que se puedan identificar procesos de equidad.

En un caso u otro, a través de este enfoque se busca definir acciones de fortalecimiento de identidades y la construcción de sociedades con una mayor equidad de género y la superación de factores que ponen en desventaja las condiciones de salud y de vida de uno u otro grupo según condiciones de género.

Enfoque poblacional: "Consiste en identificar, comprender y tomar en consideración las relaciones entre la dinámica demográfica y los aspectos ambientales, sociales y económicos de competencia de los territorios, con el fin de responder a los problemas que de allí se derivan, orientándose a la formulación de objetivos y estrategias de desarrollo para el aprovechamiento de las ventajas del territorio y la superación de desequilibrios..." (Pág. 73).

En consecuencia, a través del enfoque poblacional se busca comprender y abordar procesos de ordenamiento y planeación en el ámbito territorial, con el fin de identificar factores que inciden en las condiciones de existencia de la población y en consecuencia tomar decisiones que lleven a incidir en desigualdades evitables, para lo cual se deben abordar problemas y potencialidades. Dadas particulares concepciones y formas de vida según grupos étnicos, el abordaje poblacional en cuanto hace a la relación con el territorio y los factores ambientales requiere de incorporar las perspectivas culturales y diferenciales.

Enfoque territorial: Derivado de la Política pública nacional de discapacidad e inclusión social plasmada en el CONPES 166 de 2013, este enfoque busca transitar de la formulación de políticas que privilegian una visión fraccionada de la realidad, a políticas que se centran en el lugar y privilegian la multidimensionalidad (económica, social, política, ambiental y cultural) del espacio.

Modelo de determinantes sociales de la salud

Un aspecto fundamental dentro del marco conceptual y de referencia para el análisis situacional y definición de lineamientos estratégicos y de acción del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, es el de Determinantes Sociales de la Salud. En dicho Plan (retomando a Whitehead, 2006) se señala que los "Determinantes Sociales de la Salud, entendidos como aquellas situaciones o condiciones o circunstancias que hacen parte del bienestar, calidad de vida, desarrollo humano, que ejercen influencia sobre la salud de las personas y que, actuando e interactuando en diferentes niveles de organización, determinan el estado de salud de la población" (Pág.: 74).

En este sentido, existen una serie de circunstancias de carácter histórico, social, económico y aún políticas que inciden en las situaciones y condiciones epidemiológicas de las personas y de las comunidades o sectores de población. Así, dichas circunstancias pueden constituirse en causas de inequidades, desigualdades y brechas en salud. Igualmente, se considera en el Plan Decenal de Salud Pública que, dentro los Determinantes Sociales de la Salud, se encuentran unos que son de carácter estructural que afectan a sectores poblacionales y que se relacionan con ingresos, educación, género, raza y pertenencia étnica; y otros de carácter específico que afecta a los individuos y que se asocian con las condiciones socioeconómicas. (Pág.: 76).

Al respecto, al considerarse la situación de salud de las poblaciones étnicas, en el abordaje de Determinantes Sociales de la Salud, dentro de los determinantes estructurales y específicos, es fundamental tener en cuenta las situaciones generadas por la interacción con la sociedad nacional, así como otros que son propios de las circunstancias endógenas a los grupos según sus especificidades de existencia.

Un elemento esencial que se constituye como referente, tiene que ver con las concepciones particulares respecto de la salud y la enfermedad en las cuales confluyen elementos propios de la identidad cultural, como la cosmovisión y los conocimientos propios, en los cuales están las explicaciones de estos estados; de manera asociada está la manera como se concibe y se aborda el mejoramiento de las condiciones adversas en salud, donde se pueden encontrar elementos que tienen que ver con el equilibrio y la armonía en ámbitos espirituales y relacionales con las otras personas, con la sociedad, con su cultura, con el territorio y el ambiente, con lo sagrado y con lo espiritual.

Gestión de la salud pública para las Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras

Metodología

El capítulo étnico de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras se rigió por el Decreto 1372 del 2018, toda vez que el Ministerio de Salud y Protección Social cumplió con las fases de la Consulta Previa en concertación permanente con la Comisión III del Espacio Nacional de Consulta Previa dada su delegación para la construcción de la política pública enmarcada en el capítulo étnico del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021/2022 – 2031. Este proceso contó con la coordinación del Espacio Consultivo por parte del Ministerio del Interior y las instancias del Ministerio Público como la Procuraduría y la Defensoría Nacionales garantes del derecho a la participación de sus comunidades y de la institucionalidad durante el desarrollo de la Consulta Previa.

Ruta metodológica con las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras

En el marco de derechos de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, el Plan Nacional de Desarrollo 2018 – 2022 **Pacto por Colombia Pacto por la Equidad** y lo acordado con los representantes de la Comisión III del Espacio Nacional de Consulta Previa para la formulación del capítulo específico para estas comunidades, se desarrolló un proceso de consulta previa con las instancias de representación de estas comunidades.

Se inició el proceso con los encuentros de concertación con la Comisión III para recolección de los primeros insumos. Seguido de lo anterior, a mediados de 2018, se concertó y aprobó la ruta metodológica para el desarrollo de la consulta previa entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Comisión III.

Las actividades sufrieron un retraso debido a la Declaratoria de Emergencia Sanitaria a partir de marzo de 2020 en todo el territorio nacional por la pandemia del COVID-19, establecida por la Resolución 385 de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social. Estos retrasos afectaron el desarrollo técnico y la ejecución de los recursos asignados para el desarrollo de la consulta previa.

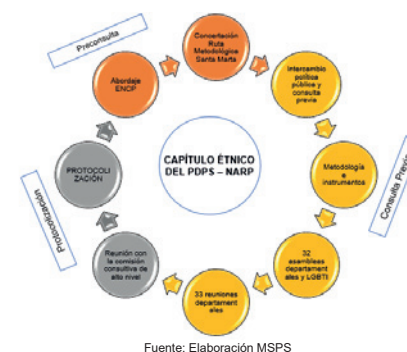
Sin embargo, con la expedición de la Resolución 777 de 2021 que permitió el aforo para las reuniones presenciales de hasta 50 personas, fue posible retomar el proceso de la consulta previa. En este contexto ocurrió la concertación entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Comisión III sobre los ajustes técnicos y presupuestales necesarios para dar cumplimiento a la ruta metodológica, por medio de la realización de un convenio interadministrativo con una entidad asociada que permitiera la operación en todo el territorio nacional.

La ruta metodológica pactada incluyó las siguientes etapas y componentes:

- Etapa de preconsulta: concertación y construcción de la ruta metodológica del proceso de consulta previa
- Etapa de consulta previa: incluye asambleas departamentales, reuniones con las entidades territoriales, mesas técnicas y reuniones con la Comisión III
- Etapa de protocolización: aprobación de la propuesta de capítulo étnico.

Cada una de estas etapas consta de actividades y productos relacionados (ilustración 1)

Ilustración 2. Componentes de la Ruta Metodológica



Fuente: Elaboración MSPS

Fase de alistamiento

Esta fase correspondió a la organización técnica y administrativa necesaria para garantizar los aspectos contractuales y operacionales para el desarrollo de la ruta metodológica de la consulta previa. Estos incluyeron la elaboración de los estudios previos y sus soportes pertinentes, como el anexo técnico, la guía metodológica para las asambleas, los instrumentos y protocolos para la realización de la consulta previa y sus componentes de asambleas, mesas técnicas, reuniones departamentales y encuentros con el pleno de la Comisión III.

Lo anterior implicó, en primer lugar, la definición previa de los elementos conceptuales de referencia que fundamentarían el proceso de identificación y comprensión de las situaciones y alternativas asociadas al mejoramiento de las condiciones de salud y sus determinantes y la potenciación de oportunidades, tanto desde la perspectiva institucional como desde las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras.

En segundo lugar, se organizó el diseño de la estructura de la recolección y organización de los datos. En este sentido, se definieron los requerimientos, formatos y flujos de la información establecidos en los estudios previos en las matrices 1, 2, 3 y 4, orientadas por ejes estructurales que fueron desarrollados en las mesas técnicas e incluyeron un componente cuantitativo y uno

cuantitativo. Además, desde la parte técnica y logística se llevó a cabo la elaboración de materiales de apoyo como:

- **Guías Orientadoras** para el desarrollo de las asambleas departamentales las cuales incluían la parte técnica y logística de manera detallada, con el fin de garantizar el buen desarrollo de las sesiones.
- **Listas de chequeo** que permitieran guiar paso a paso el cumplimiento de los requerimientos básicos para el desarrollo de sesiones.
- **Protocolos de bioseguridad** ajustable de acuerdo con el contexto sociocultural y territorial
- **Documentos resumen orientadores** para la aplicación de los instrumentos concertados para la recolección de información y capacitación frente a las políticas públicas en salud para grupos étnicos (Plan Decenal de Salud Pública)
- **Videos y documentos de capacitación** para el correcto diligenciamiento de las matrices de recolección y organización de la información recogida durante las asambleas departamentales.

Igualmente, se definió la organización de la consolidación de la información y su posterior triangulación y análisis que derivaría en la identificación de necesidades y propuestas de alternativas para su abordaje tanto en el capítulo como en los Planes Territoriales de Salud y desde las responsabilidades institucionales y sectoriales. Para ello fue necesario realizar el diseño y montaje de la base de datos en línea con el fin de configurar categorías preliminares y códigos de referencia que permitieran en principio la organización y sistematización de los datos y posteriormente el análisis de la información tanto cualitativa como cuantitativa, y de esta manera enriquecer el ejercicio de identificación y comprensión de las necesidades expresadas por los diferentes actores y con ello la posibilidad de enriquecer la propuesta de capítulo étnico.

Sumado a lo anterior, es importante reconocer que se llevaron a cabo acompañamientos por parte del equipo técnico de la dirección de epidemiología y demografía del Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de apoyar técnica y logísticamente los diferentes momentos. Generando de esta manera espacios de capacitación y orientación en el antes, durante y después de cada una de las fases que componen la ruta metodológica concertada.

Fase de consulta previa

Una vez garantizado el convenio con la entidad asociada, esta entidad operó la ruta para garantizar la efectividad de la participación de los Consejos Comunitarios en las asambleas departamentales e inició la convocatoria realizada al delegado propio en su rol de representante de sus respectivos Consejos Comunitarios y de las organizaciones de base. Los delegados designados en su rol de interlocutores legítimos concretaron la convocatoria en el marco de su autonomía a las asambleas y espacios de socialización y concertación a los miembros de las consultivas departamentales de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, delegados de los consejos comunitarios y de otras formas o expresiones organizativas, médicos tradicionales, parteras, y demás personas que cuenten con la experiencia y el conocimiento de la medicina ancestral.

Por lo anterior, a partir del vínculo territorial entre el delegado y las comunidades que él representa que surge en razón a relaciones de parentesco, familiaridad, ancestralidad, ubicación geográfica y organización política se garantizó el compromiso de la efectiva participación de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras en las asambleas departamentales (ilustración 2).

Ilustración 3. Esquema organizativo de la garantía de participación de la consulta previa



En consonancia con lo anterior, las estructuras de participación y organización política de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras garantizaron la inclusión del 100% de las organizaciones en la totalidad de las entidades territoriales del país, en cumplimiento de los principios de justicia, democracia, respeto de los derechos humanos, igualdad, no discriminación, buena administración pública y buena fe consagrados en el Convenio 169 de OIT.

Asambleas departamentales: recolección de insumos

En este punto, es importante señalar que de conformidad con el artículo 2.5.1.4.4. del Decreto 1372 de 2018 las Asambleas Departamentales tienen como propósito incorporar propuestas y tramitar recomendaciones de los delegados de consejos comunitarios, expresiones organizativas de comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras. Las treinta y dos (32) asambleas departamentales realizadas se detallan a continuación en el siguiente cuadro y una (1) asamblea nacional LGTBQ+:

Cuadro 1. Asambleas realizadas en la Consulta Previa del capítulo de las comunidades Negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras

Nº	ASAMBLEA	LUGAR
1	Amazonas	Leticia
2	Antioquia	Medellín
3	Arauca	Arauca
4	Atlántico	Candelaria
5	Bogotá	Bogotá
6	Bolívar	Cartagena de Indias
7	Boyacá	Puerto Boyacá
8	Caldas	Supia
9	Caquetá	Florencia
10	Casanare	Yopal
11	Cesar	Valledupar
12	Chocó	Quibdó
13	Córdoba	Montería

14	Guaina	Puerto Inírida
15	Guaviare	San José
16	Huila	Neiva
17	LGBTIQ +	Bogotá
18	Magdalena	Plato
19	Meta	Villavicencio
20	Nariño	Tumaco
21	Norte Santander	Cúcuta
22	Putumayo	Villa garzón
23	Quindío	Circasia
24	Risaralda	Pereira
25	San Andrés, Providencia y Santa Catalina	San Andrés
26	Santander	Bucaramanga
27	Sucre	Sincelejo
28	Tolima	Ibagué
29	Valle	Cali
30	Vaupés	Mitú
31	Vichada	Puerto Carreño

Fuente: Elaboración propia. Equipo técnico MSPS

Realización de la Asamblea LGTBQ+

La organización de la asamblea nacional LGTBQ+ estuvo a cargo del delegado nacional de la Comisión III, quien coordinó la convocatoria teniendo en cuenta la representatividad de las organizaciones LGTBQ+ en el ámbito nacional. Su objetivo fue recoger la percepción de las necesidades, condiciones de salud y explorar las opciones para la definición de las líneas estratégicas de este grupo dentro del capítulo.

Además de las asambleas departamentales descritas antes, los demás componentes de esta fase de consulta previa conforman la fase de construcción colectiva e incluyeron las actividades de reuniones departamentales, mesas técnicas y reuniones con el pleno de la Comisión III, cada uno con un alcance y propósito detallado en el cuadro 4, a continuación:

Cuadro 2. Espacios de la construcción colectiva

Nombre del espacio	Alcance y propósito
Reuniones Departamentales con las Entidades Territoriales de Salud	Corresponde a los encuentros convocados por el Ministerio de Salud y Protección Social con la entidad asociada con apoyo de los delegados de la Comisión III con las entidades territoriales de salud y la comunidad delegada por los Consejos Comunitarios, con el fin de socializar los preacuerdos de las asambleas, recibir aportes y ajustar el capítulo.
Mesas técnicas	Corresponden a encuentros de trabajo entre el equipo profesional de la entidad asociada y la Comisión III y el equipo técnico del Ministerio, para establecer los acuerdos hacia la consolidación del capítulo.
Reuniones de la Comisión III en pleno	Corresponde a la convocatoria de los 42 delegados de esta Comisión, efectuada por el Ministerio del Interior para avanzar en los consensos de los preacuerdos y acuerdos como preparatoria para la protocolización del capítulo.

En este momento del proceso de construcción del capítulo étnico se organizaron los desarrollos técnicos y logísticos que permitieron el procesamiento de la información derivada de asambleas departamentales y los demás espacios de construcción colectiva, como se describe a continuación.

Espacio de construcción con las entidades territoriales, los preacuerdos

Dentro del trabajo concertado en la metodología para el análisis de resultados se propuso la revisión de los planes de desarrollo de cada departamento con el fin de reconocer puntos a favor, vacíos y necesidades propias de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras con relación a la atención y proceso de planeación en salud, a partir de un primer acercamiento a las fuentes secundarias disponibles en las plataformas oficiales.

En este sentido se propuso identificar en un primer momento, si existe un capítulo específico para las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y a su vez, si se llevan acciones, planes, programas o proyectos frente a la atención y planeación en salud con enfoque diferencial, verificar si se realiza algún enlace o convenio con consejos comunitarios para llevar a cabo acciones con estas poblaciones, y finalmente generar observaciones y recomendaciones consideradas para el mejoramiento o la construcción de propuestas.

Dentro de los resultados evidenciados por departamento se identificaron iniciativas encaminadas a la garantía del acceso a la salud con calidad, integralidad y equidad. Esto, a partir del diseño de políticas públicas en salud y las propuestas de creación de EPS e IPS propias de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, con el fin de incluir y adecuar el enfoque étnico diferencial a los planes, programas, proyectos y acciones que respondan a las necesidades expresadas por las comunidades, teniendo en cuenta las diferencias contextuales, territoriales e identitarias propias y se garantice la calidad y cobertura, la vinculación, participación, accesibilidad e inclusión. A su vez resulta necesario la apertura de espacios que permitan consolidar los procesos de armonización y construcción técnica de las apuestas en salud para los pueblos afrodescendientes, lo que implica establecer procesos, mecanismos y procedimientos de articulación.

Los resultados indican la necesidad de crear alianzas con los consejos comunitarios para dar prioridad a los usos y costumbres de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, teniendo en cuenta la atención étnica y diferencial en los sectores sociales LGTBQ+, víctimas, desplazados, etc. No obstante, para lograr lo anterior de manera efectiva y como respuesta repetitiva dentro del ejercicio, resulta necesario realizar un proceso de caracterización de la población presente en el territorio, una actualización o creación de sus indicadores y determinantes, de manera que exista una documentación y censo poblacional de dichas comunidades, con el fin de aterrizar, priorizar, articular y orientar acciones frente a la toma de decisiones políticas basadas en la evidencia, como es el caso de la construcción de planes territoriales e inclusión del capítulo étnico diferencial dentro del Plan Decenal de Salud Pública. Vale señalar que esto se debe realizar de la mano de una comprensión conjunta entre actores frente a la experiencia en los procesos de atención y planeación en salud de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras.

Frente a lo anterior, es importante señalar que en Cauca se dio un aporte fundamental para iniciar con la adecuación del enfoque diferencial con las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, alrededor de la necesidad de que las entidades territoriales reconozcan e identifiquen los instrumentos de planificación y la manera como estos involucran unas prioridades de desarrollo propias de los grupos étnicos. Teniendo como punto de partida el proceso de los pueblos indígenas de fortalecimiento de los gobiernos propios, con las mesas de concertación y de la regulación y articulación del Modelo de Atención Integral Territorial (MAITE) y el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI). Sumado a ello, en el departamento del Cauca específicamente en Santander de Quilichao se identificó un compromiso de implementación y seguimiento frente a la "Política Pública Afroquilichagüña", lo que evidencia un avance significativo en los retos de la implementación del enfoque diferencial.

En los departamentos de Huila, Boyacá, Bogotá, Caquetá, entre otros, se mencionó la importancia de establecer diálogos frente a los "problemas en salud empíricos y científicos con el objetivo de contrastar y conocer los abordajes desde la institucionalidad y desde las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras" (Matriz 3, 2021) de tal manera que permita identificar y comprender la salud, la enfermedad y los procesos de planeación desde una mirada propia e intercultural, teniendo en cuenta la medicina tradicional y ancestral de dichas comunidades, la soberanía alimentaria, los determinantes ambientales, sociales, psicológicos y espirituales.

A su vez, dentro de las observaciones se encontró que "Para nadie es un secreto que las desigualdades en salud que se viven en Colombia son el resultado de la situación en que la población crece, vive, trabaja y envejece, y del tipo de sistemas que se utilizan para combatir la enfermedad.

A su vez, las condiciones en que la gente vive y muere están determinadas por fuerzas políticas, sociales y económicas, no obstante "es necesario trabajar en diferentes aspectos articulados que respondan a un progreso a nivel de salud en el departamento" y para ello la formulación y adecuación de políticas públicas son fundamentales en los territorios con el fin de garantizar a las comunidades étnicas condiciones dignas, equitativas y de calidad, expresadas a nivel laboral, familiar, individual y colectivo a lo largo del curso de vida de cada sujeto (niñez, adolescencia, juventud, vejez). Esta propuesta estuvo acompañada de un requerimiento vital y es la construcción conjunta, a partir de un proceso participativo que lleve a que las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras a apropiarse de los espacios de la formulación, implementación y monitoreo en la creación de políticas, planes y proyectos en salud. Dentro de las propuestas también se encontró:

- Promover por la difusión la presencia e importancia de saberes ancestrales y la medicina tradicional afrodescendiente.
- Garantizar y gestionar una atención de salud culturalmente pertinente
- Atención Sanitaria con pertinencia cultural, enfoque de género y de derechos humanos (Matriz 3, Huila, 2021)

De manera paralela se conoció la iniciativa de Nariño acerca de la importancia en los procesos de adecuación e inclusión al enfoque étnico diferencial, sobre el intercambio de saberes y en ese sentido el reconocimiento de la partería, la medicina tradicional, la curandería, la educación intercultural, los derechos humanos, el proceso de paz, entre otras, como aspectos propios, característicos, ancestrales y fundamentales que deben estar presentes al momento de plantear algún diálogo con las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, en la medida que se evidencia la poca visibilidad de estas comunidades dentro de los Planes de Intervenciones Colectivas (PIC), dentro de las entidades promotoras de salud y en las Empresas Sociales del Estado - ESEs municipales. Por lo anterior resulta urgente la elaboración de un capítulo étnico propio de dichas comunidades "el cual permita, estar en el marco de la planeación estratégica en salud, para fortalecer nuestra promoción y prevención en salud, con un enfoque territorial y poder tomar decisiones asertivas para mejorar la salud de nuestros habitantes del territorio" (Matriz 3, Nariño, 2021).

Estos procesos de adecuación presentan unos retos significativos, en la que medida que se observó necesidad de mejora frente a departamentos que tienen acciones dirigidas a las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, como fue el caso de Caquetá, ya que dentro del plan de desarrollo territorial se evidenció que esta población en temas salud pública no se encuentra articulada desde un enfoque diferencial si no desde un enfoque transversal en salud, lo que lleva al desconocimiento y no reconocimiento de las particulares identitarias y culturales de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y por ende a una vulneración de sus derechos como comunidades étnicas. Sumado a ello, es fundamental tener en cuenta que el deber ser de la salud pública es extenderse progresivamente a los pueblos interesados y aplicarse sin discriminación alguna.

Por otro lado, es importante señalar que dentro de los hallazgos fue repetitivo la necesidad de reconocer y visibilizar las rutas que permiten la administración de los recursos de tal manera que se garantice el desarrollo y concertación de planes, acciones o proyectos con enfoque étnico diferencial, ya que se evidencia la necesidad de fortalecer de manera urgente los procesos de planeación territorial, con el fin de brindar las herramientas y construir las rutas para lograr los objetivos técnicos y administrativos propuestos.

Una vez finalizada la revisión de los planes de desarrollo territorial de los departamentos, en la ruta metodológica se tenía como propuesta socializar en un espacio participativo el cual tuvo como nombre "Reunión de socialización, difusión y aplicación vinculante de los preacuerdos del capítulo étnico del Plan Decenal de Salud Pública, liderada por los delegados de cada departamento de la Comisión III del Espacio Nacional de Consulta Previa - ENCP y con la participación de los funcionarios de la secretarías de salud departamental y otros invitados" y cuyo propósito fue ajustar, contrastar, conversar y proponer a la luz de lo que se tiene, de lo que se desea y necesita modificar en los procesos de planeación y atención en salud con enfoque étnico diferencial, y a su vez a la luz del trabajo realizado de manera rigurosa y participativa en los distintos territorios por medio de las asambleas departamentales con las comunidades y organizaciones legítima y jurídicamente reconocidas, como son los consejos comunitarios.

Este ejercicio buscó articular los preacuerdos generados a partir de las necesidades expresadas en el desarrollo de las asambleas departamentales relacionadas con la garantía y goce efectivo del

derecho a la salud, con el fin de que se brinde una atención a partir del enfoque diferencial y a su vez de la garantía de oportunidad de planear de manera conjunta con las comunidades y de la mano de las instituciones representativas y fundamentales para generar acciones, planes y proyectos que permitan encaminar de manera colectiva e individual las atenciones y la planeación a partir de los contextos sociales y las diferentes necesidades que expresan los mismos.

Vale señalar que este también tuvo como objetivo construir un canal de comunicación asertivo y directo a partir de la socialización de los acuerdos concertados, los cuales pretenden materializar respuestas en el marco de las necesidades expresadas y sentidas por las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras. Esto, con el fin de crear compromisos, construir y reconocer aquellas rutas, metodologías y prioridades desde las entidades territoriales como instituciones con responsabilidad social y garantes de los derechos de las comunidades.

De esta socialización emergieron ideas, propuestas, comentarios interesantes y pertinentes que apoyaron y validaron los acuerdos, las acciones, los compromisos por parte de las entidades territoriales con el fin de tomar posición y apropiación para lograr la implementación de estos en los planes, acciones y proyectos próximos a construirse.

Frente a cada uno de los preacuerdos existió la siguiente retroalimentación:

Primer preacuerdo: Diseño del procedimiento para la construcción y concertación de políticas, planes, programas, proyectos, evaluación y seguimiento con las diferentes instancias de comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras con entidades territoriales de nivel internacional, nacional, departamental, municipal y distrital de carácter público y privado en el marco de las normas competentes (Espacio Nacional de Consulta Previa, Consultiva de Alto Nivel, Consultiva Departamental, Consejos Comunitarios de Comunidades Negras, organizaciones de base, expresiones organizativas, personas naturales, consultores, entre otros)

La secretaria de Salud de Córdoba resaltó la necesidad de tener en cuenta a los territorios de difícil acceso con el fin de que se les garantice la socialización de dicha propuesta y puedan verse beneficiados. Por parte del representante de Caldas se mencionó la necesidad de incluir a los médicos tradicionales dentro del Sistema, con el fin de que se reconozca su oficio y sea remunerado con las garantías laborales legales. Por parte de Casanare se resaltó la necesidad de que exista una pedagogía frente al enfoque étnico diferencial a nivel general, desde las bases departamentales y expresadas en directrices nacionales.

Segundo preacuerdo: Sistematización de la experiencia metodológica de la construcción del capítulo étnico de las comunidades) que permitan la difusión y socialización del trabajo realizado para las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales Y Palenqueras mediante una estrategia de comunicación (materiales de esta ruta metodológica, con el fin de que sirva como insumo para promover el reconocimiento de la participación en el marco de la Consulta Previa a las Entidades, actores del SGSSS y academia.

La secretaria de salud de Norte de Santander expresó la importancia de conocer la ubicación de las poblaciones, lo que conlleva a la necesidad de realizar una actualización del censo poblacional con el fin de conocer cuantas personas hay, cuáles son las condiciones de vida y donde se encuentran ubicadas, para que de esta manera se pueda orientar la planeación de manera objetiva y efectiva.

Tercer preacuerdo: Construcción de los lineamientos técnicos y metodológicos para el análisis de la situación de salud con enfoque étnico diferencial y sociocultural como insumo fundamental para la planeación territorial en salud y toma de decisiones

La Secretaría de salud de Caldas comentó que construyó una unidad temática de salud la cual convocó a la consultiva de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras a participar de la construcción de propuestas. De manera paralela, la secretaria de salud de Guaviare señaló los avances que han generado a partir del trabajo autónomo, colectivo y comunitario a partir de la creación de unos lineamientos que pretenden ser difundidos en las entidades territoriales.

Cuarto preacuerdo: Formación y capacitación para el mejor desempeño de sus funciones respecto a los procesos de planeación territorial en salud con enfoque étnico e implementación de acciones en promoción, gestión del riesgo y gestión de la salud pública: las entidades públicas, privadas a nivel nacional, internacional y local y a las instancias de Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.

La secretaria de Guainía señaló la necesidad de que exista reconocimiento, visibilización y legitimidad de los sabedores al momento de generar formación y capacitación respectiva.

Sobre los acuerdos 5°, 6°, 7° y 8° no se presentaron observaciones y se aceptaron en forma unánime.

Quinto preacuerdo: Elaboración de documentos y material didáctico para la difusión de la normatividad existente para las Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras, como parte del apoyo a los procesos de fortalecimiento de la capacidad institucional y comunitaria.

Sexto preacuerdo: Revisión del cumplimiento órdenes judiciales, sentencias de la corte del Ministerio Público, organismos internacionales en relación con la atención en salud y sus procedimientos diferenciales para Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras

Séptimo preacuerdo: Definir las líneas de investigación para la gestión del conocimiento, formación de capacidades en investigación y uso de la información a partir de los resultados de las asambleas de la consulta previa del capítulo étnico de las Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.

Octavo preacuerdo: Establecer la ruta para el reconocimiento, desarrollo y protección jurídica, técnica y ancestral de la medicina tradicional - ancestral de las Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.

Noveno preacuerdo: Concertación para la adecuación sociocultural de las RIAS para las comunidades NARP de acuerdo a las necesidades, condiciones y situaciones de salud propia.

En cuanto al 9° preacuerdo el departamento de Norte de Santander expresó que antes de establecer dicha ruta es fundamental el tema de caracterización de la población, ya que, si bien las RIAS aplican a todas las poblaciones, es fundamental la caracterización para generar acciones específicas para la comunidad negra, afrocolombiana, raizal y palenquera que garanticen los derechos de las comunidades y el enfoque diferencial que se busca adecuar. Por otro lado, Caldas señaló la necesidad urgente de que exista una "radiografía social" frente al estado de salud de cada departamento.

Decimo preacuerdo: Caracterización sociocultural de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras con los elementos técnicos, jurídicos y científicos de salud, existentes para la construcción de un diagnóstico de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras en salud.

Undécimo preacuerdo: Reconocimiento integral activo de carácter inmediato para los sabedores de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras en sus distintas áreas de salud, espiritual, tradicional y ancestral.

Duodécimo preacuerdo: Creación de la mesa de protección de las políticas públicas para la apropiación de la atención integral ante el Ministerio de Salud y Protección Social.

Decimotercer preacuerdo: Garantizar que la EPS hagan la caracterización en territorio en concertación con las instancias representativas de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.

Sobre estos últimos preacuerdos la única recomendación fue presentada por el departamento de Guainía que agregó que las políticas públicas deben cumplir un rol fundamental como multiplicadoras de la medicina ancestral, ya que esta tiene la misma importancia de la medicina alopatía/ occidental.

Generación de la matriz 4 - los acuerdos

Posterior al ejercicio de revisión con las entidades territoriales se organizan los acuerdos a presentar en el espacio de protocolización presentados a continuación:

1. Generar e implementar acciones para el fortalecimiento técnico y operativo, en las entidades o instituciones del SGSSS, que permita garantizar el cumplimiento de los procesos de planeación y gestión integral en salud pública con enfoque étnico e identidad cultural para las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.

2. Diseñar, definir, adecuar e implementar, en el marco de las competencias de los actores del SGSSS, las orientaciones técnicas que permitan la incorporación del enfoque diferencial en las políticas, planes, programas y proyectos en salud pública para las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.
3. Sistematizar y documentar el abordaje metodológico empleado para la construcción del capítulo étnico del Plan Decenal de Salud Pública, objeto de la consulta previa para comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.
4. Diseñar e implementar estrategias de comunicación que permita la adecuada socialización y difusión de los elementos estratégicos y operativos del capítulo étnico de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales Y Palenqueras, así como del reconocimiento y la garantía de la participación social en el marco de la consulta previa.
5. Diseñar conjuntamente con la Comisión III del ENCP una estrategia metodológica y los lineamientos técnicos para la incorporación del enfoque étnico y la identidad cultural en el proceso de análisis de la situación de salud (ASIS) que será insumo fundamental para la planeación territorial en materia de salud pública de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.
6. Diseñar e implementar conjuntamente con la Comisión III del ENCP y el Ministerio de Salud y Protección Social una estrategia metodológica y los lineamientos técnicos para el desarrollo de la caracterización de la situación de salud con enfoque étnico y la identidad cultural para la construcción de un diagnóstico de salud de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.
7. Adecuar las orientaciones de la estrategia de entornos saludables que aborden los factores ambientales que afectan negativamente la salud en los territorios colectivos, tradicionales y/o ancestrales y zonas de asentamiento de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.
8. Adoptar los lineamientos del Plan Nacional de Adaptación al Cambio Climático que afectan la salud, dirigido a las entidades territoriales, los sectores, en los territorios colectivos, tradicionales y/o ancestrales y zonas de asentamiento de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.
9. Adaptar, adecuar e implementar los lineamientos técnicos para la vigilancia comunitaria en salud pública teniendo en cuenta los lineamientos técnicos existentes, las prácticas y saberes ancestrales para el cuidado primario en salud de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.
10. Concertar la adecuación del enfoque étnico y de la identidad cultural de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) para las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras de acuerdo con las necesidades, condiciones y situaciones de salud propia para reducir la carga de enfermedad y de las muertes tempranas y evitables por enfermedades emergentes, reemergentes y desatendidas.
11. Definir un mecanismo que permita la identificación de las personas de las Comunidades Negras, Afrocolombianas Raizales y Palenqueras afiliadas al SGSSS que permita la atención con enfoque diferencial étnico.
12. Diseñar e implementar el proceso de inclusión del enfoque de género desde la identidad cultural en el sector salud para el cierre de brechas por razones de género, identidad de género y orientación sexual, incluyendo acciones diferenciales para comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.
13. Diseñar e implementar un sistema de caracterización y registro de los sabedores, parteras, curanderos, sobanderos, remedios y demás médicos tradicionales y ancestrales de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.
14. Diseñar e implementar estrategias de formación continua, encaminadas a la armonización y articulación de la medicina "occidental" con la medicina tradicional y sabiduría ancestral con el SGSSS, para el fortalecimiento de los conocimientos y habilidades de los sabedores y médicos tradicionales en el ejercicio de sus prácticas tradicionales.
15. Inclusión de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras en los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud para la toma de decisión de la gestión de los determinantes sociales de la salud con enfoque intersectorial.
16. Diseñar e implementar estrategias que permitan visibilizar y reconocer el saber ancestral y las prácticas tradicionales para el fortalecimiento de la medicina tradicional de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.
17. Definir orientaciones para incorporar las acciones diferenciales para la gestión y la prestación de servicios de salud para la población Palenquera y Raizal, a través de ajustes razonables para las lenguas nativas criolla y creole, atendiendo lo definido el artículo 9 de la Ley 1381 de 2010.

18. Diseñar e implementar estrategias para el intercambio de saberes entre la medicina ancestral (sabedores, sobadores, parteras, curanderos, rezanderos, etc.) y la medicina occidental, en espacios comunitarios que permitan el fortalecimiento de la identidad cultural de las Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras en el territorio colectivo, tradicional y/o ancestral, zonas de asentamiento o zonas urbanas.

Estos 18 acuerdos fueron llevados a la protocolización al Espacio Nacional de Consulta Previa. En este espacio se presentaron los componentes de financiación y monitoreo y seguimiento que fueron aprobados y fue adicionado el Acuerdo de Salvaguarda del ENCP que se presentan a continuación:

Fase de Protocolización

Esta fase se llevó a cabo en el Hotel Tequendama de la ciudad de Bogotá DC, del 20 al 22 de diciembre de 2021, contó con la presencia de los representantes de las instituciones del gobierno nacional y del ministerio público y los delegados de la Plenaria del Espacio Nacional de Consulta Previa.

El orden del día estuvo constituido por los aspectos protocolarios pertinentes y por los siguientes contenidos específicos:

- Elementos jurídicos y técnicos del capítulo étnico de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras del Plan Decenal de Salud Pública de Colombia.
- Elementos y antecedentes de la ruta y la metodología construida con la Comisión III de Protección Social, Salud, ICBF, Mujer, Género y Generaciones del Espacio Nacional de Consulta Previa – ENCP para el capítulo étnico de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras del Plan Decenal de Salud Pública.
- Socialización de preacuerdos entre el Ministerio de Salud y Protección Social y Comisión III de Protección Social, Salud, ICBF, Mujer, Género y Generaciones del Espacio Nacional de Consulta Previa – ENCP.

La protocolización contó con la presentación de los elementos técnicos y jurídicos y los antecedentes de la ruta, la metodología y la socialización de los preacuerdos entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Comisión III de Protección Social, Salud, ICBF, Mujer, Género y Generaciones del Espacio Nacional de Consulta Previa – ENCP.

El Ministerio presenta los dieciocho (18) preacuerdos y la Secretaría Técnica del ENCP socializa las recomendaciones de la Comisión Consultiva de Alto Nivel las cuales fueron recogidas en el marco de los preacuerdos presentados como acuerdos definitivos ante este espacio. Los dieciocho [18] acuerdos concertados y aprobados de manera conjunta entre el Ministerio de Salud y Protección Social y el ENCP fueron los siguientes:

Cuadro 5. Relación de acuerdos entre el ministerio de salud y protección social y el espacio nacional de consulta previa

No.	Acuerdo entre Ministerio de Salud y Protección Social y el Espacio Nacional de Consulta Previa
1	Generar e implementar acciones para el fortalecimiento técnico y operativo, en las entidades o instituciones del SGSSS, que permita garantizar el cumplimiento de los procesos de planeación y gestión integral en salud pública con enfoque étnico e identidad cultural para las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.
2	Diseñar, definir, adecuar e implementar, en el marco de las competencias de los actores del SGSSS, las orientaciones técnicas que permitan la incorporación del enfoque diferencial en las políticas, planes, programas y proyectos en salud pública para las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.
3	Sistematizar y documentar el abordaje metodológico empleado para la construcción del capítulo étnico del Plan Decenal de Salud Pública objeto de la consulta previa para comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.
4	Diseñar e implementar estrategias de comunicación que permitan la adecuada socialización y difusión de los elementos estratégicos y operativos del capítulo étnico de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras, así como del reconocimiento y la garantía de la participación social en el marco de la consulta previa.
5	Diseñar conjuntamente con la Comisión III del ENCP una estrategia metodológica y los lineamientos técnicos para la incorporación del enfoque étnico y la identidad cultural en el proceso de análisis de la situación de salud (ASIS) que será insumo fundamental para la planeación territorial en materia de salud pública de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.

6	Diseñar e implementar conjuntamente con la Comisión III del ENCP y el Ministerio de Salud y Protección Social una estrategia metodológica y los lineamientos técnicos para el desarrollo de la caracterización de la situación de salud con enfoque étnico y la identidad cultural para la construcción de un diagnóstico de salud de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.
7	Adecuar las orientaciones de la estrategia de entornos saludables que aborden los factores ambientales que afectan negativamente la salud en los territorios colectivos, tradicionales y/o ancestrales y zonas de asentamiento de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.
8	Adoptar los lineamientos del Plan Nacional de Adaptación al Cambio Climático que afectan la salud, dirigido a las entidades territoriales, los sectores, en los territorios colectivos, tradicionales y/o ancestrales y zonas de asentamiento de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.
9	Adaptar, adecuar e implementar los lineamientos técnicos para la vigilancia comunitaria en salud pública teniendo en cuenta los lineamientos técnicos existentes, las prácticas y saberes ancestrales para el cuidado primario en salud de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.
10	Concertar la adecuación del enfoque étnico y de la identidad cultural de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) para las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras de acuerdo a las necesidades, condiciones y situaciones de salud propia para reducir la carga de enfermedad y de las muertes tempranas y evitables por enfermedades emergentes, reemergentes y desatendidas.
11	Definir un mecanismo que permita la identificación de las personas de las Comunidades Negras, Afrocolombianas Raizales y Palenqueras afiliadas al SGSSS que permita la atención con enfoque diferencial étnico.
12	Diseñar e implementar el proceso de inclusión del enfoque de género desde la identidad cultural en el sector salud para el cierre de brechas por razones de género, identidad de género y orientación sexual, incluyendo acciones diferenciales para comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.
13	Diseñar e implementar un sistema de caracterización y registro de los sabedores, parteras, curanderos, sobadores, remedios y demás médicos tradicionales y ancestrales de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.
14	Diseñar e implementar estrategias de formación continua, encaminadas a la armonización y articulación de la medicina "occidental" con la medicina tradicional y sabiduría ancestral con el SGSSS, para el fortalecimiento de los conocimientos y habilidades de los sabedores y médicos tradicionales en el ejercicio de sus prácticas tradicionales.
15	Inclusión de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras en los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud para la toma de decisión de la gestión de los determinantes sociales de la salud con enfoque intersectorial.
16	Diseñar e implementar estrategias que permitan visibilizar y reconocer el saber ancestral y las prácticas tradicionales (sabedores, sobadores, curanderos, rezanderos, parteras etc) para el fortalecimiento de la medicina tradicional de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.
17	Definir orientaciones para incorporar las acciones diferenciales para la gestión y la prestación de servicios de salud para la población Palenquera y Raizal, a través de ajustes razonables para las lenguas nativas crolla y creole, atendiendo lo definido en el artículo 9 de la Ley 1381 de 2010.
18	Diseñar e implementar estrategias para el intercambio de saberes entre la medicina ancestral (sabedores, sobadores, parteras, curanderos, rezanderos, etc.) y la medicina occidental, en espacios comunitarios que permitan el fortalecimiento de la identidad cultural de las Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras en el territorio colectivo, tradicional y/o ancestral, zonas de asentamiento o zonas urbanas.

Así mismo, se define lo relacionado con la financiación, el monitoreo y la evaluación del capítulo étnico para comunidades Negras Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras del Plan Decenal de Salud Pública de la siguiente manera:

Financiación

Acorde con las responsabilidades y competencias en la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan Territorial de Salud (PTS) y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), así como en la financiación de las acciones establecidas en estos planes, las entidades territoriales deben articular los esfuerzos estratégicos, metodológicos y operativos con los demás actores del SGSSS para lograr el mejoramiento del estado de salud de la población. Dicha articulación deberá estar enmarcada en evitar la progresión y ocurrencia de desenlaces adversos de la enfermedad, así como en la disminución de las inequidades en salud.

De manera específica, en cuanto a las intervenciones en comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras, se requiere de la acción intersectorial, dado que, en general, estos grupos étnicos se encuentran reconocidos como población vulnerable, en razón a su ubicación geográfica, desigualdades sociales y económicas, barreras en la prestación de servicios de salud y por la falta

de coordinación entre los servicios de salud y sus prácticas y creencias en cuanto hace al proceso salud-enfermedad.

Toda acción que se requiera implementar en los territorios, en materia de prestación de servicios de salud y aseguramiento en el SGSSS, dirigidos a las poblaciones más vulnerables, entre los que se encuentran las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras, debe cumplir con los criterios de eficiencia y efectividad en la destinación de los recursos para los cuales fueron concebidos.

Seguimiento y evaluación

El capítulo étnico para comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras del Plan Decenal de Salud Pública, se integra al sistema de seguimiento y evaluación definido por este Ministerio, con el fin de establecer los avances y logros de los objetivos y las metas sanitarias definidas para diferentes grupos diferenciales y su contribución a los objetivos estratégicos del Plan. La metodología para el monitoreo y evaluación de los PTS inscrita en el proceso de planeación integral y desarrollada a través de la metodología PASE a la Equidad en Salud, permitirá establecer las contribuciones de las entidades territoriales al objetivo general del capítulo.

Así, capítulo étnico para comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras del Plan Decenal de Salud Pública, adopta la metodología para realizar la medición del monitoreo y evaluación de los PTS que determine el Ministerio en el marco del seguimiento y evaluación del PDSP 2022-2031.

Acuerdo de Salvaguarda ENCP

Los delegados del Espacio Nacional de Consulta Previa presentan las siguientes salvaguardas:

- El capítulo de las Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras, protocolizado entre el Ministerio de Salud y Protección Social y el Espacio Nacional de Consulta Previa, constituirá un insumo fundamental para la formulación del siguiente Plan Decenal que, de implicar ajustes y complementariedades, serán construidas con el Espacio Nacional de Consulta Previa e igualmente se tendrán en cuenta las recomendaciones que formule la Comisión Consultiva de Alto Nivel.
- El Espacio Nacional de Consulta Previa, con fundamento en lo dispuesto en el artículo 6 y 7 del Convenio 169 de la OIT, señalado por la Corte Constitucional en las Sentencias T-376 de 2012, T-172 de 2013, T-576 de 2014, C-073 de 2018, SU 123 de 2018, el Decreto 1372 de 2018, exige al Ministerio de Salud y Protección Social que en el evento que la formulación del siguiente Plan Decenal, implique o contemple ajustes, modificaciones, complementariedades, programas, subprogramas, estrategias, lineamientos susceptibles de afectar directamente a las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, respetar y garantizar el derecho a la consulta previa, libre e informada.

3. Directrices para la Planeación Territorial en Salud con Adecuación Sociocultural con los Pueblos indígenas, Rrom y Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras

Las entidades territoriales de acuerdo con sus competencias y necesidades, condiciones y características de su territorio, deberán adoptar los contenidos establecidos del presente Capítulo, en cada cuatrienio a través del Plan Territorial de Salud y coordinar la implementación en su área de influencia, de conformidad con los lineamientos que, para el efecto, defina este Ministerio. Para ello, en los planes territoriales de salud, las entidades territoriales propiciarán los espacios de participación, en garantía del diálogo con ellos, a través de sus representantes, para la inclusión de acciones propias e interculturales de los aspectos socio culturales de los Pueblos indígenas, Rrom y Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras, que les permita ampliar y comprender mutuamente el conocimiento de su situación de salud. Para este fin deberán continuar, según particularidades propias de cada proceso con las siguientes directrices:

- Elaborar la priorización en salud pública, teniendo en cuenta los instrumentos de planeación propia: i.) definirán, organizarán y convocarán, la participación de actores comunitarios pertenecientes a los pueblos y comunidades indígenas, Rrom y Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras; ii.) convocarán los actores comunitarios que harán presencia en las mesas de trabajo

para la formulación de los PTS, en el marco del proceso de planeación integral en salud y iii.) vincularán a los actores comunitarios, las autoridades propias y/o tradicionales, y de las estructuras propias de salud definidas, en el marco del proceso de planeación integral en salud, con el fin de profundizar en el reconocimiento integral y comprensión de las condiciones particulares en que se encuentra este grupo y los factores socioculturales que inciden en su situación de salud, y iv) gestionarán los procesos de participación y brindarán acompañamiento y apoyo a todas las instancias, respetando su autonomía.

b.) Definir, con la participación de los pueblos y comunidades indígenas, Rrom y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, los lineamientos para la incorporación de las variables propias e interculturales, así como incorporar información socio cultural en los Análisis de Situación de Salud territoriales, que les permita comprender y ampliar el conocimiento de su situación de salud, en coherencia con los lineamientos y metodologías dispuestas por este Ministerio para la elaboración del Análisis de la Situación de Salud (ASIS).

c.) Elaborar el componente estratégico y de inversión plurianual del PTS, en el marco del proceso de planeación integral en salud, tomando como referente las líneas estratégicas planteadas en este Capítulo.

d.) Elaborar el componente operativo y de inversión del PTS, en el marco del proceso de planeación integral en salud, así como el Plan Anual de Salud - PAS.

De la misma manera, las Entidades Territoriales deberán tener en cuenta la incorporación de los resultados de las rutas de armonización, frente a la alineación de los contenidos de la Resolución 050 de 2021 para pueblos y comunidades indígenas y la Resolución 464 de 2022 para el pueblo Rrom, para el marco estratégico y operativo del PDSP 2022- 2031. Para el caso de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, los insumos que fundamentan la alineación del marco estratégico y operativo del PDSP 2022 – 2031 lo constituyen los resultados de la Consulta Previa del Capítulo Étnico de estas comunidades, quedando definidos en el marco de esta Consulta, los 18 acuerdos protocolizados entre el MSPS y el ENCP el 22 de diciembre de 2021.

A continuación, se presenta las responsabilidades de los departamentos, distritos y municipios, así como de pueblos y comunidades indígenas, pueblo Rrom y las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras

Responsabilidades de los departamentos, distritos y municipios.

Para la incorporación y desarrollo del presente capítulo se tendrá en cuenta lo siguiente:

Las entidades territoriales propiciarán los espacios de participación para la garantía del diálogo y la concertación con los pueblos y comunidades indígenas, pueblo Rrom y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, en el marco de la Planeación Territorial en Salud, lo cual implica:

- Identificar y convocar a las instancias legítimas de participación de los pueblos y comunidades indígenas, pueblo Rrom y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras a sus líderes, lideresas y demás representantes que abogan por sus intereses a los espacios participativos de formulación de los Planes Territoriales de Salud.
- Propiciar los espacios de diálogo y participación de sus líderes, lideresas y demás representantes que abogan por sus intereses al desarrollo de los momentos de identificación y comprensión integral de las condiciones en que se encuentra los pueblos y comunidades indígenas, pueblo Rrom y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, con el fin de incidir en la situación de salud de los territorios y concertar acciones y respuestas diferenciales que se incorporarán a los Planes Territoriales de Salud en sinergia con los demás instrumentos, así como la gestión para garantizar estos espacios respetando su autonomía.
- Adelantar las acciones necesarias para la coordinación y articulación entre las instituciones de la entidad territorial y los representantes a través de sus organizaciones de los pueblos y comunidades indígenas, pueblo Rrom y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras para la planeación integral en salud. Ello implica establecer procesos, mecanismos y

<p>procedimientos de articulación entre el Planes Territoriales de Salud y los Planes de salud propios de estas comunidades.</p> <p>d. Desarrollar, implementar, adecuar y mantener las fuentes y sistemas de información e indicadores de gestión, para la incorporación del enfoque étnico y la identidad cultural al elaborar el ASIS con las metodologías e instrumentos definidos por este Ministerio, así como incorporar información socio cultural de los pueblos y comunidades indígenas, pueblo Rrom y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, en los Análisis de Situación de Salud territoriales, que les permita comprender y ampliar el conocimiento de la situación de salud de estas comunidades de manera conjunta que será insumo fundamental para la planeación territorial en materia de salud pública de estas comunidades.</p> <p>e. Presentar informes en los espacios de diálogo y concertación territoriales, sobre la implementación y ejecución de los PTS y PAS de las entidades territoriales en donde hay presencia de los pueblos y comunidades indígenas, pueblo Rrom y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras. Lo anterior a partir de la puesta en marcha de los mecanismos de seguimiento y evaluación de las metas concertadas con estas comunidades, de acuerdo con sus realidades demográficas, socioculturales y geográficas, como instrumento gerencial de programación y control de ejecución anual.</p> <p>Los capítulos de los pueblos y comunidades étnicas del PDSP, se integran al sistema de monitoreo y evaluación definido por este Ministerio. De igual manera, las organizaciones y/o autoridades tradicionales de los pueblos y comunidades indígenas, pueblo Rrom y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, podrán desarrollar mecanismos de deliberación, control social y seguimiento del presente capítulo, bajo los principios generales del SGSSS, con el fin de establecer los avances y logros de los objetivos y las metas sanitarias definidas para esta población y su contribución a los objetivos estratégicos del PDSP.</p> <p>f. Los departamentos deberán asesorar técnicamente a los municipios, para el desarrollo de procesos participativos y la generación de competencia para la interculturalidad en la planeación territorial en salud y en la ejecución de planes, proyectos y acciones dirigidos y el fortalecimiento de la identidad cultural de los pueblos y comunidades indígenas, pueblo Rrom y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras.</p> <p>Responsabilidades de los pueblos y comunidades indígenas, pueblo Rrom y las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.</p> <p>En consonancia con la Ley Estatutaria de Salud y en el PDSP, los pueblos y comunidades indígenas, pueblo Rrom y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, tendrán como responsabilidades</p> <p>a. Identificar en escenarios de participación social, las acciones propias en salud a implementar, de acuerdo con sus formas propias del cuidado de la salud y definir las acciones que se requieran desde las entidades del SGSSS.</p> <p>b. Fomentar el diálogo y concertación con actores territoriales para la incorporación de acciones propias e interculturales en la formulación de los PTS.</p> <p>c. Participar en la construcción de las acciones propias e interculturales de los PTS.</p> <p>d. Ejercer los mecanismos de deliberación, control social y seguimiento, diseñados en el marco de la Política de Participación Social en Salud.</p> <p>e. Proponer acciones de mejora para los resultados en salud de los pueblos y comunidades indígenas, pueblo Rrom y las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.</p> <p>f. Garantizar el acceso al territorio para el desarrollo de las actividades acordadas con las entidades responsables de la atención integral en salud.</p>	<p>Capítulo 9. Poblaciones Víctimas del Conflicto Armado en Colombia en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031</p> <p>Introducción</p> <p>El entramado de situaciones vinculadas con los impactos colectivos en el daño a las redes sociales y comunitarias, los impactos psicológicos, emocionales y físicos con sus daños a las relaciones interpersonales y a la integridad de las víctimas, que han sido causados por las diversas modalidades y prácticas de violencia sufridas por millones de personas en Colombia, a lo largo de las últimas seis décadas, configuran, no solo una variedad de vulneración a sus derechos humanos y de infracciones al derecho internacional humanitario, sino una afectación a sus modos y condiciones de vida, que incide en todos los aspectos de su salud física y mental, calidad de vida, bienestar y desarrollo humano.</p> <p>Las narrativas sobre los impactos y los daños causados por el conflicto armado en Colombia configuran relatos que expresan el sufrimiento emocional profundo (miedo, angustia, desasosiego, temor) causadas por las situaciones de violencia, el daño moral vivido en prácticas de estigmatización, devaluación y humillación, vidas aisladas, sin fiestas y desconectadas, expresión de los daños socioculturales, el impacto desproporcionado sobre los pueblos y comunidades afrocolombianas e indígenas, los más violentados y el daño que la guerra trajo a la democracia con la naturalización de las prácticas de criminalizar, perseguir y reprimir (Grupo de Memoria Histórica, 2013).</p> <p>Las distintas modalidades y prácticas de violencia en el país como las masacres generadoras de terror y devastación, las desapariciones forzadas y sus secuelas de ausencia, perplejidad y vacío, el desplazamiento forzado que deja desarraigo, nostalgia y humillación, el secuestro, los daños e impactos sobre las mujeres, particularmente la violencia sexual y los cuerpos marcados por la guerra, así como los daños e impactos sobre los hombres y su menoscabo como proveedores y protectores, la ruptura de la infancia expresada en los daños e impactos sobre los niños, las niñas, los adolescentes y los jóvenes, el daño e impacto sobre la población LGBTI degradados, ridiculizados y silenciados y los daños e impactos que ocasionan la impunidad, las deficiencias en la atención estatal y en las respuestas sociales, han generado una deuda histórica con estas poblaciones (Grupo de Memoria Histórica, 2013).</p> <p>En 2011 se promulgó la ley 1448 que reconoce el sufrimiento generado por la vulneración de derechos humanos e infracciones al derecho internacional humanitario de las víctimas del conflicto armado. Su artículo 3º, define como víctimas a aquellas personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1º Enero de 1985, como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de Derechos Humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado interno (Congreso de Colombia, 2011. p.1)</p> <p>Se define hecho victimizante a los delitos o situaciones de los cuales las personas fueron víctimas. El Registro Único de Víctimas presenta la información actualizada sobre catorce hechos victimizantes: Acto terrorista /Atentados /Combates /Enfrentamientos/Hostigamientos, Amenaza, Delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo del conflicto armado, Desaparición forzada, Desplazamiento forzado, Homicidio, Minas Antipersonal, Munición sin Explotar y Artefacto Explosivo improvisado, Secuestro, Tortura, Vinculación de Niños Niñas y Adolescentes a Actividades Relacionadas con grupos armados, Abandono o despojo Forzado de Tierras, Pérdida de Bienes Muebles o Inmuebles, Lesiones Personales Físicas, Lesiones Personales Psicológicas y Confinamiento (UARIV, 2022)</p> <p>La ley 1448 de 2011, estableció las medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno (VCA) y reconoció el derecho que tienen a la verdad, a ser reparadas en el daño sufrido, con la indemnización y las medidas para la rehabilitación física y psicológica, la reparación simbólica y la restitución de tierras, a recibir justicia y el derecho a no repetición de los hechos victimizantes (Congreso de Colombia, 2011). Su vigencia se extendió por diez años, siendo prorrogada por el mismo período de tiempo por la ley 2078 de 2021, con una Política Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas aprobada mediante CONPES 4031 de junio de 2021. Su objetivo se dirige al acceso de las VCA a las medidas de prevención, protección, atención, asistencia y reparación (DNP, 2021). A esto se une la firma del Acuerdo Final para la terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera, que además de</p>
<p>establecer condiciones constitucionalmente vinculantes, implica que en la organización territorial del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 se armonicen acciones e insumos para las víctimas desde la salud pública, que establece la centralidad de las víctimas y la actuación alineada del Estado (DNP, 2021).</p> <p>Se presentan los elementos conceptuales, estratégicos y operativos, que orientan las acciones en materia de salud pública dirigidas a las VCA, como sujetos individuales y colectivos, en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 y de las medidas establecidas por el país para su atención y reparación integral. Esto define para el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 trabajar tanto en lo sectorial, lo intersectorial y lo social, el reconocimiento territorial partiendo de los avances en los registros disponibles, la participación extendida a los espacios de la salud pública desde los escenarios existentes de participación de las VCA y su representación, buscando su inclusión en la incidencia de políticas públicas y su ciclo de gestión; y la exigibilidad de seguir garantizando los derechos fundamentales de las víctimas, en un contexto que no ha concluido su atención y reparación y que sigue evidenciando persistencia de hechos no resueltos.</p> <p>Las disposiciones vigentes, las medidas logradas en los últimos diez años y las exigencias vinculantes en relación con las VCA, recogen la perspectiva interseccional, en tanto, a su interior, se reconocen las graves afectaciones que la ocurrencia de hechos victimizantes han generado para las mujeres, los niños, las niñas, los adolescentes, para las personas con discapacidad, las personas mayores y los sujetos colectivos de especial protección. El PDSP 2022 – 2031 reconoce la necesidad de que las acciones en salud pública trabajen afirmativamente por el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, la incidencia positiva en los determinantes sociales, de los que el conflicto armado hace parte en varios de los territorios colombianos, así como el reconocimiento integral de los sujetos individuales y colectivos, registrados como víctimas, tanto desde sus diferencias constitutivas, como desde sus culturas propias, sus contextos y trayectorias vitales.</p> <p>El PDSP 2022-2031 incorpora en su acción estratégica, un trabajo progresivo de incidencia en las afectaciones reconocidas que se materializan en condiciones no saludables de vida, mayor morbilidad, discapacidad e incluso mortalidad evitable; que debe reflejarse en mejores resultados en salud y de calidad de vida. La garantía del derecho a la salud es central en el marco de las obligaciones del Estado con las víctimas, con un énfasis en las medidas de rehabilitación relacionadas con el restablecimiento de las condiciones físicas y psicosociales de las víctimas, cuya atención se enmarca en el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado (PAPSIVI).</p> <p>1. Definiciones</p> <p>Para el PDSP 2022 – 2031 es relevante que desde el marco de la normativa vigente y en relación con la atención y la reparación integral a las víctimas se conozcan las definiciones principales que orientan el reconocimiento y las bases de acción en relación con las medidas establecidas.</p> <p>Víctima: "Aquellas personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1º de enero de 1985, como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de Derechos Humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado interno" (Congreso de Colombia, 2011. p.1).</p> <p>Impactos psicosociales: Consecuencias emocionales, comportamentales y de pensamiento generadas en personas, familias, comunidades y en la sociedad con ocasión del conflicto. Desde el punto de vista psicosocial, estos impactos pueden manifestarse a través de traumas, crisis y duelos y deben ser abordados como parte de la reconstrucción del tejido social (Comisión de la Verdad, 2022a).</p> <p>Impactos comunitarios: "Deterioro de las condiciones de vida del grupo o comunidad (desplazamiento, pérdidas económicas, desintegración social). Desestructuración organizativa: impacto por la pérdida de líderes o grupos, división comunitaria, pérdida de proyectos de desarrollo, desconfianza, inseguridad grupal y sensación de miedo" (MSPS, 2017a, p 105).</p> <p>Impactos al sujeto colectivo: "Equilibrio espiritual ligado al territorio; daños ambientales, a la integridad cultural, de autonomía y derecho propio, al uso de su medicina tradicional y a su derecho de consulta previa, libre e informada." (MSPS, 2017a. p 105).</p>	<p>Impactos a la familia: Disgregación familiar, violencia intrafamiliar, pobreza, represión, limitación del desarrollo personal de los miembros de la familia, desarraigo de sus miembros (ruptura de raíz de los lazos con el entorno en que se vive), ausencia de perspectivas hacia el futuro, migración, ruptura de la relación de pareja, fragmentación de la familia por fallecimiento del padre o cabeza de familia. (MSPS, 2017b. p 105).</p> <p>Daño: "El resultado de acciones criminales que vulneran los derechos de una persona o de una colectividad. Estas acciones causan sufrimiento a las víctimas y afectan todas las dimensiones que soportan su vida íntima, familiar, social, política, cultural y productiva" (CNMH, 2014. p 10). El resultado de procesos que niegan la dignidad humana y que afectan negativamente las relaciones satisfactorias, al punto de generar situaciones de carencia o agudizar los estados carenciales previos. Es un proceso, trasciende hasta vulnerar el sentido mismo de la dignidad, es una afectación clara en la capacidad de establecer relaciones satisfactorias (Rebolledo & Rondón, 2010).</p> <p>Daño psicosocial: Se refiere a los daños configurados en el marco de la guerra, cuyas afectaciones expresadas por los individuos, las familias y comunidades, se caracterizan por profundos niveles de sufrimiento, así como por la dificultad para poder integrar la experiencia violenta en sus historias de vida. Se lesionan los sentimientos de dignidad, autonomía y se pierden o menoscaban el control o certezas sobre la vida misma, al ser consecuencia de delitos cometidos por otros seres humanos en contextos de dominación armada, donde el terror se instala tras el uso brutal de la fuerza y la sevicia con los que se borra todo rastro de humanidad.</p> <p>Atención psicosocial: Conjunto de procesos articulados de servicios cuyo objetivo es favorecer la recuperación o mitigación de los daños psicosociales y el sufrimiento emocional generado a las víctimas, sus familias, comunidades y colectivos étnicos, como consecuencia de las graves violaciones a los Derechos Humanos y las infracciones al Derecho Internacional Humanitario (MSPS, 2017c).</p> <p>Proceso de rehabilitación: Secuencia de acciones coordinadas que incluye el conjunto de intervenciones individuales y colectivas orientadas a reducir el impacto de la discapacidad o a prevenir su aparición en las personas que presentan condiciones específicas de salud. Así mismo, busca mantener el mayor nivel posible de funcionamiento de las personas al interactuar con sus entornos. Este proceso está centrado en la persona, reconoce al sujeto como ser activo en el cumplimiento de los objetivos propuestos y plantea la importancia del rol de la familia y la comunidad (MSPS, 2021).</p> <p>Enfoque Psicosocial: Elemento transversal que guía el actuar y posicionamiento de los equipos del talento humano, en tanto reconoce la importancia que todas las acciones que se realicen en el marco de la atención deben garantizar la recuperación y/o fortalecimiento de la dignidad de las víctimas, familias, comunidades y grupos étnicos. Este enfoque en la atención, posibilita una mirada integral y compleja del ser humano, busca dar respuesta a los daños psicosociales que se manifiestan en lo relacional, trascendental, físico, emocional, comportamental y simbólico-cognitivo. La atención con enfoque psicosocial busca la recuperación y/o mitigación de los daños psicosociales desde el reconocimiento de las posibilidades de bienestar, cambio y transformación que tienen por sí mismas las víctimas del conflicto armado (MSPS, 2017a).</p> <p>Enfoque de Acción sin daño: Es el abordaje que parte de la proposición de que ninguna intervención externa, llevada a cabo por diferentes actores humanitarios o de desarrollo, está exenta de hacer daño (no intencionado) a través de sus acciones. Su incorporación, conlleva a la reflexión por parte de los y las profesionales, sobre aspectos como los conflictos emergentes durante el desarrollo de sus acciones sobre las víctimas del conflicto armado, los mensajes éticos incluidos, las interacciones de poder y el empoderamiento de los participantes (Comisión de la Verdad, 2022b).</p> <p>Reparación: La reparación comprende las medidas de restitución, indemnización, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición, en sus dimensiones individual, colectiva, material, moral y simbólica para las víctimas de conflicto armado interno colombiano (Congreso de Colombia, 2011).</p> <p>Medida de rehabilitación: "La rehabilitación como medida de reparación consiste en el conjunto de estrategias, planes, programas y acciones de carácter jurídico, médico, psicológico y social, dirigidos al restablecimiento de las condiciones físicas y psicosociales de las víctimas en los términos de la ley 1448 de 2011" (Congreso de Colombia, 2011.p. 45)</p>

<p>2. Elementos estratégicos</p> <p>La población víctima del conflicto armado (VCA), participó de los mecanismos de construcción de la política pública en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, logrando la consolidación del capítulo de población víctima del conflicto armado, que fue adoptado mediante la modificación de la Resolución 1841 de 2013, por la Resolución 2405 del 31 de diciembre de 2021, a partir de lo enunciado en el parágrafo del artículo 1° de dicho Plan. Con base en lo anterior y de acuerdo con la estructura estratégica del PDSP 2022-2031, a continuación, se relacionan las estrategias que enmarcan las acciones en salud pública para la población VCA bajo los principios de la ley 1448 de 2011 y la ley 1751 de 2015.</p> <p>2.1. Eje: gobierno y gobernanza de la salud pública.</p> <ul style="list-style-type: none">Garantía de participación de la población víctima del conflicto armado en los procesos de planeación y gestión territorial en saludPlaneación territorial en salud pública que acoge el marco referencial de la Resolución 2405 de 2021 según la pertinencia, necesidades y realidades particulares de cada entidad territorial, en el marco de la participación y concertación con la población víctima del conflicto armado.Fortalecimiento de la incidencia y participación de personas víctimas del conflicto armado en la armonización de políticas públicas y su implementación según los diferenciales e interseccionalidad de los sujetos individuales y colectivos VCA (curso de vida, género, discapacidad, entre otros) y las vulnerabilidades generadas por los hechos victimizantes.Integración de las mesas de participación de víctimas en lo nacional y territorial a los procesos de gobernanza en salud pública. <p>2.2. Eje: Gestión intersectorial de los determinantes sociales de la salud.</p> <ul style="list-style-type: none">Gestión sectorial e intersectorial para la atención en salud y reparación integral de las víctimas del conflicto armadoGestión sectorial e intersectorial para la atención en salud y reparación integral de las víctimas de violencia sexual en el marco del conflicto armado.Coordinación de acciones intersectoriales para la atención integral de la población víctima del conflicto armado con perspectiva interseccional <p>2.3. Eje 3: Gestión Integral de la Atención Primaria en Salud.</p> <ul style="list-style-type: none">Atención integral en salud con enfoque diferencial y preferencial para la población víctima del conflicto armado.Atención integral en salud y psicosocial para la población víctima del conflicto armado con enfoque diferencial e interseccional, en el marco de la salud pública.Consolidación y fortalecimiento de la implementación del componente étnico en el PAPSIVI <p>2.4. Eje: Gestión del Conocimiento para la Salud Pública.</p> <ul style="list-style-type: none">Gestión del conocimiento en salud pública con enfoque diferencial para la población víctima del conflicto armado.Gestión de conocimiento específico, diferencial e interseccional en salud pública sobre las condiciones de salud de las víctimas del conflicto armadoFortalecimiento de la gestión de conocimiento institucional y social en salud pública sobre las víctimas del conflicto armado, hechos victimizantes, riesgos desproporcionados, impactos diferenciados, prácticas que garanticen la acción sin daño y la organización de medidas que garanticen sus derechos. <p>2.5. Eje: Gestión y Desarrollo del Talento Humano en Salud Pública.</p> <ul style="list-style-type: none">Gestión del talento humano en salud con enfoque psicosocial y diferencial para población VCA.Fortalecimiento del talento humano mediante la aplicación de los Lineamientos para el Talento Humano que orienta y atiende a las Víctimas del Conflicto Armado (Resolución 1166 de 2018)Fortalecimiento del talento humano para la atención en salud y psicosocial con enfoque de diferencial e interseccional	<p>3. Directrices para la Planeación Territorial en Salud con Adecuación Diferencial para la Población Víctima de Conflicto Armado</p> <p>Le corresponde a las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales, en cumplimiento de las competencias asignadas en materia social y de las responsabilidades derivadas de la normatividad expedida para la garantía de los derechos de la población VCA, la incorporación de este capítulo diferencial en sus Planes Territoriales de Salud – PTS – en armonía con lo establecido en la Resolución 2405 de 2021, para su ejecución con la participación de los diferentes actores implicados en las respuestas que buscan el mejoramiento de la calidad de vida y bienestar de esta población.</p> <p>Bajo este escenario, las respuestas en salud parten de diagnósticos situacionales que se traducen en la incorporación de acciones con abordaje individual, familiar y comunitario dirigidas a la población VCA de acuerdo con la realidad de cada territorio. Esto exige la coordinación y articulación con mecanismos de planeación existentes y estrategias o iniciativas que provienen de distintos ámbitos institucionales para atender y reparar a las sujetos individuales y colectivos afectados por el conflicto armado. Como referente fundamental de este proceso, se deben tener en cuenta los Planes de Acción Territorial como el principal instrumento para operativizar las medidas de prevención, protección, asistencia, atención y reparación integral de las víctimas, según lo previsto en la Ley 1448 de 2011 y según el reconocimiento que los propios representantes de las víctimas le han otorgado.</p> <p>Para la incorporación del capítulo diferencial para la población víctima del conflicto armado en los planes territoriales de salud, las entidades territoriales propiciarán los espacios de participación para la garantía del diálogo y la concertación con dicha población, lo cual implica:</p> <p>Identificar y convocar a las mesas de participación de víctimas del nivel municipal, distrital, departamental y nacional a las que hace referencia la Ley 1448 de 2011, pudiendo incluir, a miembros o representantes de la Mesa Nacional de Participación Efectiva de las Víctimas del Conflicto Armado a los espacios participativos de formulación de los Planes Territoriales de Salud.</p> <p>Propiciar los espacios de diálogo y participación de los representantes de la población víctima del conflicto armado al desarrollo de los momentos de identificación y comprensión integral de las condiciones en que se encuentra esta población, de los factores diferenciales que inciden en su situación de salud y de las acciones y respuestas diferenciales que se incorporarán a los planes territoriales de salud en sinergia con los demás instrumentos y procesos de gestión en el territorio.</p> <p>Elaborar el componente estratégico y de inversión plurianual del Plan Territorial de Salud, en el marco del proceso de planeación integral en salud, tomando como referente las líneas estratégicas planteadas en este Capítulo, en el marco de los elementos estratégicos y operativos del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 y los resultados de la ruta de armonización.</p>
<p>Capítulo 10. Acciones diferenciales para la población en situación de calle, población con discapacidad, población campesina, población LGBTI y población migrante.</p> <p>Introducción</p> <p>El MSPS responde a la protección social a través de acciones de aseguramiento relacionadas con la prestación de servicios de salud por enfermedad general y maternidad, con los riesgos laborales por pérdida de capacidad laboral a causa de accidentes laborales o enfermedades ocupacionales y el sistema de pensiones para los riesgos de vejez o muerte. Además de la coordinación del financiamiento del sistema de salud y de seguridad social integral, responde con la Promoción Social por medio de la armonización y concurrencia de acciones públicas que fomentan la movilidad social de las personas y comunidades especialmente aquellas con vulneración de derechos.</p> <p>En este marco estas acciones para la promoción social requieren del reconocimiento, la comprensión y aplicación de los diversos enfoques diferenciales y lo que implica la concesión de la interseccionalidad. Por esto el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, propone seguir avanzando en este sentido, reconociendo los caminos avanzados en relación con la diversidad étnica del país y de VCA, expuestas en los capítulos 8 y 9 y acoge en este capítulo, los diferenciales de población en situación de calle, población con discapacidad, población campesina, población LGBTI y población migrante.</p> <p>Los aspectos más relevantes de las particularidades relacionadas con la situación de salud de estas poblaciones se describen de manera sucinta en el capítulo 3 de análisis de situación de salud, los desarrollos normativos y jurisprudenciales que los sustentan están consolidados en el anexo 1 del capítulo 1 de antecedentes, como parte integral del plan. Este capítulo, presenta de manera específica para cada uno de ellos, un marco contextual, y las acciones afirmativas que deben permitir desarrollar los enfoques diferenciales, ordenadas a la luz de los ejes estratégicos, del marco estratégico general del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, que deben ser incorporadas en la planeación territorial para su implementación.</p> <p>1. Población en situación de calle</p> <p>1.1. Contexto</p> <p>La Ley 1641 de 2013 define a las personas en situación de calle como toda "Persona sin distinción de sexo, raza o edad, que hace de la calle su lugar de habitación, ya sea de forma permanente o transitoria" (artículo 2) (Congreso de Colombia, 2021). Esta Ley, establece las orientaciones para formular la Política Pública para habitantes de la Calle, y señala que se debe prevenir que las personas lleguen a una situación de calle.</p> <p>Los y las habitantes de la calle hacen parte de un fenómeno urbano que tiene varias causas, <i>la Habitación en calle</i>, el cual se reconoce en América Latina como Situación de calle, y a nivel mundial como Sinhogarismo o Homelessness. En Colombia la población está delimitada con relación a una situación que puede cambiar en cualquier momento, y a eso se refiere la Ley 1641 cuando señala que puede ser de carácter permanente o transitoria, y por eso se puede pasar de estar en calle a habitar la calle, o viceversa.</p> <p>Las poblaciones que constituyen el fenómeno de habitación en calle pueden identificarse así:</p> <ol style="list-style-type: none">Personas de la calle: son las personas que habitan la calle de forma permanente o transitoria y en ese habitar desarrollan todas las dimensiones de su vida en el espacio público.Personas en calle: aquellas que hacen de la calle el escenario para su supervivencia, pero, cuentan con un espacio privado diferente de la calle donde residen, sea la casa de su familia, la habitación de una residencia o un hotel (Correa, M, 2007).Personas en riesgo de habitar la calle: aquellas cuyo contexto se caracteriza por la presencia de factores <i>predisponentes</i> y <i>precipitantes</i> para la vida en calle. Los factores precipitantes unidos a los predisponentes incrementan exponencialmente el riesgo de habitar la calle (MSPS, 2021a). <p>Las poblaciones descritas en los numerales a) y b), se reúnen en el grupo población en situación de calle a nivel internacional (Nieto & Koller, 2015), y se debe señalar que no existen unos límites claros entre ambas situaciones puesto que se puede transitar permanentemente entre una y otra.</p>	<p>d) Niños, niñas y adolescentes con alta permanencia en calle: se refiere a niños, niñas y adolescentes que permanecen en las calles durante gran parte del día, pero que en la noche regresan a alguna forma de familia y de hogar.</p> <p>e) Niños, niñas y adolescentes con situación de vida en calle: Niños, niñas y adolescentes que habitan permanentemente en la calle, sin ninguna red familiar de apoyo.</p> <p>Como se mencionó previamente existen dos tipos de factores (Glen y Fitzpatrick, 2018) que inciden en que las personas lleguen a situación de calle, por un lado, están los predisponentes que son aquellos que generan desigualdad estructural que ocasiona exclusión por situaciones y dinámicas mundiales, regionales y nacionales, las cuales afectan la garantía y ejercicio de derechos, y además la reproducción de las dinámicas sociales y económicas que mantiene e incrementa la desigualdad, entre ellos se encuentran el mercado de vivienda (Batterham, 2020), el mercado de trabajo, la pobreza, el género (Batterham, 2017), la pertenencia étnica, entre otros. Por otra parte, están los factores precipitantes relacionados con la trayectoria de vida de la persona, con su biografía (Mcnaughton, 2009), los que incrementan riesgos sociales y de salud que inciden para llegar a la calle (Matulic, 2013). Entre ellos se encuentran la pérdida de vivienda, el abandono escolar, el desempleo, los trastornos mentales y por consumo de sustancias psicoactivas, la discapacidad, el egreso de instituciones⁸⁴ sin redes (MIDES, 2020), la falta de documento de identidad (nacionales y extranjeros), el embarazo adolescente (Fitzpatrick, 2017), entre otros.</p> <p>La combinación de los dos tipos de factores conduce a la desafiliación social (Castel, 1997) que se caracteriza por la ruptura o fragilidad de los lazos sociales, y la exclusión de las redes de intercambio social, afectivo, político, económico, cultural, y en general todo aquel intercambio que genera apoyo y bienestar.</p> <p>En el marco del sistema de protección social, el MSPS propone seguir avanzando en la atención de necesidades para el mejoramiento de las condiciones de vida de esta población, por medio de las acciones afirmativas que se presentan a continuación, en el marco del alcance del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031.</p> <p>1.2. Acciones afirmativas para el desarrollo del enfoque diferencial en población habitante de la calle en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031</p> <p>1.2.1. Eje: Gobierno y Gobernanza de la Salud Pública</p> <ul style="list-style-type: none">Articulación de instancias y rutas institucionales e intersectoriales para sensibilizar a las instituciones, comunidades y familias sobre el fenómeno de habitación en calle, la reducción del estigma y discriminación que existe hacia las personas en situación de calle, y la necesidad de un abordaje integral para la prevención del fenómeno y la atención de la población.Armonización de las rutas intersectoriales existentes en el nivel nacional y territorial y diseño de acciones de acuerdo con un modelo de gestión sociosanitario, que garanticen la integralidad y la sostenibilidad de los procesos de inclusión social de las personas en situación de calle.Inclusión de la prevención de la habitación de calle y la atención a la población en situación de calle dentro de los instrumentos de planeación de los distintos sectores nacionales, departamentales y municipales, de manera que se garantice su visibilidad y financiación. <p>1.2.2. Eje: Gestión intersectorial de los determinantes sociales de la salud</p> <ul style="list-style-type: none">Consolidación de un directorio y sistema de registro institucional con la oferta pública y privada para la atención de las personas en situación de calle en concordancia con los determinantes en salud (vivienda, educación, trabajo, entre otros), y divulgación con las instituciones y comunidades para el apoyo de la prevención de la habitación en calle y la orientación para el acceso a bienes y servicios.Identificación de los factores protectores para la salud de la población en situación de calle, y socialización de éstos en las instancias de coordinación interinstitucional para las políticas sociales y de salud, en los servicios sociales, socio sanitarios y de salud, y entre sus redes de apoyo, desde un enfoque de reducción de riesgos y daños, para atender la particularidad de la forma en que viven las personas en situación de calle.

⁸⁴ De protección, de salud, de privación de libertad entre otras.

<ul style="list-style-type: none"> Estrategias intersectoriales e interinstitucionales para agilizar y facilitar la expedición con gratitud del documento de identificación para las personas en situación de calle que no cuentan con este, teniendo en cuenta las características de su forma de vida. Coordinación con las entidades promotoras de salud y las instituciones prestadoras de servicios de salud para que cuando identifiquen personas en situación de calle, siendo atendidas en sus servicios sin estar aseguradas, se adelante el trámite de afiliación con la oportunidad que demanda su estilo de vida para avanzar en la cobertura universal. <p>1.2.3. Eje: Gestión integral de la atención primaria en salud</p> <ul style="list-style-type: none"> Desarrollo de acciones intersectoriales e interinstitucionales para la información y educación a la población en riesgo de calle y en situación de calle, y sus redes de apoyo y familias, sobre los temas de trastornos de salud mental, su detección temprana y tratamiento, incluidos los ocasionados por consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales, violencias y su ruta de atención. Desarrollo de acciones intersectoriales en las zonas de permanencia de las personas, e instituciones de atención para promover la conformación de redes para el cuidado mutuo, incluyendo agentes y gestores comunitarios, voluntariado, pares, e instituciones del sector social: integración, cultura, educación, deportes, convivencia, entre otras. Realización de pruebas de tamizaje y confirmatorias con énfasis en la detección de trastornos en salud mental y por consumo de sustancias psicoactivas, ITS, VIH, Hepatitis B y C, Tuberculosis, y Triquiasis tracomatosa, para garantizar tratamiento y adherencia al mismo. Oferta de servicios sociales y sanitarios accesibles para las personas en situación de calle, que incluyan agua potable, servicios sanitarios, de higiene personal, y de alimentación de acuerdo con las características y necesidades de la población sin discriminación. <p>1.2.4. Eje: Gestión integral del riesgo en salud pública.</p> <ul style="list-style-type: none"> Desarrollo de una estrategia de atención intersectorial sociosanitaria intra y extrahospitalaria, para prevenir la pérdida de la salud y recuperarla mediante la articulación del cuidado no sanitario y sanitario, para fortalecer las capacidades y la gestión de los riesgos en salud de las personas en situación de calle. Oferta de servicios sanitarios desde el prestador primario y canalización a las rutas de atención en salud mental y de consumo de sustancias psicoactivas con perspectiva de reducción de riesgos y daños. Consolidación y actualización de los Listados Censales para población en situación de calle (población 1 del listado censal), de acuerdo con las normas y los lineamientos legales establecidos para la población que no cuenta con documento de identificación. Articulación entre la dependencia del distrito o municipio que realice la certificación de la condición de persona en situación de calle y la secretaría de salud, para armonizar los registros administrativos de SISPRO con el archivo maestro del listado censal, que permita unificar el código para personas sin documento de identidad, número y registro. <p>1.2.5. Eje: Gestión del conocimiento para la salud pública.</p> <ul style="list-style-type: none"> Actualizar cada año la sala situacional en salud de la población en situación de calle del país, con base en la información cargada en la plataforma PISIS, y en las herramientas de información disponibles para hacer seguimiento a sus necesidades en salud, de manera que se actualicen las estrategias y acciones necesarias para su atención integral. Gestión de la interoperabilidad del listado censal de SISPRO con el listado censal del Departamento Nacional de Planeación y otras fuentes de información incluidas en el SISPRO y con los sistemas de información de otros sectores para la caracterización intersectorial de la población en situación de calle Promoción y fomento de los estudios e investigaciones sobre las situaciones precipitantes del fenómeno de habitancia de calle en Colombia <p>1.2.6. Eje: Gestión y desarrollo del talento humano</p> <ul style="list-style-type: none"> Fortalecimiento de la capacidad de atención del talento humano asistencial y administrativo de las entidades promotoras de salud y sus prestadores, mediante la información y sensibilización sobre las características de la población en situación de calle y las demás condiciones diferenciales que pueden presentar, para disminuir el estigma y discriminación y mejorar el acceso a servicios, en coordinación con las autoridades sanitarias y sociales del territorio. 	<p>2. Población con discapacidad</p> <p>2.1. Contexto</p> <p>De acuerdo con lo establecido por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada en Colombia mediante la Ley 1346 de 2009, declarada exequible mediante la Sentencia C-293 de 2010 de la Honorable Corte Constitucional, la discapacidad "es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás" (Congreso de la República, 2009). Este concepto aportado por la Convención refleja una fuerte influencia del modelo social y del enfoque biopsicosocial.</p> <p>Bajo esta perspectiva de integralidad, aportada por el modelo biopsicosocial, surge la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud -CIF-, publicada por la Organización Mundial de la Salud -OMS-, en el año 2001. La CIF constituye el marco conceptual a partir del cual la OMS entiende el funcionamiento humano en sus tres componentes esenciales: las funciones y estructuras corporales, las actividades y la participación, integradas bajo dos términos que constituyen un espectro continuo que va desde el funcionamiento hasta la discapacidad (Madden & cols., 2011). Tales componentes están determinados por su interacción con las condiciones de salud y con los factores contextuales, los cuales pueden actuar como facilitadores o como barreras.</p> <p>Las alteraciones en cada uno de los tres componentes del funcionamiento dan lugar a los componentes de la discapacidad, así, la ausencia o alteración en las estructuras y funciones corporales conduce a las deficiencias; las dificultades en las actividades que realiza la persona, ubicadas en el nivel del desempeño individual, conducen a las limitaciones en las actividades; y las dificultades en la participación de la persona en su contexto social, generan las restricciones en la participación (OMS, 2001). Es importante señalar que ninguno de los tres elementos mencionados, lo corporal, lo individual y lo social, actúa de forma aislada, sino que establecen relaciones entre sí.</p> <p>De acuerdo a lo anterior la discapacidad se configura por la interacción entre las personas con alguna limitación funcional y las barreras construidas socialmente que, en el marco de los derechos enunciados por la convención, al ser vulnerados generan situaciones que discapacita podría señalarse que el funcionamiento de las personas, y en consecuencia la discapacidad, son la resultante de la interacción entre los individuos y los factores del entorno en que habitan. p El funcionamiento y la discapacidad son conceptos multidimensionales constituidos por determinantes de diverso orden, que tienen lugar en un entorno físico, social, económico, político y cultural, que puede actuar como facilitador o como barrera y que impactan sobre la salud, el bienestar y el funcionamiento. Por tanto, las intervenciones deben estar direccionadas a impactar los múltiples determinantes de la discapacidad (estructurales e intermedios), buscando reducir las limitaciones en las actividades (cuando esto sea posible), eliminar las barreras y reducir, así, las restricciones en la participación social, con el fin último de promover la inclusión social y contribuir a reducir la inequidad.</p> <p>De acuerdo con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, "las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás" (2006. P.4).</p> <p>Con base en esta definición y en los componentes de la discapacidad que propone el enfoque biopsicosocial, la Resolución 113 de 2020 "Por la cual se dictan disposiciones en relación con la certificación de discapacidad y el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad" reconoce las siguientes categorías de discapacidad en Colombia: discapacidad física, discapacidad auditiva, discapacidad visual, discapacidad intelectual, discapacidad psicosocial (mental), sordoceguera y discapacidad múltiple.</p> <p>En el marco del enfoque de determinantes sociales de la salud, los determinantes estructurales relacionados con el nivel de ingresos, el género, la educación y la pertenencia étnica, entre otros, configuran la diversidad existente al interior de la población con discapacidad e influyen sobre la salud de las personas, y en este caso sobre la discapacidad, a través de su impacto sobre las "condiciones materiales, como la situación laboral y de vivienda; circunstancias psicosociales, como</p>
<p>los factores estresantes; y también los factores conductuales y el acceso a los servicios sociales, incluyendo los servicios de salud" (MSPS, 2012).</p> <p>Así, por ejemplo, las mujeres con discapacidad, las personas con discapacidad psicosocial y las personas con discapacidades que tienen altos niveles de dificultad en el desempeño de sus actividades (OMS & Banco Mundial, 2011; ONU, 2019), y las personas con discapacidad pertenecientes a grupos étnicos, como los indígenas y afrodescendientes (CELADE, 2011; Stienstra & Nyerere, 2016; ONU, 2019) se enfrentan a condiciones de mayor desventaja que quienes, aun teniendo discapacidad, no presentan estas condiciones particulares.</p> <p>En relación con esta población es importante la armonización que se requiere de la política nacional con lo planteado en el Plan Decenal de Salud Pública y su expresión en los planes territoriales y en este sentido la prioridad que debe darse a las siguientes acciones que reconocen su estatus de especial protección.</p> <p>2.2. Acciones afirmativas para el desarrollo del enfoque diferencial en población con discapacidad en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031</p> <p>2.2.1. Eje: Gobierno y gobernanza de la salud pública</p> <ul style="list-style-type: none"> Fortalecimiento de la representación de personas con discapacidad en espacios de participación y veeduría en salud como los Comités de Participación comunitaria en Salud -COPACOS-, asociaciones de usuarios y comités de ética, entre otros, garantizando los apoyos y ajustes razonables que se requieran para su participación plena y efectiva. Fortalecimiento de la participación de los representantes de la sociedad civil ante el Consejo Nacional de Discapacidad, y los Comités Departamentales, Distritales y Municipales de Discapacidad para hacer incidencia en la gobernanza en salud pública. Acceso a la información para las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás por medio de espacios de socialización y mecanismos de uso de datos abiertos en salud pública con accesibilidad física, comunicativa y digital incluidas las rendiciones de cuentas. <p>2.2.2. Eje: Gestión intersectorial de los Determinantes sociales de la salud</p> <ul style="list-style-type: none"> Fortalecimiento de la participación de las organizaciones de personas con discapacidad en los Consejos de Planeación Territorial. Generación de acciones para la articulación de la Comisión Intersectorial de Salud Pública y el Consejo Nacional de Discapacidad, y de los Consejos de Seguridad Social en Salud y los Comités Departamentales, Distritales y Municipales de Discapacidad para concertar acciones intersectoriales que operen el enfoque diferencial en discapacidad en la planeación en salud pública. Construcción de un inventario nacional y territorial de oferta institucional para la población con discapacidad, que incluya sus criterios de inclusión y requisitos de acceso de cada programa, indicando si estos incluyen el certificado de discapacidad. Generación de rutas de rehabilitación integral a nivel nacional y territorial, como mecanismos de articulación intersectorial para la garantía de la inclusión social de la población con discapacidad. Gestión de recursos propios, intersectoriales, del sector privado y de cooperación internacional, para el desarrollo de programas y proyectos integrales dirigidos a la población con discapacidad. Articulación sectorial e intersectorial para el fortalecimiento de los bancos de ayudas técnicas a nivel municipal, departamental y distrital, como mecanismos para la financiación y la provisión de las ayudas técnicas no cubiertas con el Plan de Beneficios con cargo a la UPC, para las personas con discapacidad. Promoción del diseño e implementación de políticas, planes, programas y proyectos sectoriales e intersectoriales dirigidos a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad. Fortalecimiento de la implementación intersectorial de la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad -RBC, como estrategia de desarrollo socioeconómico e inclusión social. Generación de entornos accesibles en lo físico, tecnológico, comunicacional y actitudinal, a partir de la implementación de ajustes razonables y de la aplicación del diseño universal, para las personas con discapacidad. Generación de condiciones de accesibilidad tanto en los espacios físicos como en la información y comunicación relacionada con la prevención y atención prioritaria de esta población en emergencias y desastres. Identificación y caracterización de las personas que ejercen las tareas del cuidado de las personas con discapacidad para reconocer sus necesidades sanitarias, socioeconómicas y de 	<p>apoyo para el ejercicio de la labor sin afectación de la propia salud física y mental, en el marco de la Política Nacional de Cuidado.</p> <ul style="list-style-type: none"> Direccionamiento de las personas que ejercen las tareas del cuidado de las personas con discapacidad a la oferta programática sectorial e intersectorial, según su perfil de necesidades, en el marco de la Política Nacional de Cuidado que se encuentra en construcción. <p>2.2.3. Eje: Gestión integral de la atención primaria en salud</p> <ul style="list-style-type: none"> Inclusión del análisis de necesidades de rehabilitación de la población, en el marco de los determinantes sociales de la salud, con enfoque de curso de vida y otros diferenciales, dentro del proceso de Planeación Territorial de Salud -PTS- del nivel departamental, distrital y municipal, así como las acciones y las fuentes de recursos requeridas para su resolución. Empoderamiento a las organizaciones de personas con discapacidad y participación activa en los procesos de planeación, implementación, asignación de recursos, evaluación, vigilancia y control de la gestión territorial de la salud pública, proporcionando las condiciones de accesibilidad física, comunicativa y digital para facilitar su participación en igualdad de condiciones. Interoperabilidad del Registro de Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad -RLCPD- con otras fuentes de información incluidas en el SISPRO y con los sistemas de información de otros sectores para la caracterización intersectorial de la población con discapacidad. Generación de procesos de adaptación de procedimientos y dispositivos para la atención en salud, incluyendo la atención en salud sexual y salud reproductiva, atendiendo a las necesidades de accesibilidad física, comunicativa y actitudinal para las personas con discapacidad. Promoción y verificación de procesos integrales de atenciones en rehabilitación que articulen intervenciones individuales y colectivas, y respondan a las necesidades individuales y territoriales de rehabilitación y el uso de ayudas y ajustes razonables, la eliminación de barreras físicas, comunicativas y actitudinales. Promoción de estrategias para el fortalecimiento de los hábitos saludables en las personas con discapacidad, familias y personas cuidadoras y su participación activa en los programas de promoción de la salud y protección de enfermedades transmisibles y no transmisibles. <p>2.2.4. Eje: Gestión integral del riesgo en salud pública</p> <ul style="list-style-type: none"> Promoción de la vacunación en niños y niñas con discapacidad mediante estrategias de información y educación en salud orientadas a reestructurar las ideas erróneas y mitos respecto a los efectos nocivos de la vacunación en esta población. Identificación y prevención de la exposición a factores de riesgo físico, químico, biológico y psicosocial que puedan generar alteraciones en el funcionamiento y, en consecuencia, discapacidad. Fortalecimiento de la detección temprana de alteraciones del funcionamiento en todas las etapas del ciclo de vida e implementación oportuna de procesos de prevención, tratamiento, rehabilitación y paliación, orientados a minimizar las condiciones que discapacitan y potenciar las capacidades de las personas. Fortalecimiento del aseguramiento de las personas con discapacidad y su acceso a las acciones de gestión de riesgo individual mediante estrategias de comunicación y educación en salud. Fortalecimiento de la articulación entre entidades territoriales, prestadores y aseguradores para la prestación de atenciones en rehabilitación a las personas con discapacidad, en el marco de Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud -RIPSS- de las entidades promotoras de salud presentes en los territorios, que respondan a expectativas, intereses y preferencias, así como a sus características sociales, culturales, lingüísticas, de ubicación entre otras, garantizando disponibilidad, accesibilidad y calidad. Diseño e implementación de normatividad actualizada para los servicios sociosanitario que atienden población con discapacidad institucionalizadas en cualquier momento del curso de tanto en normas higiénico-sanitarias, como en enfoques de derechos, humanización y atención diferencial según condición de dependencia funcional y autonomía personal. Garantizar que las estrategias de información, comunicación y educación para la salud sean inclusivas y accesibles para la población con discapacidad.

<p>2.2.5. Eje: Gestión del conocimiento para la salud pública</p> <ul style="list-style-type: none">Generación de una línea específica de gestión del conocimiento en discapacidad e inclusión social, en el marco de la red integrada de gestión del conocimiento en salud pública.Promoción de la participación de las organizaciones de personas con discapacidad en la red integrada de gestión del conocimiento en salud pública.Ampliación de la cobertura del procedimiento de certificación de discapacidad y del Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad -RLCPD-.Gestión de la interoperabilidad del RLCPD con otras fuentes de información incluidas en el SISPRO y con los sistemas de información de otros sectores para la caracterización intersectorial de la población con discapacidad.Gestión del módulo de consulta dinámico del RLCPD como mecanismo para la colaboración y el intercambio de datos a nivel interinstitucional e intersectorial.Articulación del observatorio nacional de inclusión social y productiva para personas con discapacidad con los demás observatorios en salud pública.Garantizar condiciones de accesibilidad física, comunicativa y digital en los espacios de socialización y las piezas de comunicación para facilitar el acceso a la información para las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás. <p>2.2.6. Eje: Gestión y desarrollo del talento humano en salud pública</p> <ul style="list-style-type: none">Desarrollo de líneas de formación del talento humano en salud sobre poblaciones en riesgo de vulnerabilidad o vulneradas de especial protección.Fortalecimiento de las capacidades de los equipos multidisciplinarios para la comprensión de la discapacidad como una condición multidimensional y su aplicación en los procesos y procedimientos de atención integral en salud, detección temprana y protección específica a la población con discapacidad acorde con las características y necesidades de los territorios.Formación en el campo de la salud pública a profesionales en formación de disciplinas del área de la salud tradicionalmente vinculadas a la rehabilitación funcional, como fisioterapia, terapia ocupacional y fonoaudiología entre otras para avanzar en la integralidad de su desempeño.Aumento en la disponibilidad y mejora en las competencias laborales del talento humano en rehabilitación. <p>3. Población campesina</p> <p>3.1. Contexto</p> <p>Ser campesino no solo se circunscribe a un aspecto geográfico. Diferentes esfuerzos en materia normativa, regulatoria y principalmente, conceptuales, tanto a nivel nacional e internacional que toman como base la Declaración sobre los Derechos de los Campesinos y Otras Personas que trabajan en zonas rurales, aprobada por el Consejo de Naciones Unidas en septiembre de 2018, permiten visibilizar a esta población y brindarles un estatus suficiente y facultativo que llevan a su reconocimiento tanto a nivel individual y colectivo como de los derechos y deberes que son sujetos en aspectos que involucran factores productivos, asociativos, culturales y territoriales (ONU, 2018; DANE, 2020a).</p> <p>Así, el campesino colombiano se define <i>"como un sujeto intercultural, que se identifica como tal; involucrado vitalmente en el trabajo directo con la tierra y la naturaleza, inmerso en formas de organización social basadas en el trabajo familiar y comunitario no remunerado o en la venta de su fuerza de trabajo"</i> (DANE, 2020). A partir de esta definición, diferentes esfuerzos en materia de identificación y caracterización, han sido llevados a cabo con resultados importantes en el reconocimiento del campesino, así como de sus condiciones de salud, socioeconómicas, habitacionales, entre otros aspectos, que brindarán mayores herramientas a la hora de formular acciones de política pública asertivas y orientadas a las necesidades reales de esta población.</p> <p>A partir de los principales hallazgos e información de la caracterización de la población campesina en el país, se presentan acciones preliminares – afirmativas - a considerar en la formulación del próximo Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031.</p>	<p>3.2. Acciones afirmativas para el desarrollo del enfoque diferencial en población campesina en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031</p> <p>3.2.1. Eje: Gobierno y gobernanza de la salud pública</p> <ul style="list-style-type: none">Fortalecimiento del aseguramiento y cobertura universal en salud para la población campesina de Colombia.Fortalecimiento de la incidencia y participación de la población campesina en los procesos de planeación, implementación, asignación de recursos, evaluación, vigilancia y control de la gestión de salud pública.Definición de mecanismos para la prestación de los servicios de salud en zonas rurales, que permitan una atención oportuna y de calidad.Identificación e inclusión en las fuentes de información que conforman el Sistema de Información de la Protección Social -SISPRO- y en sus operaciones estadísticas de la(s) variable(s) que permitan caracterizar la población campesina.Accesibilidad física, comunicativa y digital a la población campesina para el uso de datos abiertos e información relacionada a salud pública. <p>3.2.2. Eje: Gestión intersectorial de los determinantes sociales de la salud</p> <ul style="list-style-type: none">Fortalecimiento de los mecanismos de participación de las organizaciones campesinas y sus diferentes expresiones de interés en los Consejos de Planeación Territorial.Fomento y apoyo a los procesos para garantizar la seguridad alimentaria de la población campesina a través de espacios de cooperación interinstitucional como la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria -CISAN-.Concurrencia desde el MSPS en el trabajo intersectorial articulado para la formulación y ejecución de la Política Pública para la población campesina en cabeza del Ministerio de Agricultura y Desarrollo rural.Desarrollo de estrategias intersectoriales para el fortalecimiento de prácticas de vida saludable y seguridad en el trabajo en zonas rurales. <p>3.3.3. Eje: Gestión y desarrollo del talento humano en salud pública</p> <ul style="list-style-type: none">Desarrollo de oferta de servicios y equipamientos en territorios rurales y dispersos, que incluya dentro de sus equipos multidisciplinarios a talento humano técnico y profesional de la región. <p>4. Población de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgénero e Intersexuales -LGBTI</p> <ul style="list-style-type: none">Contexto <p>Según el decreto 762 de 2018 Las personas de los sectores sociales LGBTI son aquellas que se identifican como Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgénero e Intersexuales. En este sentido, el término LGBTI "es una categoría identitaria y política que comprende distintas orientaciones sexuales e identidades de género diversas, así como diferentes estados de intersexualidad" (Ministerio del Interior, 2018).</p> <p>En lo que respecta a la orientación sexual, esta se define como la atracción sexual, afectiva y erótica que una persona siente hacia otras de su mismo sexo o género (homosexual), del sexo o género opuesto (heterosexual), de ambos sexos o géneros (bisexual) o que no sienten atracción por ninguno de los sexos/géneros (asexual). La orientación sexual "También hace referencia a la capacidad de mantener relaciones afectivas y sexuales con esas personas. Por lo tanto, se habla de mujeres lesbianas, de hombres gay y de personas heterosexuales, homosexuales, bisexuales o asexuales" (Ministerio del Interior, 2018). Es de anotar que, aunque el término "homosexual" engloba a todas aquellas personas que sienten atracción sexual, erótica o afectiva hacia personas de su mismo sexo o género, comúnmente se usa el término "lesbiana" cuando la expresión de este deseo es entre mujeres; y "gay" cuando es entre hombres.</p> <p>Entre tanto, la identidad de género, hace referencia a "la vivencia individual y personal del género" (Ministerio del Interior, 2018), es decir, de los roles, las características y oportunidades definidos por la sociedad como propios o característicos de los hombres y de las mujeres. La identidad de género "es independiente del sexo asignado al momento del nacimiento. Incluye la vivencia personal del cuerpo, que puede o no involucrar transformaciones corporales escogidas libremente. Incluye</p>
<p>también otras expresiones de género, tales como la forma de vestir, el modo de hablar y la expresión corporal" (Ministerio del Interior, 2018. Así, la palabra "transgénero" (o trans) es un término general para aquellas personas cuya identidad de género se vivencia de forma diferente a lo que está típicamente asociado con el sexo asignado al nacer (HRC, s.f.).</p> <p>La intersexualidad es "una variación orgánica bajo la cual el desarrollo del sexo cromosómico, gonadal o anatómico no coincide con los dos sexos que tradicionalmente se asignan. Se trata de una condición biológica y, en algunos casos, política, debido a que algunas personas construyen su identidad a partir de la no identificación con los dos sexos -masculino- y femenino- que cultural y socialmente se establecen" (Ministerio del Interior, 2018).</p> <p>En atención a la diversidad de esta población y avanzando en la garantía de la adopción del enfoque diferencial para la respuesta a sus necesidades de bienestar, el Plan Decenal de Salud Pública propone las siguientes acciones afirmativas en consonancia con los ejes estratégicos para la planeación territorial.</p> <p>4.2. Acciones afirmativas para el desarrollo del enfoque diferencial en población LGTBI en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031</p> <p>4.2.1. Eje: Gobierno y Gobernanza de la Salud Pública</p> <ul style="list-style-type: none">Adopción y seguimiento a la implementación de los lineamientos para la transversalización del enfoque de género en el sector salud para el cierre de brechas por razones de género, identidad de género y orientación sexual, como una política institucional para disminuir la discriminación hacia las personas de los sectores LGBTI.Abogacía de la Autoridad Sanitaria territorial para avanzar en la transversalización del enfoque de género en la atención integral a esta población incluyendo el lenguaje sensible al género.Fortalecimiento de la articulación entre colectivos, organizaciones sociales que trabajan por el bienestar de las personas de los sectores LGBTI e instituciones de diversos sectores para la generación de redes de atención.Promoción de la participación de personas y colectivos de los sectores sociales LGBTI en la implementación de la política de participación social en salud y en los Consejos de Planeación Territorial. <p>4.2.2. Eje: Gestión intersectorial de los determinantes sociales de la salud</p> <ul style="list-style-type: none">Acciones intersectoriales sobre los determinantes sociales que permitan mejorar las condiciones socio-económicas de la población LGBTI en mayor situación de desventaja social.Difusión entre la población LGBTI de las líneas de ayuda para apoyo psicosocial, para la prevención y contención de situaciones de violencia, salud mental, consumo de sustancias psicoactivas y para la atención en salud en general, disponibles en cada territorio a cargo de las entidades territoriales de salud, entidades promotoras de salud y las líneas de emergencia como el 123 y 192.Creación de políticas públicas departamentales y municipales para la población LGBTI y armonización de las mismas con el Plan Decenal de Salud Pública para el apalancamiento de acciones intersectoriales coordinadas. <p>4.2.3. Eje: Gestión integral de la atención primaria en salud</p> <ul style="list-style-type: none">Reconocimiento de los contextos de discriminación y de violencia hacia las personas LGBTI en los ámbitos de vida cotidiana: la escuela, el trabajo, el espacio público y desarrollo de estrategias de educación, información y comunicación como parte de la prevención de las violencias.Desarrollo de estrategias de información, educación y comunicación por parte de diversos actores presentes en los territorios y en especial por las entidades promotoras de salud e instituciones prestadoras de servicios de salud, que permitan a las personas de los sectores LGBTI, auto reconocerse sin sentir temor, vergüenza o angustia y la importancia que tiene reportar la orientación sexual y la identidad de género al sistema de salud para identificar y gestionar de manera oportuna y adecuada sus necesidades, riesgos y expectativas específicas en la atención de los servicios de salud.Fortalecimiento de las redes sociales de las personas LGBTI que permitan el intercambio, reconocimiento, aunar esfuerzos, estrechar lazos, potenciar capacidad de respuesta,	<p>comprensión de problemáticas y planteamiento de soluciones en torno a la atención en salud desde las rutas intersectoriales.</p> <ul style="list-style-type: none">Cobertura de las personas de los sectores sociales LGBTI con acciones de detección temprana y protección específica en relación con sus necesidades de atención en salud.Inclusión de la población LGBTI, en los procesos de Rehabilitación Basada en Comunidad, especialmente a las que tienen discapacidades o trastornos o problemas mentales. <p>4.2.4. Eje: Gestión Integral del Riesgo en Salud Pública.</p> <ul style="list-style-type: none">Coordinación entre secretarías de salud y entidades promotoras de salud para el desarrollo y complementariedad de acciones del plan de intervenciones colectivas y el plan básico de salud en los territorios y entornos hogar, educativo, laboral, institucional y comunitario donde permanecen personas de los sectores LGBTI, para facilitar la atención integral.Promoción de relaciones empáticas entre personas de los sectores LGBTI y personal de salud, que permita el auto reconocimiento de la identidad de género y orientación sexual, el respeto y derecho a ser reconocido por el nombre identitario en todos los niveles de atención (diferente a como aparece en su documento de identidad) para garantizar la calidad y la calidez de los servicios de salud.Adopción por parte de los servicios de salud para la atención con el enfoque de género en la atención de personas de los sectores sociales LGBTI, de lo dispuesto en los lineamientos técnicos y operativos de las rutas de promoción y mantenimiento de la salud, y de salud materno -perinatal, y las demás que se desarrollen.Gestionar de manera coordinada con las entidades promotoras de salud, acciones para la afiliación al sistema de salud de las mujeres, hombres y personas de los sectores sociales LGBTI y sus grupos familiares, desde un enfoque diferencial, es decir, si la población es indígena, afro, madres cabeza de hogar, personas con discapacidad, personas mayores o en situación de calle, y particularidades según el curso de vida.Adopción o adaptación de guías o protocolos de atención integral para el tránsito (de personas trans y no binarias) para definir las atenciones y procedimientos o esquemas de atención que les corresponde a las personas trans en el marco de sus construcciones identitarias, incorporando respuesta a necesidades hormonales, estéticas, de salud mental.Ampliar los horarios de los servicios de salud, de forma que sean más oportunos para la atención definiendo de manera diferencial los más propicios para personas de los sectores sociales LGBTI, incluyendo horarios de atención en fines de semana o nocturnos.Desarrollar y disponer material informativo en formatos accesibles, a servicios de salud que sean inclusivos para las personas de los sectores sociales LGBTI.Disponer dentro de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RIPSS), prestadores que oferten servicios asociados con los procesos de tránsito de género. <p>4.2.5. Eje: Gestión del Conocimiento para la Salud Pública.</p> <ul style="list-style-type: none">Generación de conocimiento sobre las condiciones de vida y de salud de la población LGBTI, por medio de inclusión de información e integración de variables e indicadores específicos y fuentes que permitan orientar políticas públicas para mejorar sus condiciones de salud.Aporte y análisis de información desde los Sistemas de Vigilancia en Salud Pública sobre personas LGBTI para la toma de decisiones en espacios intersectoriales. <p>4.2.6. Eje: Gestión y Desarrollo del Talento Humano en Salud Pública</p> <ul style="list-style-type: none">Sensibilización y capacitación del talento humano en salud administrativo y asistencial en las diversas instituciones que presten servicios sociales, socio sanitarios y de salud, sobre el enfoque de género y de derechos para promover la no discriminación y la atención integral en salud de las personas de los sectores LGBTI.Inclusión en los currículos académicos de formación en las ciencias de la salud y ciencias sociales, del abordaje e importancia del reconocimiento de la diversidad sexual desde un enfoque de derechos en la atención de la población y desarrollo de investigación que oriente las mejores prácticas para su atención.Capacitación a los prestadores de servicios de salud en el uso de MIPRES, incluyendo la ubicación y cargue de medicamentos y procedimientos relacionados con procesos de tránsito de género y orientación a esta población sobre servicios de salud incluidos o no en el plan de beneficios a cargo de la UPC, evitando exposición a procedimientos inseguros fuera del sistema de salud.

5. Población migrante

5.1. Contexto

Se define como migración, al movimiento individual o colectivo de personas a través de una frontera administrativa o política desde un territorio de origen a otro de destino, con el fin de radicarse de forma temporal o indefinida (OIM, 2019). Los fenómenos migratorios son impulsados por intereses muy diversos como la búsqueda de alimento, oportunidades de educación, trabajo, salud, diversión, acceso a bienes y servicios, mejorar la calidad de vida o motivado por intereses grupales como huir de fenómenos naturales, sociales o políticos, que llevan a cambiar del lugar de residencia habitual (Sandoval, 2005).

La migración es un fenómeno complejo no solo por su extensión en el tiempo y en el espacio, sino porque incluye diversos factores individuales, grupales, sociales, demográficos y económicos; en los que influye, además, las fases en las que se desarrolla la migración: preparación, acto migratorio, asentamiento e integración (Micolta León, 2005; Sandoval, 2005; Tizón García, 1993).

La Organización Internacional para las Migraciones (OIM), reconoce que las diversas teorías y estudios sobre las migraciones en los últimos años no responden a la totalidad de los porqués y definiciones acerca de migración, ya que la base de las migraciones se encuentra en delgadas transiciones espaciales y sociales cuyos límites no son sencillos de establecer, por lo que en muchos casos existe ambigüedad y dificultad a la hora de construir una definición, por su complejidad y los diversos factores que intervienen en el proceso (Global Migration Data Analysis Centre, n.d.).

Las particularidades del flujo migratorio en Colombia durante los últimos años y los desafíos que implica dar respuesta desde el sector salud y protección social a las necesidades en procura del bienestar de esta población, justifican la propuesta de las siguientes acciones en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031.

5.2. Acciones afirmativas para el desarrollo del enfoque diferencial en población Migrante en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031

5.2.1. Eje: Gobierno y Gobernanza de la Salud Pública

- Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y la rectoría en salud pública en Migración y Salud a través del trabajo articulado y organizado con la cooperación internacional.
- Fortalecer el esquema de gobernanza para la atención en salud de la población migrante desde el sector salud y protección social.
- Promoción de la participación en salud de la población migrante en Colombia a través de sus organizaciones formales o informales, las Organizaciones de Base Comunitaria – OBC y demás entidades del orden social, así como de las comunidades de acogida, que guardan relación con respuestas a sus necesidades.

5.2.2. Eje: Gestión Intersectorial de los Determinantes Sociales de la Salud

- Fortalecimiento de las instancias de acción intersectorial nacional y territorial, CISP y los CTSSS, para que entre sus funciones de acción intersectorial se consideren estrategias conjuntas para incidir positivamente sobre los determinantes sociales de la salud de la población migrante.
- Gestión intersectorial de políticas públicas, planes y programas en torno a la integración social y económica de la población migrante en el país a partir de la promoción, flexibilización y continuidad de los procesos de regularización del estatus migratorio de la población extranjera en el país.
- Gestión intersectorial de políticas públicas participativas, planes y programas para avanzar en el logro del derecho a una alimentación adecuada y sostenible, así como en estrategias que permitan superar la inseguridad alimentaria y la malnutrición, especialmente de la población infantil, mujeres gestantes y adultos mayores migrantes en el territorio nacional.
- Gestión intersectorial de políticas públicas, planes y programas para avanzar hacia el derecho a un ambiente sano, la protección y recuperación de los entornos, los ecosistemas y la biodiversidad; especialmente en relación con el acceso a viviendas dignas con servicios públicos para población migrante.

5.2.3. Eje: Gestión Integral de la Atención Primaria en Salud

- Planeación territorial integral en salud pública que considere las condiciones ¿en salud? de la población migrante.
- Inclusión de la población migrante en los sistemas de información en salud de Colombia, avanzando en la interoperabilidad con otras fuentes de información sectoriales y extra sectoriales.
- Avance en la garantía del derecho a la salud de la población migrante, con perspectiva de derechos humanos para la atención en salud y enfoque de salud pública para la promoción, protección y recuperación de la salud.
- Promoción de entornos libres de estigmatización, discriminación y xenofobia, favorables a una cultura para la vida y la salud en donde se valora y respeta la vida humana sin distinción de nacionalidad o condición socioeconómica.

5.2.4. Eje: Gestión integral del riesgo en Salud Pública

- Coordinación interinstitucional e intersectorial para la promoción de la afiliación de la población migrante al Sistema General de Seguridad Social en Salud en los regímenes subsidiado o contributivo, según corresponda, teniendo en cuenta los requisitos establecidos para tal fin.
- Estrategias de promoción y atención en salud mental para la población migrante en el territorio colombiano, considerando el duelo, el desarraigo, el despojo, el choque cultural, la discriminación y otras violencias que posiblemente han experimentado durante el proceso migratorio.
- Estrategias de comunicación multidireccional que fomenten el conocimiento y las habilidades para navegar el Sistema General de Seguridad Social en Salud por parte de la población migrante en el territorio colombiano.
- Estrategia de acompañamiento psicosocial para fortalecer acciones de respuesta de la población migrante y las comunidades de acogida.
- Estrategias de comunicación intercultural para el desarrollo de capacidades para el cuidado integral de la salud, la comunicación de riesgos en salud pública y la participación de las personas, familias y comunidades, considerando las diferencias culturales para garantizar una comunicación efectiva.

5.2.5. Eje: Gestión del conocimiento para la salud pública

- Consolidación de una red de conocimiento sobre Migración y Salud con participación de múltiples actores y sectores del desarrollo, y de los distintos niveles territoriales.
- Fortalecimiento de las capacidades territoriales para la captura, consolidación, reporte, análisis y difusión de datos con calidad, información y conocimiento sobre Migración y Salud.
- Mejora continua de la calidad de las fuentes de información que se constituyen en insumos para el análisis de las condiciones de vida y de salud de la población migrante en Colombia.
- Generación de conocimiento pertinente y oportuno sobre las condiciones de vida y de salud de la población migrante en Colombia abogando por la integración de fuentes para el monitoreo de la migración en el tiempo y según grupos socialmente constituidos.
- Avance en la gestión del conocimiento sobre Migración y Salud en Colombia a través del fortalecimiento del Observatorio Nacional de Migración y Salud
- Diseño y ejecución de estrategias de divulgación, comunicación y traducción. social del conocimiento en Migración y Salud.
- Fomento del uso del conocimiento para la formulación de políticas y la toma de decisiones en salud pública que involucren la población migrante.

5.2.6. Eje: Gestión y Desarrollo del Talento Humano en Salud Pública

- Fortalecimiento de la formación del talento humano en salud en Colombia que incluya la sensibilización frente a la migración con enfoque de derechos y atención humanizada, sin estigmatización, discriminación o xenofobia en los servicios de salud.
- Fomento de la inclusión de talento humano en salud migrante en los servicios de salud lo que permitirá avanzar en la inclusión social de la población migrante.

Capítulo 11. Sistema de Seguimiento y Evaluación del PDSP 2022-2031

El Ministerio de Salud y Protección Social con el fin de dar cumplimiento a lo establecido en la Ley 1438 de 2011⁸⁵ implementó el Sistema de Monitoreo y Evaluación para realizar el seguimiento de las acciones formuladas en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, así mismo, generar la información necesaria para establecer los avances alcanzados en el cumplimiento de las metas y objetivos formulados.

De manera complementaria, a lo largo de los últimos diez años, el ministerio ha venido elaborando informes técnicos de seguimiento a la gestión y metas; en el año 2018, realizó una evaluación de procesos e institucional⁸⁶ (MSPS 2018, 2021) y en la vigencia 2021, en el marco de la fase de formulación del nuevo Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, realizó un informe de balance del cumplimiento de metas.

A partir de la información obtenida de los informes realizados, la evaluación de procesos e institucional, así como las lecciones aprendidas, se identificaron oportunidades de mejora, entre ellas la necesidad de fortalecer el Sistema de Monitoreo y Evaluación para el decenio 2022-2031, en adelante Sistema de Seguimiento y Evaluación (SSE)⁸⁷.

Dicho fortalecimiento, se concentra en la generación de procesos de retroalimentación permanente, que brinden información oportuna para los tomadores de decisión, de manera que se favorezca el cumplimiento de los fines y metas establecidos. El valor agregado del nuevo SSE frente al sistema del PDSP anterior, es su énfasis en el desarrollo de mayores capacidades en los actores involucrados en las etapas de Hacer, Verificar y Actuar del ciclo de mejora continua de la política pública (PHVA), lo anterior, con el fin de contribuir a la gestión integral de la salud pública orientada al logro de resultados y a la generación de valor público (MSPS, 2021).

1. Objetivo del Sistema de Seguimiento y Evaluación

El SSE tiene como propósito establecer los elementos teóricos, funcionales y operativos requeridos para conocer los avances en el cumplimiento de la visión, fines, ejes, objetivos, estrategias y metas formulados en el PDSP 2022-2031. El sistema se constituye entonces, en una herramienta de gestión pública utilizada para seguir, medir, evaluar efectos y retroalimentar esta información en procesos continuos de gobierno y toma de decisiones (Banco Mundial, 2004). De forma que, genere los insumos técnicos que orientarán la gestión y cumplimiento de los componentes establecidos en el marco estratégico del nuevo PDSP.

Adicionalmente, el SSE, posibilitará el acompañamiento constante a la ejecución del plan y al logro de resultados en salud, proveerá información de manera continua y oportuna a los actores involucrados con el fin de facilitar los procesos de monitoreo y análisis de avances, en este sentido, el SSE contribuirá de manera eficiente a dar respuesta en el marco de sus competencias, a las obligaciones establecidas en materia de seguimiento de resultados en salud, establecidos además de la Ley 1438, a otros requerimientos vigentes en la Ley 1122 de 2011⁸⁸, la Resolución 1536 de 2015⁸⁹ y la Ley Estatutaria 1751 de 2015⁹⁰, esta última recomendación surge de la Evaluación de Resultados del SGSSS realizada en la vigencia 2022 por la Oficina Asesora de Planeación del Ministerio. Las evaluaciones por su parte generarán recomendaciones para el mejoramiento de procesos de implementación y logro de metas y resultados esperados.

⁸⁵ Hace referencia al art. 2 Evaluación integral del SGSSS y art. 111. Sistema de evaluación y calificación de Direcciones Territoriales de Salud, Entidades promotoras de salud e Instituciones prestadoras de salud).

⁸⁶ Ejecutada por la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales en el marco de la Agenda Anual de Estudios, Evaluaciones e Investigaciones del MSPS, realizada bajo los parámetros establecidos por el Departamento Nacional de Planeación-DNP, rector del Sistema Nacional de Evaluaciones.

⁸⁷ El cambio de denominación se realiza en el marco de la armonización con las demás políticas públicas y sistemas del país, particularmente con el DNP y el Sistema Nacional de Evaluación de Gestión y Resultados (Sinergia) en sus dos pilares de seguimiento y evaluación.

⁸⁸ Hace referencia al art.2. Evaluación por resultados

⁸⁹ Hace referencia a la responsabilidad del MSPS frente a la definición del sistema de monitoreo y la evaluación del PDSP que será acogida por las entidades territoriales en el PTS.

⁹⁰ Hace referencia a las obligaciones del Estado frente a la evaluación en términos de los resultados del goce efectivo del derecho

2. Alcance del Sistema de Seguimiento y Evaluación

El SSE proporcionará información veraz, confiable, continua, y oportuna sobre el avance de las metas del PDSP 2022-2031 a nivel nacional y territorial, como insumo que oriente la toma de decisiones (estratégicas y operativas) por parte de los actores involucrados, permitiéndoles valorar y juzgar la efectividad en el logro de las estrategias y metas formuladas, así como el mejoramiento de los resultados en salud, a partir de ajustes oportunos en los procesos de implementación del plan.

Los componentes de seguimiento y evaluación del PDSP, son complementarios, dado que, el seguimiento, a través del análisis sistemático brindará insumos para la comprensión de la implementación del plan, aspectos facilitadores y limitantes, identificará alertas tempranas y aportará información del estado de avance de las definidas en cada eje estratégico. En este contexto, en materia de gestión, es importante rastrear las actividades ejecutadas, recursos asignados y tipo de organización de trabajo, así como la asignación del talento humano, de otro lado, se requiere conocer los resultados logrados y su sostenibilidad en el tiempo (Mancero y Rham, 2006). Las evaluaciones, generarán información objetiva para enriquecer procesos, resultados o impacto de ejes priorizados del plan.

3. Definiciones Centrales

Seguimiento

Proceso continuo y sistemático de diseño, recolección periódica de datos y análisis de información, que permite determinar el grado de avance de las políticas públicas para asegurar que la ejecución se esté desarrollando según lo planeado (Bustelos, 2003; Departamento Nacional de Planeación-DNP, 2014). El seguimiento genera alertas tempranas para el ajuste en la gestión de los procesos y en el desarrollo de acciones que lleven a la consecución de metas; reduce la incertidumbre al brindar información con evidencia pertinente para la toma de decisiones de política pública; fortalece la transparencia y los procesos de rendición de cuentas; y suministra información necesaria para la evaluación del desempeño de los actores (DNP, 2018).

Evaluación

Proceso que recopila y analiza sistemáticamente la información con el objeto de emitir juicios sobre el mérito y valor del programa evaluado (Bustelos, 2003). La evaluación contempla la valoración no solo del proceso de ejecución, sino además del diseño y los resultados obtenidos con la intervención, por tanto, puede ser aplicada en cualquiera de los diferentes eslabones de la cadena de valor (insumos, procesos, productos y resultados) con la finalidad de tomar decisiones basadas en la evidencia que permitan mejorar el diseño, la implementación y los efectos de una política, plan, programa o proyecto (DNP, 2014, 2021).

4. Características del Sistema de Seguimiento y Evaluación

El Sistema de Seguimiento y Evaluación incorpora las siguientes características:

Orientado a resultados. Bajo los postulados y componentes del ciclo de las políticas públicas y de las funciones esenciales de la salud pública renovadas, el sistema está compuesto por los procesos de seguimiento y evaluación, con una orientación mixta hacia la búsqueda de la eficacia en los resultados de la implementación de la política y logro de resultados en el desempeño (operación) de las acciones en salud pública. En ese sentido, el SSE busca perfeccionar de manera integral los resultados del quehacer de la política pública en relación con el diseño, la implementación y la rendición de cuentas; y al mismo tiempo, contribuye a racionalizar y mejorar la eficiencia del gasto público, reflejado a su vez en una adecuada asignación de los recursos humanos y financieros dentro de la administración gubernamental (Banco Mundial, 2008), y a aportar insumos para el ejercicio de las funciones de los organismos y agentes de Inspección, Vigilancia y Control⁹¹.

Participativo y de corresponsabilidad. Para el Sistema resulta esencial la identificación del conjunto de actores involucrados en el seguimiento y evaluación del PDSP, entre los que se encuentran: las entidades gubernamentales responsables de la formulación e implementación del Plan, las entidades gubernamentales con funciones de inspección, vigilancia y control, la academia, la sociedad civil y los demás actores y sectores que por sus funciones sociales requieren de

⁹¹ Las Funciones de IVC comprenden desde la capacidad de recabar información a través de la función de inspección, hasta la de implantar medidas de tipo preventivo y, por último, intervención directa sobre sus sujetos vigilados en el caso de encontrarse acciones que se aparten de la legalidad.

información frente al avance y resultados del Plan. Lo anterior, sin perjuicio de las competencias establecidas normativamente y bajo el respeto de la descentralización y autonomía territorial de los actores del Sistema de Salud, acorde a funciones y roles establecidos para la implementación de la política pública⁹². Ver Gráfico 1.

Gráfico 4. Actores Involucrados en el Sistema de Seguimiento y Evaluación del PDSP 2022-2031.



Continuo. Por su parte, el SSE involucra la recopilación sistemática de la información necesaria para seguir y evaluar el desempeño de los diferentes actores involucrados, lo que requiere la consolidación y disposición de la información a través de diferentes formatos (tableros, informes, reportes) y adicionalmente la provisión de herramientas y modelos sólidos para la medición de la gestión de los procesos, los resultados logrados y la efectividad de la política, promoviendo la articulación con otros sistemas de seguimiento. De ahí que, contar con la información precisa sobre los avances en el cumplimiento del Plan se convierte en insumo para la planeación y gestión integral de la salud pública permitiendo afianzar el ejercicio de gobernanza y transparencia.

Robusto y anticipativo. En consecuencia, el SSE establece como punto de partida o línea base el Análisis de Situación de Salud con Enfoque de Equidad y se apoya en metodologías para la construcción y priorización de métricas (metas e indicadores)⁹³ y en la definición de distintos tipos de evaluación que permitirán llevar a cabo la evaluación de manera estratégica y efectiva pero también procesual, acorde a las necesidades convencionales y emergentes de la salud pública. Este abordaje contribuye a una planeación dinámica y proactiva ante situaciones futuras imprevistas, como lo sucedido por la pandemia de COVID-19, permitiendo identificar de forma rápida y oportuna métricas para el seguimiento y tipologías adecuadas para la evaluación en respuesta las necesidades emergentes relacionados con el PDSP y en general con la salud pública del territorio nacional.

Abierto y eficiente. Particularmente, el seguimiento contará con un sistema informático que permita los procesos de gestión propios del sistema, y que determine los estándares y criterios para el intercambio de información entre los actores interesados bajo un modelo de interoperabilidad y de

⁹² Los niveles establecidos bajo el mandato constitucional de la autonomía territorial y siguiendo las competencias administrativas de los actores del sistema de salud señalados en las leyes 715 de 2001, 1122 de 2007, 1438 de 2011, el Decreto 4107 de 2011 y la Resolución 1536 de 2015.
⁹³ Meta aquella representación cuantitativa del objetivo de la intervención pública. Valor que se espera tome el indicador tras la implementación de la intervención pública (DNP, 2014). Indicador: representación cuantitativa (variable o relación entre variables cuantitativas o cualitativas) que permite verificar objetivamente la información acerca de la existencia de características, los cambios vinculados con una intervención o con un fenómeno de la realidad y que contribuye con la evaluación de un organismo de desarrollo (DNP, 2014). En concordancia con los fines, objetivos y metas del Plan se partió del catálogo de indicadores que permitió la valoración y selección de métricas asociadas a indicadores de proceso (KPI por las siglas de Key Performance Indicator) y de resultado que cumplieran con criterios de calidad para su formulación y responderían a las metas y objetivos del PDSP 2022-2031. Asimismo, se utilizó la metodología SMART, para definir las características de una buena meta cumpliendo con los criterios de ser específicas, medibles, alcanzables, relevantes y temporales, es decir, limitadas a un tiempo determinado. (CEPAL, 2015). Por su parte, bajo los criterios GREMA, Claro, Relevante, Económico, Monitoreable y Adecuado se verificó la adecuada formulación de los indicadores, la correspondencia de su nombre con la fórmula de cálculo, la congruencia de las unidades de medida y los periodos de referencia de las variables involucradas, entre otros aspectos (DNP, 2009).

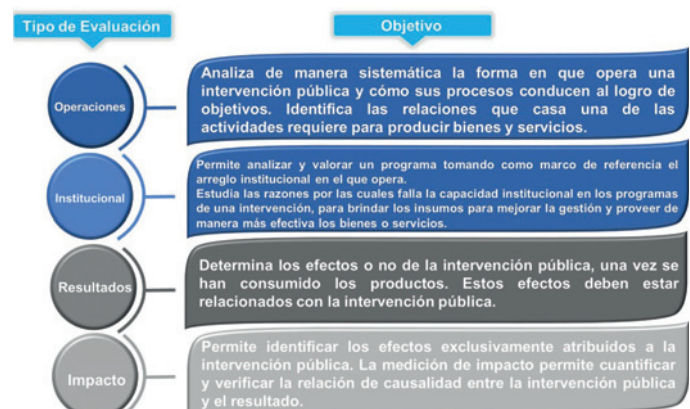
generación de conocimiento, teniendo en cuenta diferentes fuentes de información tanto primarias (encuestas, entrevistas, grupos focales) como secundarias (documentos, registros administrativos, encuestas poblacionales, observatorios, estadísticas); el uso de los datos integrados en el Sistema Integrado de la Protección Social -SISPRO, así como el seguimiento al cumplimiento de los objetivos y metas del PDSP, con el propósito final de apoyar la toma de decisiones.

Calidad. Deberá tener en cuenta: i) estandarización de los datos e indicadores del Plan Decenal de Salud Pública PDSP; ii) integración de fuentes de información para la medición de indicadores del Plan Decenal de Salud Pública; iii) unificación de criterios metodológicos en el análisis y generación de información; iv) garantía de la evidencia y gestión del conocimiento sobre la situación de salud.

Teniendo en cuenta lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social, con el concurso de diferentes instituciones dentro y fuera del sector salud, recopilará, consolidará y dispondrá la información necesaria para el seguimiento y evaluación del PDSP por parte de todos los actores interesados; conscientes de la función insustituible que cumple el Estado colombiano en cuanto a garantizar la universalización y continuidad de los servicios de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) para toda la población, que contribuye al fortalecimiento de la democracia, el liderazgo y la gobernanza de los actores del sistema de salud como un elemento clave en lo que concierne a proporcionar a la ciudadanía información sobre las condiciones de salud y el cumplimiento de las metas del PDSP.

De otro lado, la evaluación contemplará distintas tipologías para la identificación y obtención de los elementos necesarios para conocer y valorar la efectividad frente al logro de los objetivos en relación con los procesos de gestión y los resultados alcanzados. Estas tipologías seguirán las pautas que en materia de evaluación establece el DNP con el fin de aportar evidencia para la toma de decisiones en salud pública⁹⁴. Ver Gráfico 2.

Gráfico 5. Tipo de Evaluaciones, Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031.



Fuente: tomado de la Dirección de Seguimiento y Evaluación de Políticas Públicas de DNP (2014).

Para el caso de las tipologías de evaluación propuestas, y con relación a las evaluaciones de operaciones, institucional y de resultados serán incluidos los distintos actores involucrados en la gestión de la salud pública -teniendo en cuenta sus competencias administrativas y de planeación- tanto del nivel nacional como territorial considerando que las necesidades e intervenciones en salud pública y la capacidad de respuesta a dichas necesidades son distintas para cada territorio y grupo poblacional; adicionalmente valorando el esquema de gobernanza e identificando los factores

⁹⁴ Estas tipologías están sujetas a modificaciones que el DNP pueda realizar en sus guías, como ente rector de seguimiento y evaluación en el país.

críticos de éxito y los cuellos de botella para la articulación sectorial, intersectorial y entre los diferentes niveles de gobierno, lo cual resulta fundamental dada la naturaleza del diseño y la implementación multisectorial del PDSP.

En segundo lugar, con relación a la evaluación de impacto esta será desarrollada en doble vía, de un lado, la evaluación de impacto de la política según acuerdos institucionales del MSPS y el DNP se realizará sobre la intervención en el marco de uno de los ejes estratégicos del PDSP, el de Gestión de la Atención Primaria Integral en Salud, presentando sus resultados al cierre del decenio durante el año 2032. De otro lado, dado a que es relevante dialogar con diferentes marcos conceptuales en materia de evaluación, se plantea abordar la evaluación de la estrategia de Salud en Todas las Políticas (STP) con las herramientas metodológicas que se consideren pertinentes y vigentes en su momento, y cuyos resultados permitan establecer la viabilidad de réplica en uno o varios ejes estratégicos del PDSP⁹⁵.

En este punto cabe señalar que, dadas las posibles diferencias territoriales en la implementación del Plan que derivan en diferentes resultados, y considerando el involucramiento de distintos tipos de actores (nacionales, subnacionales, gubernamentales y no gubernamentales), y distintas tipologías de evaluación (operaciones, institucional, resultados e impacto) es imperante implementar la evaluación de la política pública desde un enfoque mixto (cuantitativo y cualitativo). El enfoque cuantitativo permitirá obtener información de manera agregada para las unidades objeto de estudio, numérica y representativamente, a partir de indicadores que permitan complementar el análisis con un enfoque cualitativo que conduzca a la caracterización precisa del proceso, la identificación de tendencias, la identificación de actores implicados según roles y a la comparación con otros entornos si se requiere (MSPS, 2021).

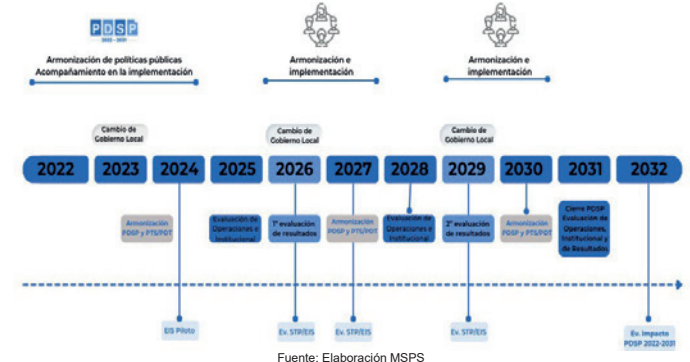
De igual manera, la evaluación contemplará la triangulación de fuentes de información primaria y secundaria e integrará distintas estrategias que den cuenta de los diversos aspectos que interfieren en el proceso de implementación, entre las que se plantea por ejemplo incorporar los estudios de caso⁹⁶. Así, la estrategia de triangulación de información permitirá lograr una comprensión más profunda y detallada de los hallazgos de cada componente, aclarando resultados dispares o variados que surjan en las distintas fases (Ahmad & Yunos, 2004). Asimismo, el proceso de evaluación buscará contar con la mayor participación de los actores involucrados, cuyos roles serán definidos por los equipos técnicos que estén a cargo.

En el marco del ciclo PHVA de mejoramiento continuo, las evaluaciones hacen parte de la fase Verificar, donde los resultados y recomendaciones obtenidos, son insumos para la toma de decisiones que se implementan en la fase de Actuar y a su vez retroalimentan la fase de Planear. Esta dinámica permanente contribuye de manera efectiva al logro de objetivos y metas establecidas, al fortalecimiento de políticas públicas y la adecuada implementación de planes de desarrollo territorial y sectorial. De acuerdo con esto, el PDSP prevé la realización periódica de diferentes tipos de evaluación (Ver Gráfico 3), las cuales orientarán la toma oportuna de decisiones basadas en evidencia, y la realización de los ajustes necesarios para redirigir elementos estratégicos para el logro efectivo de los resultados esperados.

El proceso de evaluación además de contar con los elementos de tipo técnico y procedimental anteriormente descritos, en conjunto con el comité técnico del PDSP 2022-2031 y tal como lo establece el acto normativo, determinará las modificaciones necesarias en cuanto a la periodicidad y tipo de evaluación, alcance, actores implicados, siempre siguiendo los lineamientos para los procesos de evaluación definidos por el DNP. Lo anterior bajo la comprensión de que el diseño de la evaluación, la modalidad de implementación (externa o interna) y el uso de los resultados se establecerá partiendo de los recursos disponibles (Merino, 2008).

⁹⁵ Se insta a tomar los marcos conceptuales desarrollados por la OMS, como por ejemplo el de "Evaluación de Impacto en Salud" (Bacigalupe et al., 2009)
⁹⁶ El estudio de caso es una herramienta de investigación que permite estudiar las particularidades de un fenómeno, con el fin de entender cómo funciona en los diferentes contextos (Stake, 1995), a partir del seguimiento a los procesos o actividades relacionadas (SAGE, 2008).

Gráfico 3. Periodicidad propuesta de las Evaluaciones del PDSP 2022-2031.



De resaltarse, que tal y como se observa en el gráfico anterior, estratégicamente las evaluaciones se realizarán el año anterior a los cambios de gobierno nacional, asegurando aportar desde el sector salud los insumos necesarios para el desarrollo del plan de desarrollo y de igual manera a la planeación territorial.

Finalmente, de acuerdo con la Guía metodológica para el seguimiento y la evaluación de políticas públicas del DNP (2014), el desarrollo de las evaluaciones se plantea en varias etapas, a continuación, se presenta a manera de resumen el propósito en cada una de estas⁹⁷. Ver Tabla 1.

Tabla 1. Fases de la Evaluación de Políticas Estratégicas

Fases de la evaluación	Tiene como propósito determinar el alcance y la metodología a utilizar para abordar la evaluación de la intervención seleccionada.
Diseño de la evaluación	Para esto, se parte de elaborar la cadena de valor de la intervención, con el fin de identificar las causas y efectos de la política pública a evaluar, y de esta forma establecer la interrelación de los bienes o servicios ofrecidos por el Estado y los resultados esperados sobre la población objeto. De este ejercicio resultan los cuellos de botella, los cuales definen las necesidades de la evaluación. Es así como se puede establecer la hipótesis y el tipo de evaluación más pertinente. De igual manera de elabora el mapa de actores involucrados en la intervención.
Ejecución de la evaluación	En esta se conforma un Comité Técnico de seguimiento a la Evaluación, en el cual, como mínimo, debe estar integrado por un representante de la entidad ejecutora de la intervención pública que se evaluará y el equipo técnico que ejecutará la evaluación. En esta fase se lleva a cabo la recolección de información (ya sea cuantitativa o cualitativa, o mixta), la triangulación, el análisis de información y el desarrollo del informe de resultados, incluidas las conclusiones y recomendaciones. Aquí se socializan los resultados obtenidos de la evaluación, a través de canales oficiales, de tal forma que se den a conocer a los tomadores de decisiones y los actores involucrados o que tengan interés en la intervención, sirviendo de insumo para la retroalimentación del ciclo de política pública. Y se elabora el plan de transferencia e implementación de las recomendaciones, en donde se detallan las recomendaciones y los responsables de su realización
Socialización y uso de los resultados	

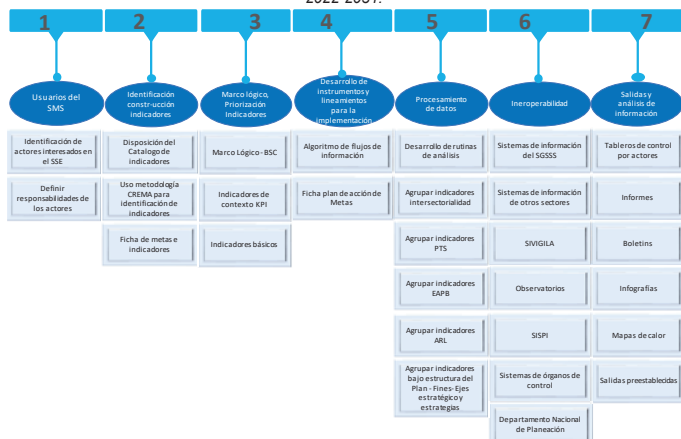
Fuente: Adoptado de Guía metodológica para el seguimiento y la evaluación de políticas públicas del DNP (2014), y adaptado MSPS (2022).

⁹⁷ Estas etapas están sujetas a las modificaciones que el DNP pueda realizar sobre la Guía de Evaluaciones de Política Pública.

5. Operacionalización del Sistema de Seguimiento y Evaluación

La operacionalización del SSE se llevará a cabo por medio de unos pasos lógicos y ordenados que permitirán determinar responsables, procesos, momentos y salidas de la información (Ver gráfico 4). El proceso se desarrollará siguiendo las competencias, responsabilidades y necesidades de información de los actores involucrados, asegurando que el SSE brinde los elementos necesarios para la planeación y el seguimiento de los procesos y actividades necesarias para el cumplimiento del PDSP y la toma de decisiones en salud pública.

Gráfico 4. Pasos para la operacionalización del Sistema de Seguimiento y Evaluación del PDSP 2022-2031.



Fuente: Elaboración MSPS

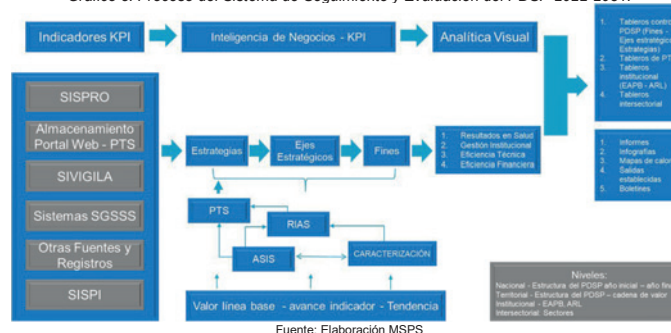
1. Usuarios del SSE: El sistema se estructura bajo planos de relaciones horizontales y verticales entre los actores asegurarán el seguimiento y evaluación de los ejes estratégicos, estrategias y fines del PDSP, además del seguimiento de las metas e indicadores de los PTS y sus contenidos (ASIS y Caracterización) y Rutas. Los usuarios del Sistema se clasifican según sus competencias en administradores y operativos, teniendo al Ministerio como i. administrador del sistema, además de su función de realizar el seguimiento al plan y realizar las evaluaciones planteadas en este capítulo; y ii. las entidades territoriales y las entidades promotoras de salud como operativos teniendo la obligación de realizar el cargue de la información, con el adicional para la entidad territorial de ser las responsables de velar por el cumplimiento de las metas que se les atribuya a estos actores. Dichas funciones consignadas en el apartado de competencias de los actores.
2. Identificación y construcción de indicadores: partiendo del catálogo de indicadores del SISPRO el sistema traerá los indicadores identificados para el seguimiento de las metas, de igual manera se realizará el proceso operativo para la construcción de indicadores nuevos que se requieran. Se debe señalar que para la selección de indicadores se utilizará la metodología CREMA.
3. Marco lógico e identificación de indicadores: se tomarán los elementos de la planeación estratégica lo que permitirá a nivel nacional desde el comité técnico del PDSP un mayor dinamismo para el seguimiento y ajuste de metas durante la implementación del Plan.
4. Desarrollo de instrumentos: Complementarios a los lineamientos técnicos y operativos que emitirá el Ministerio en la etapa de implementación del plan, se establecerán los algoritmos que permitirán establecer los flujos de la información al interior del sistema. Además, se

establecerá el plan de acción de las metas y fines, el cual deberá guiar sobre las características del seguimiento y la evaluación que se llevará a cabo.

5. Procesamiento de datos: se dispondrá de rutinas de análisis distintivas para las metas y fines, y que evidencien la cadena de valor (descrita en el capítulo 6), teniendo en cuenta las características diferenciales de los elementos a seguir y las diferencias que existen en las fuentes de información y registros utilizados para la construcción de los indicadores, diferencia de tiempo de reporte, fechas de corte de los registros, nivel de desagregación de las variables y otras. En este momento también se realizará la agrupación de indicadores según los procesos objeto de seguimiento y evaluación.
6. Interoperabilidad: Existirá un relacionamiento en doble vía con los demás sistemas del sector salud y de la intersectorialidad, logrando con ello la comunicación e intercambio de datos que permitan nutrir el proceso de seguimiento y evaluación del Plan, además de aportar información a los demás sistemas.
7. Salidas y análisis de información: La difusión y comunicación son necesarias para materializar la gobernanza de los datos, la interoperabilidad y gestionar el conocimiento que se derivará de las acciones del Plan; para ello, la comunicación y difusión se llevará a cabo por medio de formatos, visualizaciones y lenguajes accesibles para todos actores del sistema y demás. Es importante el compromiso de todos los actores para que las herramientas de difusión y comunicación se sostengan a lo largo del tiempo, generando retroalimentación y mejora continua al sistema

Además de lo anterior, el Sistema en su marco lógico y estratégico para la implementación y funcionamiento en todos los niveles y actores del sistema de salud establece los elementos necesarios para la rendición de cuentas y el perfeccionamiento de la institucionalidad, la gobernanza de datos y el rol de las Entidades Territoriales, con elementos que facilitaran la toma de decisiones, la coordinación entre las instituciones y actores involucrados. Por ello, es importante mantener canales de comunicación y materializar la normativa al respecto, así como los protocolos, lineamientos y demás reglas para su implementación y funcionamiento emitirá al respecto el Ministerio de Salud y Protección Social.

Gráfico 5. Proceso del Sistema de Seguimiento y Evaluación del PDSP 2022-2031.



Fuente: Elaboración MSPS

Capítulo 12. Sostenibilidad Financiera del PDSP 2022-2031

1. Contexto de la gestión financiera de la salud pública en Colombia

1.1. Gasto en salud y salud pública en Colombia

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) colombiano está fundamentado sobre los principios de eficiencia, universalidad, integralidad y solidaridad, y busca garantizar el mayor estado de salud de todos los colombianos con el uso eficiente de los recursos financieros. En este sentido, las Leyes 100 de 1993, 715 de 2001, 1122 de 2007, 1438 de 2011 y 1797 de 2016, entre otras, señalan las fuentes y usos de los recursos del SGSSS (Glassman, 2009).

Ahora bien, de conformidad con el literal b) del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007 y la Resolución 3042 de 2007 y modificatorias, todos los recursos de salud de las entidades territoriales del nivel departamental, distrital y municipal se deben manejar a través del Fondo de Salud, el cual fue creado como una cuenta especial del presupuesto, con el propósito de tener precisión sobre el origen y destinación de los recursos de cada fuente. Para tal efecto, dichos fondos de salud están conformados por cuatro subcuentas: 1) Subcuenta de Régimen Subsidiado; 2) Subcuenta de prestación de servicios de salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda; 3) Subcuenta de salud pública colectiva; y 4) Subcuenta de otros gastos en salud (Colombia).

La formulación del presupuesto de los fondos de salud de las entidades territoriales, se sujetará a los objetivos, programas y proyectos prioritarios y viables en los planes sectoriales de salud que se formulen en el ámbito territorial, en coordinación con los respectivos planes, políticas y programas nacionales. Todos los gastos con cargo a los recursos del Fondo de Salud estarán reflejados en el plan financiero y presupuestal de la respectiva entidad territorial, y de conformidad con lo establecido en el artículo 33 de la Ley 1122 de 2007.

Con el propósito de orientar y contextualizar sobre la estructura del financiamiento del sector en el ámbito territorial, en razón a la complejidad del tema y teniendo en cuenta los actores y procesos que intervienen en la gestión de los recursos, a continuación, se señalan de manera general, las fuentes que pueden ser aplicadas a cada subcuenta o componente:

- 1.1.1. **Subcuenta de Régimen Subsidiado de Salud.** Los recursos del régimen subsidiado, de conformidad con el Decreto 971 de 2011 compilado en el Decreto 780 de 2016, son girados a las entidades promotoras de salud y a las instituciones prestadoras de servicios de salud, mediante el mecanismo denominado Liquidación Mensual de Afiliados – LMA, que consiste en la liquidación del valor de las Unidades de Pago por Capitación – UPC que corresponden a cada EPS por entidad territorial de acuerdo con la afiliación y novedades de la afiliación que son reportadas por las EPS a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA y validadas por las entidades territoriales (MSPS, Decreto 780, 2016).

Los recursos producto de la liquidación de la UPC del régimen subsidiado, en virtud de lo establecido en el artículo 29 de la Ley 1438 de 2011, en concordancia con el artículo 66 de la Ley 1753 de 2015, son objeto de giro directo desde la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, en nombre de la entidad territorial a las EPS, y en nombre de estas últimas a las IPS y a los proveedores de servicios y tecnologías en salud (Congreso de la República, 2015). En este contexto, las entidades territoriales deben realizar la ejecución de los recursos girados con situación y sin situación de fondos, en virtud de la LMA que publica mensualmente ADRES.

Fuentes.

- **Sistema General de Participaciones – SGP.** Los recursos de la participación para salud del SGP corresponden al 24,5% de las asignaciones sectoriales⁹⁸. De la participación para el sector salud, 87% se destinan para el componente de aseguramiento en salud de los afiliados al Régimen Subsidiado, los cuales se asignan y distribuyen por entidad territorial mediante los Documentos de Distribución emitidos por el DNP y conforme con la normativa vigente.

⁹⁸ Las asignaciones sectoriales corresponden al 96% del SGP, teniendo en cuenta que el 4% es destinado para asignaciones especiales, de conformidad con lo establecido en la Ley 715 de 2001.

- **Cajas de Compensación Familiar – CCF** que administran el Régimen Subsidiado.
- **Presupuesto General de la Nación – PGN y ADRES.** Recursos que aporta la Nación.
- **Ingresos Corrientes de Libre Destinación y Esfuerzo Propio.** Ingresos de la entidad territorial sin destinación específica.
- **Rentas Territoriales.** Mínimo el 50% de los 8 puntos porcentuales del impecoconsumo de cervezas y sifones; Impecoconsumo de cigarrillos y tabaco elaborado; Mínimo el 50% del impecoconsumo de licores, vinos y aperitivos; Monopolio de licores que los departamentos deben destinar para financiar la salud. El 75% del IVA de licores, vinos y aperitivos, que es recaudado por la Nación con tarifa del 5% y luego girado a los departamentos. Los impuestos y derechos de explotación de los juegos de suerte y azar, previo descuento del valor destinado por ley a pensiones, funcionamiento e investigación. Los recursos de los premios no reclamados.
- **Otros Recursos.** Recursos de capital de este componente.

1.1.2. **Subcuenta de Prestación de Servicios de Salud en lo No Cubierto con Subsidios a la Demanda.** En esta subcuenta se incluyen los gastos por concepto de i) la atención a la población no afiliada, ii) los recursos para concurrir en la financiación de los gastos de operación de la prestación de servicios de salud de las ESE o de los administradores de infraestructura pública destinada a la prestación de servicios de salud, ubicadas en zonas alejadas o de difícil acceso que sean monopolio en servicios trazadores y no sostenibles por venta de servicios, y iii) pago de deuda por concepto de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC prestados a los afiliados al régimen subsidiado hasta el 31 de diciembre de 2019.

Fuentes.

- **Sistema General de Participaciones – SGP Subsidio a la oferta.** De la participación para el sector salud, 3% se destinan para el subcomponente del Subsidio a la Oferta, los cuales se asignan y distribuyen por entidad territorial mediante Documentos de Distribución emitidos por el DNP y conforme con la normativa vigente. Estos recursos son asignados para concurrir en la financiación de la operación de la prestación de servicios de salud y tecnologías efectuadas por las IPS o administradores de infraestructura pública, ubicadas en zonas alejadas o de difícil acceso que sean monopolio en servicios trazadores y no sostenibles por venta de servicios.
- **Excedentes de la cuenta maestra del régimen subsidiado.**
- **Excedentes del SGP de prestación de servicios en lo no cubierto con subsidios a la demanda.**
- **Excedentes del SGP de Salud Pública generados a 31 de diciembre de 2019⁹⁹.**
- **Excedentes de rentas cedidas en virtud de lo definido en el artículo 4 de la Ley 1797 de 2016.**
- **Rentas territoriales.** Mínimo el 25% de los 8 puntos porcentuales del impuesto al consumo de cervezas y sifones; Mínimo el 25% del impecoconsumo de licores, vinos y aperitivos y de las rentas del monopolio de licores que los departamentos deben destinar para financiar la salud; Derechos de explotación de los juegos de suerte y azar, con destino a la prestación de servicios en lo no cubierto con subsidios a la demanda.
- **Otros recursos.** Recursos de capital de este componente.

1.1.3. **Subcuenta de Salud Pública Colectiva.** Corresponde a los recursos destinados a financiar el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC) y las acciones de Gestión de la Salud Pública (GSP) relacionadas con las competencias de salud pública asignadas en la Ley 715 de 2001 a las entidades territoriales (Congreso de la República, 2001).

Fuentes

- **Sistema General de Participaciones –SGP.** De la participación para el sector salud, 10% se destinan para el subcomponente de acciones de salud pública, los cuales se asignan y distribuyen por entidad territorial en cada vigencia, mediante Documentos de Distribución emitidos por el DNP y conforme con la normativa vigente.
- **Rendimientos financieros del SGP subcomponente de salud pública.**
- **Transferencias nacionales para la cofinanciación de Enfermedades Transmisibles por Vectores – ETV, Tuberculosis – TBC y enfermedad de Hansen.**

⁹⁹ Circular 44 de 2021

- **Otras transferencias que realice la nación para actividades de salud pública.**
- **Ingresos por venta de servicios del laboratorio de salud pública.**
- **Rentas territoriales.** Rentas del monopolio de licores, vinos y aperitivos, y de los derechos de explotación de los juegos de suerte y azar, que no estén por ley destinados al aseguramiento y a la prestación de servicios.
- **Otros recursos y recursos propios.** Recursos de capital de este componente y otros recursos de la ET que no tengan destinación específica.
- **Excedentes de la cuenta maestra del régimen subsidiado durante el término que dure la emergencia sanitaria por el coronavirus COVID – 19 (Artículo 24 Decreto 538 de 2020).**
- **Recursos no comprometidos del SGP subcomponente de Salud Pública de vigencias anteriores.**

1.1.4. **Subcuenta de Otros Gastos en Salud.** La subcuenta de otros gastos en salud solo podrá manejarse a través de dos (2) cuentas bancarias según el concepto de gasto: de inversión en salud o de funcionamiento. I) los gastos de funcionamiento conforme a lo definido por el Estatuto Orgánico de Presupuesto, y ii) los gastos de inversión, los cuales incluyen la financiación los Programas Territoriales de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Empresas Sociales del Estado – ESE, los programas de saneamiento fiscal y financiero de las IPS públicas viabilizados por el MHCP, y los recursos para el mejoramiento de la infraestructura y dotación de la red pública de Instituciones Prestadoras de Servicios de salud.

Fuentes para Gastos de Funcionamiento.

- **Rentas cedidas.** El porcentaje definido por la entidad territorial para funcionamiento, el cual no puede exceder el 25%.
- **Ingresos corrientes de libre destinación.** Son ingresos de la entidad territorial sin destinación específica para el sector salud.
- **Recursos de balance.** Son ingresos de capital provenientes de la liquidación del ejercicio fiscal del año anterior para este componente.
- **Otros recursos.** Son recursos de impuestos o rentas territoriales sin destinación específica.

Fuentes para Inversión

- **Ingresos corrientes de libre destinación.** Corresponde a ingresos de la entidad territorial sin destinación específica.
- **Recursos de balance.** Son ingresos de capital provenientes de la liquidación del ejercicio fiscal del año anterior para este componente.
- **Excedentes de la cuenta maestra del régimen subsidiado.**
- **Excedentes del SGP de la cuenta maestra de prestación de servicios** a 31 de diciembre de 2015, en virtud de lo definido en el artículo 21 de la Ley 1797 de 2016.
- **Excedentes de rentas cedidas,** de conformidad con lo establecido en el artículo 4 de la Ley 1797 de 2016.
- **Recursos nación.** Transferidos por la Nación para financiar los gastos de inversión de las entidades territoriales.
- **Recursos Lotto en línea.** Los recursos acumulados en el Fondo Nacional de Pensiones de las Entidades Territoriales – FONPET provenientes del Lotto en Línea no requeridos para la financiación de obligaciones pensionales del sector salud.

2. Financiamiento de la Salud Pública

2.1. Financiamiento del aseguramiento en salud.

En el entendido de la integralidad del financiamiento de la salud pública se debe comprender que el financiamiento de los servicios de salud orientados hacia la gestión individual del riesgo hace parte de los recursos asignados para la salud pública. El PDSP 2022-2031 establecerá un plan de acción para estimar los recursos que son destinados a las acciones colectivas e individuales a cargo del aseguramiento.

El sistema de salud colombiano garantiza las atenciones y prestaciones de servicios de salud a través de un sistema de aseguramiento que reconoce dos estructuras de organización para el flujo de recursos: El Sistema contributivo que establece una organización basada en una administración del riesgo financiero delegada a las Empresas Aseguradoras del Plan de Beneficios y este a su vez

genera el flujo de recursos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Este sistema es financiado a través de la mancomunación de recursos realizada por tres partes, i) el empleado, ii) el empleador y iii) y recursos de la nación. Por otro lado, el sistema subsidiado que reconoce a las Entidades Territoriales como administradoras del riesgo financiero y asignación de recursos a las Empresas Sociales del Estado o en su efecto a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Este sistema es financiado de manera solidaria por los aportes realizados por la Nación a través de los recursos del sistema.

Con referente al acceso a servicios y tecnologías en salud para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de todas las prioridades de eventos de interés en salud pública se financian a través de tres mecanismos que son gestionados por el aseguramiento (MSPS, 2021):

- a) Mecanismo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Es una prima de riesgo definida por el Ministerio de Salud y Protección Social por región, grupos de edad y sexo. La UPC financia todas las tecnologías y servicios de salud tipo medicamentos, procedimientos, que incluyen los dispositivos médicos. Para el año 2021 el país disponía más de 45 billones de pesos para la financiación de estas tecnologías y con la actualización de los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, efectuada mediante la Resolución 2292 de 23 de diciembre de 2021, el porcentaje de medicamentos y procedimientos financiados con esta fuente es del 93,6% y 97%, respectivamente. Este mecanismo de pago financia actualmente las acciones descritas y propuestas en la resolución 3280 de 2018 que implementan las Rutas Integrales de Promoción y Mantenimiento y la Ruta Integral de Salud Materno Perinatal.
- b) Pago por demanda. Incluye la financiación de las tecnologías en salud que no pueden ser financiadas por los dos mecanismos descritos previamente. Este mecanismo financia tecnologías que incluyan medicamentos y no tengan alternativa terapéutica respecto a los medicamentos disponibles a nivel nacional. Así mismo, los medicamentos vitales no disponibles que no tengan definido los valores de referencia, los medicamentos adquiridos por compra centralizada o riesgo compartido, medicamento con el principio activo NUSINERSEN y medicamentos para enfermedades raras formulados por primera vez durante la vigencia del presupuesto máximo.

2.2. Gestión financiera de la salud pública de las entidades territoriales

A nivel territorial, la implementación del PDSP se concreta a través del Plan Territorial de Salud – PTS, instrumento estratégico e indicativo de política pública en salud del nivel departamental, distrital y municipal, que permite a las entidades territoriales contribuir con el logro de las metas estratégicas del Plan Decenal de Salud Pública.

Los recursos necesarios para la efectiva implementación del Plan Territorial de Salud son programados en el componente de inversión plurianual, el cual debe ser coherente y consistente con el Plan Financiero Territorial de Salud, que hace parte integral del Plan Plurianual de Inversiones del Plan de Desarrollo Territorial. Estos recursos deben ser ingresados y ejecutados desde las subcuentas del Fondo Local de Salud de acuerdo a la norma.

El Plan Financiero Territorial de Salud es el instrumento de planeación, que integra y consolida la información sobre los requerimientos de recursos y fuentes de financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, a nivel nacional, departamental, distrital y municipal. Constituye el instrumento de programación, seguimiento y control de los recursos territoriales destinados al sector salud, en articulación con el marco fiscal de mediano plazo de la respectiva entidad; así mismo, debe estar armonizado con el Plan Territorial de Salud y el Plan Decenal de Salud Pública.

El Plan Financiero Territorial de Salud deberá definir, integrar y consolidar las fuentes y usos de los recursos nacionales, departamentales, distritales y municipales, destinados a financiar las acciones en salud a cargo de las entidades territoriales de orden departamental, distrital y municipal, de acuerdo con la normatividad vigente e involucrar la totalidad de los recursos sectoriales del Fondo Local de Salud.

2.3. Intersectorialidad

La implementación del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031 requiere del esfuerzo mancomunado de actores del sector y de actores de otros sectores que tienen incidencia sobre los

determinantes sociales de la salud, dichos esfuerzos deben ser permanentes en el tiempo con el fin de garantizar el desarrollo sostenido de acciones requeridas para dar cumplimiento a las metas de salud pública establecidas para el país.

En este sentido, el Plan Decenal propone el fortalecimiento de la Comisión Intersectorial de Salud Pública-CISP, como instancia de coordinación que oriente el proceso de formulación, seguimiento y evaluación de políticas intersectoriales alrededor de la gestión de los Determinantes Sociales de la Salud en el marco de la implementación del Plan.

A través del fortalecimiento de esta instancia, se propenderá por la generación de mecanismos institucionales y administrativos, que permitan el financiamiento y por lo tanto la sostenibilidad de las acciones sobre los determinantes en salud en el largo plazo, en el marco de las prioridades de los determinantes sociales identificados en el análisis de situación de salud del presente plan, y de acuerdo con las competencias de cada sector.

A su vez, la apuesta de fortalecimiento de la CISP implica en el nivel territorial, impulsar la coordinación, inclusión y financiamiento de estrategias de gestión intersectorial de los determinantes sociales en los planes de desarrollo territorial a cargo de las entidades territoriales.

2.4. Activos para la salud pública y capital social

Alcanzar el mayor estado de salud posible requiere del compromiso de todos los actores involucrados en la gestión de la salud pública reconociendo que la acción coordinada de actores y sectores públicos y privados, así como de la ciudadanía, es clave para potenciar y optimizar recursos en salud en el marco de la implementación del Plan Decenal.

Así, en relación con el financiamiento de la salud pública, es importante considerar no solo los recursos financieros mencionados anteriormente -que hacen posible la materialización de planes y proyectos-, sino aquellos recursos que las instituciones y sociedad poseen y que configuran los activos para la salud y el capital social. Los activos para la salud pública son definidos como la "Expresión del patrimonio de las comunidades justas, equitativas y democráticas, como resultado de sus esfuerzos organizados" (Cofiño et al., 2016), y como factores y recursos que potencian las capacidades de los sujetos, familias y comunidades para mantener, promover y mejorar su salud y bienestar (Cofiño, n.d.)

Por su parte, el capital social comprende tanto las normas, como la confianza y las relaciones en red que se instituyen al interior de los grupos humanos y permiten la cooperación para el logro de objetivos comunes (CEPAL, 2000). Los recursos que componen este capital se expresan en diversos planos, un plano material que comprende la relación con el ambiente físico y la tecnología; el organizacional que incluye los aspectos organizativos y normativos a nivel institucional, comunitario y social; y un plano simbólico que recoge los valores, los acumulados de experiencia y saber de los actores sociales y las creencias.

Estos recursos se traducen en bienes tangibles (obras de infraestructura, tecnologías, entre otros) e intangibles que se expresan en las relaciones de confianza entre instituciones, organizaciones y en los acumulados de experiencia e intereses compartidos, que hacen posibles alianzas para potenciar la acción conjunta para alcanzar logros deseados.

En este sentido el PDSP 2022-2031, en su apuesta por lograr la acción decidida para avanzar hacia la equidad en salud a través de la modificación positiva de los determinantes sociales de la salud, reconoce la relevancia de los activos para la salud y el capital social como recursos que contribuyen con la sostenibilidad de la política.

Referencias

Abbafati, 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.

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.

Akubadoura. (2021). Alcances y evolución jurídica del derecho a la consulta previa en Colombia. <https://akubadoura.org/wp-content/uploads/2021/08/INFORME-Alcances-y-evolucion-juridica-del-derecho-a-la-consulta-previa-en-Colombia-1-1.pdf>

Albarracín, J., & Palmer, M. (2007). Modelos de previsión para artículos con demanda intermitente. *International Conference on Industrial Engineering & Industrial Management*, (1), 1407–1415.

Anderson, D. R., Sweeney, D. J., & Williams, T. A. (2008). Estadística para administración y economía. Arcaya MC, A. A. (2015). Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Glob Health Action*, 8, 27-106.

Arocha, J. (2015). Movimiento social afrocolombiano, raizal y palenquero: el largo camino hacia la construcción de espacios comunes y alianzas estratégicas para la incidencia política. <https://jaimearocha.files.wordpress.com/2015/02/movimiento-social-afrocolombiano-negro-raizal-y-palenquero.pdf>

Aromataris, E., Fernández, R., Godfrey, C., Holly, C., Khalil, H., Tungpunkom, P. (2017). Chapter 10: Umbrella Reviews. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual.

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>

http://mgetit.lib.umich.edu/sfx_locator?sid=EMBASE&issn=18732054&id=doi:10.1016%2Fj.healthplace.2015.09.004&title=Healthy+urban+environments+for+children+and+young+people%3A+A+systematic+review+of+intervention+studies&title=Health+Place&title=Health+and+Place&volume=36&issue=&spage=97&epage=117&aulast=Audrey&aufirst=Suzanne&auinit=S.&aufull=Audrey+S.&coden=HE-PLF&isbn=&pages=97-117&date=2015&auinit1=S&auinitm=

Barbary U & Urrea, F. (2003). Gente negra en Colombia: dinámicas sociopolíticas en Cali y el Pacífico https://www.humanas.unal.edu.co/colantropos/files/3714/8564/0886/Gente_Negra.pdf

Batterham, D. (2017). Defining "At-risk of Homelessness": Re-connecting Causes, Mechanisms and Risk, *Housing, Theory and Society*, DOI: 10.1080/14036096.2017.1408678

Batterham, D. (2020). Clarifying the Relationship between Homelessness and Private Rental Markets in Australia: Capabilities, Risk, Mobility, and Geography. Melbourne: Swinburne University of Technology

Benach, J. (2005). La epidemia global de desigualdad en salud tiene su origen en la crisis socio-ecológica del capitalismo. (O. Carpiñero, Entrevistador)

Berger, P., & Luckmann, T. (1968). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Gedisa.

Bernal-Camargo, D.R. y Padilla-Muñoz, A.C. (2018). Los sujetos de especial protección: construcción de una categoría jurídica a partir de la constitución política colombiana de 1991. *Revista Jurídica*, 15 (1), 46-64. DOI: 10.17151/jurid.2018.15.1.4

Bodnar C. Yolanda. 2008. Los grupos étnicos en los procesos de urbanización. En Bodnar C. Yolanda y Ruiz S. Magda Teresa. *Los grupos étnicos en Colombia: Demografías postergadas*. Págs.: 139-164. Cuadernos del CIDS. Bogotá. Universidad Externado de Colombia.

.... 2008. El pueblo Rom (Gitano) en Colombia. Historia migratoria, presencia actual y caracterización cultural. En Bodnar C. Yolanda y Ruiz S. Magda Teresa. *Los grupos étnicos en Colombia: Demografías postergadas*. Págs.: 115-137. Cuadernos del CIDS. Bogotá. Universidad Externado de Colombia.

Bourdieu, P., & Passeron, J. C. (1998). *La reproducción*. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza. México D. F.: Fontamara.

Braveman P, E. S. (2011). The social determinants of health: coming of age. *Annu Rev Public Health*, 32:381–398.

Braveman P, K. N. (2000). Health inequalities and social inequalities in health. *Bull World Health Organ*, 78:232–235.

Braveman P, T. E. (2002). Social inequalities in health within countries: not only an issue for affluent nations. *Soc Sci Med*, 54:1621–35.

Braveman, P. (2010). Social conditions, health equity, and human rights. *Health and Human Rights Journal*, 31-48.

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/10.1177/003335491412915206>

<p>Braveman, P., & Gottlieb, L. (2014). The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes. <i>Public Health Reports</i>, 129(SUPPL. 2), 19–31. https://doi.org/10.1177/00333549141291206</p> <p>Braveman, P., Egerter, S., & Williams, D. R. (2011). The social determinants of health: Coming of age. <i>Annual Review of Public Health</i>, 32, 381–398. https://doi.org/10.1146/annurev-pubhealth-031210-101218</p> <p>Braveman, P., Egerter, S., & Williams, D. R. (2011). The social determinants of health: Coming of age. <i>Annual Review of Public Health</i>, 32, 381–398. https://doi.org/10.1146/annurev-pubhealth-031210-101218</p> <p>Braveman, (2003). Monitoring equity in health and healthcare: a conceptual framework. <i>J Health Popul Nutr.</i>, 21(3):181–192.</p> <p>Bravo, M., & Builes, R. (2011). FOR-TSM: Desarrollo de una herramienta de pronósticos con modelos de series de tiempo (Universidad EAFIT).</p> <p>Caballero, G., Moreno, G., Sosa, M., Figueroa, E., Vega, M., & Culumbié, L. (2012). Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos. <i>INFODIR</i>, 1-10.</p> <p>CCC – Corte Constitucional de Colombia (1999). Sentencia SU 337/1999 ESTADOS INTERSEXUALES Y AMBIGÜEDAD GENITAL DEL INFANTE</p> <p>CCC – Corte Constitucional de Colombia (2003). Sentencia T-1021/03 CONSENTIMIENTO SUSTITUTO DE MENOR HERMAFRODITA-Práctica de cirugía</p> <p>CCC- Corte Constitucional de Colombia Sentencia T-912/08 HERMAFRODITISMO-Línea jurisprudencial sobre los requisitos del consentimiento sustituto informado de los padres para las cirugías de asignación de sexo y remodelación genital.</p> <p>Calderón Concha, Percy (2009). Teoría de conflictos de Johan Galtung. <i>Revista de Paz y Conflictos</i>, (2),60-81. [fecha de Consulta 19 de Enero de 2022]. ISSN: Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=205016389005</p> <p>Campos, G. W. (2002). Sete considerações sobre saúde e cultura. <i>Saúde e Sociedade</i>, 11 (1), 105-115.</p> <p>Campos, G. W. (2005). Paideia y gestión: un ensayo sobre el soporte Paideia en el trabajo en salud. <i>Salud Colectiva</i>, 1 (1), 59-67.</p> <p>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.), <i>Método Paideia: análisis y co-gestión de colectivos</i> (pp. 167–203). Lugar Editores.</p> <p>Campos, G. W. (2021). Gestión en salud. En defensa de la vida. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanus.</p> <p>Castel, R. (1997). La metamorfosis de la cuestión social. Estado y sociedad. Paidós.</p> <p>Castellanos, P. L. (1998). Los Modelos Explicativos del Proceso Salud-Enfermedad: Los Determinantes Sociales. <i>Salud Pública: Desigualdades y Ausencia de Equidad</i>. In Mc Graw Hill (Ed.), <i>Salud Pública</i> (p. 35). Madrid. Retrieved from https://www.academia.edu/25324592/LOS_MODELOS_EXPLICATIVOS_DEL_PROCESO_SALUD_ENFERMEDAD_LOS_DETERMINANTES_SOCIALES</p> <p>Catherine Arsenault, A. G. (2022). COVID-19 and resilience of healthcare systems in ten countries. <i>Nature Medicine</i>.</p> <p>Centro de Investigaciones Etnobiológicas CHINANGO (2021) Propuesta de protección integral y desarrollo de los conocimientos tradicionales y saberes ancestrales (CTSA)</p> <p>Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL (2011). Las personas con discapacidad en América Latina: del reconocimiento jurídico a la desigualdad real. Santiago de Chile. Disponible en: http://www.larediberoamericana.com/wp-content/uploads/2012/07/CEPAL-Las-pcd-en-Aml.-Del-reconocimiento-juridico-a-la-desigualdad-real.pdf</p> <p>Centro Nacional de Memoria Histórica. (2014). Aportes teóricos y metodológicos para la valoración de los daños causados por la violencia. Bogotá.</p> <p>CEPAL. (2000). ¿Qué es el capital social comunitario? Serie políticas sociales. N. 38. Santiago de Chile. Disponible en: https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/5969/S0007574_es.pdf</p> <p>CEPAL. (2018). Mujeres afrodescendientes en América Latina y el Caribe: deudas de igualdad. https://www.cepal.org/es/publicaciones/43746-mujeres-afrodescendientes-america-latina-caribe-deudas-igualdad</p> <p>CEPAL. (2020a). América Latina ante la crisis del COVID-19 Vulnerabilidad socioeconómica y respuesta social (CEPAL ed.).</p> <p>CEPAL. (2020b). El impacto del COVID-19 en los pueblos indígenas de América Latina-Abya Yala (CEPAL ed.).</p> <p>CEPAL. (2021). Las personas afrodescendientes y el COVID-19: develando desigualdades estructurales en América Latina (p. 29).</p> <p>CEPAL. (2021). Las personas afrodescendientes y el COVID-19: develando desigualdades estructurales en América Latina. México, DF.</p> <p>CEPAL/UNFPA. (2020). Afrodescendientes y la matriz de la desigualdad social en América Latina: retos para la inclusión. Primera ed. Santiago de Chile; 2020.</p> <p>CEPAL. (2012). Atlas sociodemográfico de los pueblos indígenas y afrodescendientes en Colombia (CEPAL ed.); Primera. CEPAL. https://www.cepal.org/es/publicaciones/1264-atlas-sociodemografico-pueblos-indigenas-afrodescendientes-colombia</p> <p>CEPAL (2016). Autonomía de las mujeres e igualdad en la agenda de desarrollo sostenible. Santiago. Disponible en https://www.cepal.org/es/publicaciones/40633-autonomia-mujeres-igualdad-la-agenda-desarrollo-sostenible</p>	<p>CEPAL (2018). Mujeres afrodescendientes en América Latina y el Caribe: deudas de igualdad. Disponible en https://www.cepal.org/es/publicaciones/43746-mujeres-afrodescendientes-america-latina-caribe-deudas-igualdad</p> <p>CEPAL (2018). La ineficiencia de la desigualdad (LC/SES.37/3-P). Santiago. Disponible en https://www.cepal.org/es/publicaciones/43442-la-ineficiencia-la-desigualdad</p> <p>CEPAL (2020). América Latina ante la crisis del COVID-19: vulnerabilidad socioeconómica y respuesta social. Series de La CEPAL. https://www.cepal.org/es/publicaciones/46484-america-latina-la-crisis-covid-19-vulnerabilidad-socioeconomica-respuesta-social</p> <p>CEPAL (2020). Afrodescendientes y la matriz de la desigualdad social en América Latina: retos para la inclusión (Primera edición). Disponible en https://www.cepal.org/es/publicaciones/46191-afrodescendientes-la-matriz-la-desigualdad-social-america-latina-retos-la</p> <p>CEPAL (2021). Las personas afrodescendientes y el COVID-19: develando desigualdades estructurales en América Latina (p. 29). Disponible en https://repositorio.cepal.org/handle/11362/46620</p> <p>Cofiño, R. (n.d.). Activos de salud. 87. https://www.msccsb.gov.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Activos_salud.pdf</p> <p>Cofiño, R., Aviró, D., Benedé, C. B., Botello, B., Cubillo, J., Morgan, A., Paredes-Carbonell, J. J., & Hernán, M. (2016). Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? <i>Gaceta Sanitaria</i>, 30, 93–98. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.06.004</p> <p>Cofiño, Rafael; et al. (2016) Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? <i>Gaceta Sanitaria</i> 2016. http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.06.004</p> <p>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</p> <p>Comisión de la Verdad. (2022a). Impacto Psicosocial. Glosario. https://comisiondelaverdad.co/transparencia/informacion-de-interes/glosario?ordering=term&direction=asc&theme=table&show_grid_image=1</p> <p>Comisión de la Verdad. Comisión de la Verdad. (2022b). Enfoque de acción sin daño.</p> <p>Comisión Económica para América Latina y el Caribe – CEPAL. (2000). Etnicidad, "Raza" y Equidad en América Latina y el Caribe. División de Desarrollo Social.</p> <p>Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2020). Regional de Banda Ancha (ORBA); Banco de Datos de Encuestas de Hogares (BADEHOG), y Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE). OECD.Stat [base de datos en línea] http://stats.oecd.org/</p> <p>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.</p> <p>Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2022). Panorama Social de América Latina, 2021 (LC/PUB 2021/17-P), Santiago, 2022.</p> <p>Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2020). Afrodescendientes y la matriz de la desigualdad social en América Latina: retos para la inclusión. Santiago de Chile.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Comité de Comunidades Negras. (2009). El Derecho de las Comunidades Afrocolombianas a la Consulta Previa, Libre e Informada. https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2011/7653.pdf?view=1</p> <p>Comité de Expertos de la Comisión Europea (2011). SOGI Sexual Orientation and Gender Identity Disponible en: http://www.coe.int/t/dg4/lgbt/Source/trans_and_intersex_people_EC_EN.pdf</p> <p>Congreso de Colombia. (1993). Ley 70 de 1993. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=7388</p> <p>Congreso de Colombia. (2009). Ley 1346 de 2009. Por medio de la cual se aprueba la "Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad", adoptada por la Asamblea General de la Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006. Bogotá.</p> <p>Congreso de Colombia. (2011). Ley 1448 de 2011 por la cual se dictan medidas de atención asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones.</p> <p>Congreso de Colombia. (2021). Ley 1641 de 2013 Por la cual se establecen los lineamientos para la formulación de la política pública social para habitantes de la calle y se dictan otras disposiciones. Bogotá.</p> <p>Congreso de Colombia. (2021). Ley 2078 de 2021 por medio de la cual se modifica la ley 1448 de 2011 y los decretos ley étnicos 4633 de 2011, 4634 de 2011 y 4635 de 2011, prorrogando por 10 años su vigencia.</p> <p>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/Ley1751de2015.pdf</p>
<p>CONPES D.C. 14. "Política pública de mujeres y equidad de Género 2020-2030"</p> <p>CONPES. (2013). Política pública nacional de discapacidad e inclusión social (p. 61). Departamento Nacional de Planeación. http://discapacidadcolombia.com/phocadownloadpago/GOBIERNO/CONPES No. 166 de 2013 DISCAPACIDAD E INCLUSION SOCIAL.pdf</p> <p>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.</p> <p>Consejo Distrital de Política Económica y Social del Distrito Capital. (2020). https://www.sdp.gov.co/gestion-socioeconomica/conpes-dc/generalidades</p> <p>Constitución Política de Colombia. (1991) Bogotá D.C., 27 Edición. 2012. Legis S.A.</p> <p>Correa, M et al. (2012). Habitantes de la calle y tuberculosis: una realidad social en Medellín. <i>Eleuthera</i>, 6, 101-126.</p> <p>Corte Constitucional. (2008) Sentencia T-282 de 2008. https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/T-282-08.htm</p> <p>Corte Constitucional. (2009) Auto 006 de 2009. https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/autos/2009/006-09.htm</p> <p>Corte Constitucional. (2010) Sentencia C-293 de 2010. https://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2010/C-293-10.htm</p> <p>Corte Constitucional. (2012) Sentencia T-002 de 2012. https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2012/T-002-12.htm</p> <p>Corte Constitucional. (2012) Sentencia T-341 de 2012. https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2012/T-341-12.htm</p> <p>Corte Constitucional. (2013) Sentencia C-438 de 2013. https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2013/C-438-13.htm</p> <p>Corte Interamericana de Derechos Humanos – CIDH. (2015). Caso Gonzales lluy y otros vs. Ecuador. Sentencia de 1 de septiembre de 2015</p> <p>Corvalán, C. F., Kjellström, T., & Smith, K. R. (1999). Health, environment and sustainable development: Identifying links and indicators to promote action. <i>Epidemiology</i>, 10(5), 656–660. https://doi.org/10.1097/00001648-199909000-00036</p> <p>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)</p> <p>Cuenta de Alto Costo (CAC). (2020). Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión y la diabetes mellitus en Colombia. Bogotá.</p> <p>Cuenta de Alto Costo (CAC). (2020). Situación de salud del VIH en Colombia. Bogotá.</p> <p>DANE. (2006). Censo General de 2005. https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-general-2005-1. Bogotá D.C.</p> <p>DANE. (2019). Población gitana o Rrom de Colombia. Obtenido de Resultados del censo nacional de población y vivienda 2018: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/grupos-etnicos/comunicado-grupos-etnicos-poblacion</p> <p>DANE. (2019). Población negra, afrocolombiana, raizal y palenquera. Resultados del Censo Nacional de Población y Vivienda 2018. Bogotá D.C.</p> <p>DANE. (2019). Población indígena de Colombia. Resultados del censo nacional de vivienda 2018. Bogotá D.C.</p> <p>DANE. (2020). Guía para la inclusión del enfoque diferencial e interseccional. Sistema Estadístico Nacional.</p> <p>DANE. (2020a). Caracterización de la población campesina en Colombia: Encuesta de Cultura Política 2019.</p> <p>DANE. (2021) Cuenta satélite de salud CSS. Información 2019-2020. Disponible en: https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/cuentas-nacionales/cuentas-satelite/salud-y-seguridad-social/cuenta-satelite-de-salud-css</p> <p>Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE). (2018). Proyecciones de población calculadas con base en los resultados del Censo Nacional de Población y Vivienda 2018. Obtenido de https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion</p> <p>Departamento Administrativo Nacional de Estadística –DANE-. 2007. Colombia una nación multicultural: su diversidad étnica. DANE. Dirección de Censos y Demografía. Bogotá D.C. Consultado en: http://www.dane.gov.co/files/censo2005/etnia/sys/colombia_nacion.pdf</p> <p>Departamento Administrativo Nacional de Estadística –DANE-. (S.f.). La visibilización estadística de los grupos étnicos colombianos. DANE. Bogotá D.C. Consultado en: http://www.dane.gov.co/files/censo2005/etnia/sys/visibilidad_estadistica_etnicos.pdf</p> <p>Departamento Nacional de Planeación. 2010. Documento CONPES 3660: Política para promover la igualdad de oportunidades para la población negra, afrocolombiana, palenquera y raizal. Bogotá D.C. DNP.</p> <p>Departamento Administrativo de la Función Pública. (2020). Gestión del Conocimiento.</p> <p>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/bGsp21JUBdeu/view_file/40788625</p>	<p>Departamento Administrativo de la Función Pública. (2022). Curso de inducción a los gerentes públicos de la administración colombiana. Módulo 1. Organización y funciones del Estado colombiano. Disponible en: Curso de inducción a los gerentes públicos de la administración colombiana (funcionpublica.gov.co)</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (s.f.). Censo Nacional de Población y Vivienda 2018. Obtenido de Geovisor CNPV 2018.: http://geoportal.dane.gov.co/geovisores/sociedad/cnpv-2018/</p> <p>Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE. (2018). Análisis de información sobre riesgos. Bogotá: Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE.</p> <p>Departamento Nacional de Planeación (2020). Guía para la formulación y seguimiento de la planeación institucional.</p> <p>---. (2011). Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014: Prosperidad para todos. Bogotá D.C. Departamento Nacional de Planeación –DNP-.</p> <p>---. (2015). Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018: Todos por un nuevo país. Bogotá D.C. Departamento Nacional de Planeación –DNP-.</p> <p>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</p> <p>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. <i>Revista Facultad Nacional de Salud Pública</i>, 28(3), 221–230.</p> <p>Diez Roux, A. V., & Mair, C. (2010). Neighborhoods and health. <i>Annals of the New York Academy of Sciences</i>, 1186, 125–145. https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.05333.x</p> <p>Diez, E., Camprubi, 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</p> <p>DNP (2021). Documento CONPES. Política Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas. Junio de 2021.</p> <p>DNP. (s.f.). Pueblo Rrom –Gitano– de Colombia: haciendo camino al andar. Obtenido de https://www.google.com/url?sa=t&ct=eq=&src=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjT4WnKpL2AhVYrjABHer4ABIQFnoECAMQAQ&url=https%3A%2F%2Fcolaboracion.dnp.gov.co%2FCDT%2FDesarrollo%2520Territorial%2F%2FPueblo%2520Rrom%2520Gitano.pdf&usq=AovVaw3a20ndEdAAax8MYnN-5RM</p> <p>Einarsen S, Nielsen MB. Workplace bullying as an antecedent of mental health problems: a five-year prospective and representative study. <i>Int Arch Occup Environ Health</i>. 2015;88(2):131–42.</p> <p>Ereú de Mantilla, Evelyn (2018). Del antropocentrismo al biocentrismo: un recorrido hacia la educación para el desarrollo sostenible. <i>Revista de Ciencia y Tecnología. AGROLLANIA</i>, 16 (2): 20-26. 2018. Edición Especial ISSN: 2665-0053</p> <p>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.</p> <p>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/whatsup/en/</p> <p>Finkelman, J., Galvão, L., & Henao, S. (2010). Gobernanza de la salud ambiental en América Latina. In OPS (Ed.), <i>Determinantes ambientales y sociales de la salud</i>.</p> <p>Fitzpatrick, S. (2017). Can homelessness happen to anyone? Don't believe the hype. https://blogs.lse.ac.uk/politicsandpolicy/can-homelessness-happen-to-anyone.</p> <p>Fondo de Población de las Naciones Unidas, Universidad Externado de Colombia. (2009). Guía para análisis demográfico local. Herramientas para incluir el enfoque poblacional en los procesos de planeación del desarrollo integral. Colombia: Fondo de Población de las Naciones Unidas, Universidad Externado de Colombia.</p> <p>Friedemann, N. (1974). La cultura negra del litoral ecuatoriano y el colombiano: un modelo de adaptación étnica https://revistas.icanh.gov.co/index.php/rca/article/view/1563/1135</p> <p>Frutos, J. y. (2006). <i>Salud Pública y Epidemiología</i>. Madrid: Díaz de Santos.</p> <p>García-Balaguera, C. (2018). La salud como derecho en el postconflicto colombiano. <i>Rev. Salud Pública</i>. 20 (6): 771-777.</p> <p>Gervás, J., Pané, O., & Sicras, A. (2006). Capacidad de respuesta de la atención primaria y redes de servicios. <i>El caso del Consorcio Hospitalario de Catalunya</i>. <i>Atención Primaria</i>, 38(9), 506-510.</p> <p>Gilligan, C. (2013). <i>La ética del cuidado</i>. Barcelona: Fundación Víctor Grifols i Lucas.</p> <p>Girard, J., & Girard, J. (2015). Defining knowledge management: Toward an applied compendium. <i>Online Journal of Applied Knowledge Management</i>, 3(1), 1–20.</p> <p>Glassman, A. L. (2009). From few to many: ten years of health insurance expansion in Colombia. <i>BID</i>.</p>

Vásquez L. Miguel (Compilador). 1994. Las caras lindas de mi gente negra: Legislación histórica para las comunidades negras de Colombia. Santafé de Bogotá. Editores: Plan Nacional de Rehabilitación – PNR-, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo –PNUD-, Instituto Colombiano de Antropología –ICAN-

Vivero Arriagada, L. A. (2013). La educación popular como paradigma y metodología de acción en salud familiar. *Ciencia y enfermería*, 19(3), 111–116.

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

World Bank Group. (2021). Hacia la construcción de una sociedad equitativa en Colombia. Disponible en: <https://www.worldbank.org/es/colombia>

World Health Organization. (2018). Drinking-water. Geneva: WHO. <https://sosresponds.org/water/>

World Health Organization. (18 de 07 de 2021). What are social determinants of health? Obtenido de http://www.who.int/socialdeterminants/sdh_definition/en.

World Health Organization. (2013.). Handbook on Health Inequality Monitoring With a Special Focus on Low- and Middle-Income Countries. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

(C. F.).

RESOLUCIÓN NÚMERO 0001036 DE 2022

(junio 15)

por la cual se reglamenta el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud.

El Ministro de Salud y Protección Social, en uso de sus facultades legales, en especial las conferidas en los numerales 3 y 7 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, el artículo 15 de la Ley 1966 del 2019 y el artículo 2.5.3.1.6 del Decreto 780 del 2016, y

CONSIDERANDO:

Que corresponde al Estado, conforme al artículo 5° de la Ley 1751 de 2015, entre otras obligaciones, formular y adoptar políticas de salud dirigidas a (i) garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema, (ii) realizar el seguimiento continuo de la evolución de las condiciones de salud de la población a lo largo del curso de vida de las personas; y (iii) realizar evaluaciones sobre los resultados de goce efectivo del derecho fundamental a la salud, en función de sus principios y sobre la forma como el sistema avanza de manera razonable y progresiva en la garantía al derecho fundamental de salud.

Que el artículo 15 de la Ley 1966 de 2019, determinó que la generación del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) por parte de los prestadores de servicios de salud, se debe realizar al momento de prestar el servicio, de la entrega de tecnología en salud o del egreso del paciente, así mismo, están obligados a generar la factura electrónica en salud para el cobro de los servicios y tecnologías en salud la cual deberán presentar, al mismo tiempo, ante la DIAN y ante la entidad responsable de pago, con sus soportes en el plazo establecido en la ley.

Que en ejercicio de la facultad otorgada en el precitado artículo 15 de la Ley 1966 de 2019, este Ministerio expidió la Resolución 510 de 2022 que, entre otros, adopta los campos de datos adicionales para la generación de la factura electrónica de venta en el sector salud, reiterando, en el artículo 2, que los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud son facturadores electrónicos del sector salud.

Que, de otra parte, el Gobierno nacional reglamentó algunos aspectos generales de los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago y los prestadores de servicios de salud o proveedores de tecnologías en salud, celebrados para la prestación o provisión de servicios y tecnologías en salud, a través del Decreto 441 de 2022 que sustituye el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, constituyéndose la factura electrónica de venta en salud y los RIPS, en el mecanismo que permite el reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías de salud realizados.

Que, en ese contexto, el párrafo 2 del artículo 44 de la Ley 1122 de 2007 establece la obligatoriedad de la rendición de información y la elaboración del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) para todas las entidades y organizaciones del sector que tengan parte en su elaboración y consolidación.

Que dadas las modificaciones introducidas en las disposiciones que regulan la factura de salud y las nuevas reglas que rigen las relaciones entre entidades responsables de pago y los prestadores de servicios de salud, se hace necesario actualizar la reglamentación sobre los datos básicos de los servicios de salud prestados que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables de pago, recogida en la Resolución 3374 de 2000, modificada por las Resoluciones 951 de 2002 y 1531 de 2014.

Que, en ese escenario, se requiere, estandarizar, racionalizar y regular los procedimientos para la generación de datos e información sobre los servicios de salud prestados, extender el campo de aplicación a todos los actores que tengan parte en este proceso, determinando la oportunidad, seguridad y condiciones que permitan mayor confiabilidad en la entrega de la información.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1°. *Objeto*. La presente resolución tiene por objeto reglamentar el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), incluyendo el flujo de la información y los datos que se deben reportar en este, y las reglas de validación que deben aplicarse como soporte para el trámite y envío de la factura electrónica de venta en salud.

Artículo 2°. *Ámbito de aplicación*. Las disposiciones contenidas en la presente resolución aplican a las siguientes entidades:

1. Los prestadores de servicios de salud.
2. Los proveedores de tecnologías en salud.
3. Las entidades promotoras de salud y las entidades adaptadas.
4. Las entidades administradoras de los regímenes Especial y de Excepción, así como el Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad.
5. Las secretarías de salud del orden departamental, distrital o municipal.
6. Las compañías de seguros autorizadas para ofrecer pólizas del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito.
7. Las administradoras de planes voluntarios de salud.
8. Las administradoras de riesgos laborales.
9. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Adres).
10. Los organismos que realicen pilotos o estudios de investigación asociados a la prestación o provisión de servicios y tecnologías de salud.
11. Las demás entidades que en el marco de sus funciones constitucionales o legales deban entregar los datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) al Sistema de Salud colombiano.

Estas entidades deberán incorporar y usar en sus procesos de información, los contenidos y estructura definidos en los RIPS.

Artículo 3°. *Definiciones*. Para efectos de la presente resolución, se definen los siguientes términos:

1. Prestación individual de servicios y tecnologías de salud: es el conjunto de actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos médicos, y procedimientos usados para la atención en salud, así como los sistemas organizativos y de soporte para el efecto.
2. Validación única: proceso de revisión de los datos contenidos en el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud y su consistencia con las variables comunes de la factura electrónica de venta en salud, realizado por el facturador electrónico en salud con el propósito de obtener el certificado de aprobación del contenido, la estructura y las relaciones entre los datos de los RIPS como soporte de la factura. Este proceso se realiza de manera previa al envío de la factura electrónica de venta en salud, los RIPS y demás soportes a la entidad responsable de pago o demás pagadores.

Artículo 4°. *Del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS)*. El Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud es el conjunto de datos que contiene la información relacionada con la prestación o provisión de servicios y tecnologías de salud al (los) usuario(s). El RIPS se utilizará para los procesos de prestación o provisión de servicios y tecnologías de salud y su facturación, así como para los procesos de dirección, regulación y control.

El RIPS será generado, validado y enviado como soporte de la factura de venta por parte de los facturadores electrónicos del sector salud, esto es, prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías en salud y otras entidades que en el marco de sus funciones legales deban entregarlos.

La estructura de los datos que conforman el RIPS se define en el anexo técnico que hace parte integral de la presente resolución.