



La salud  
es de todos

Minsalud

# PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA PDSP 2022 - 2031

---

■ Ministerio de Salud y Protección Social  
14 de Mayo de 2022



## Ministerio de Salud y Protección Social

**FERNANDO RUÍZ.**

Ministro de Salud y Protección Social

**GERMAN ESCOBAR M.**

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios de Salud

**MARÍA ANDREA GODOY C.**

Viceministra de Protección Social

**ANDREA HURTADO**

Secretaria General

**CLAUDIA MILENA CUELLAR SEGURA.**

Directora de Epidemiología y Demografía

**CARLOS EDUARDO PINZÓN FLÓREZ**

Coordinador de Planeación de la Salud Pública

**GERSON BERMONT**

Director de Promoción y Prevención

**IVAN MESA**

Director de Aseguramiento

**JOHN DELGADO**

Director de Prestación de Servicios y Atención Primaria en Salud

**KATTYA MARGARITA BAQUERO**

Directora de Talento Humano en Salud

**LEONARDO ARREGOCES**

Director de Medicamentos y Tecnologías en Salud

**MARCELA BRUN**

Directora de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento

**OTONIEL CABRERA**

Director de Financiamiento Sectorial

**WEIMAR PASOS**

Jefe de la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales



**ALEJANDRO CEPEDA**

Jefe de la Oficina de Promoción Social

**CONSTANZA ENGATIVA**

Jefe de la Oficina de Tecnologías de la Información y Comunicaciones

**HUGO AREVALO**

Jefe de la Oficina de Comunicaciones

**Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031**

**Gerente del Proyecto**

Carlos E. Pinzón F.

**Equipo Técnico Plan Decenal de Salud Pública**

Alexandra Porras R.

Aley Bricelyn Montenegro

Ana María Peñuela

Andrea Avella

Andrea Yanira Rodríguez

Aura Yanira Roa

Cristina Manrique F.

Edgardo Hernando Ortega

Elisa Cadena

Fredy Camelo

Gerardo Duque G.

Gianna M. Henríquez H.

Ginna Paola Saavedra

Heidy García

Ivan Cárdenas

Jair Arciniegas

José I. Galindo B.

Katty Margarita Baquero

Lady Alexandra Castillo V.

Lia Marcela Guiza

Lilibeth Camargo

Lilibeth Camargo Fonseca

Luz Stella Ríos M.

Lyli Chindoy

Marcela Galeano

Marcela Herrera S.

María E. Mora G.

María T. Buitrago E.

Maritza Silva V.

Mauricio Montaña

Mauricio Vera

Maylen L. Rojas B.

Nubia Bautista

Paola A. Grisales C.

Paola A. Filigrana V.

Patricia E. Molano B.

Patricia Rozo L.

Salome Valencia

Sergio L. González

Yuliana A. Valbuena B.



### **Equipo Administrativo**

Karen Guzmán

Luis Jorge Osuna

Doris Martínez

Omaira Teresa Borda

Diego R. Torres

Jeann Díaz Mora

### **Equipo de Comunicaciones**

Giannina L. Torres P.

Gina Aurela Castellanos

### **Equipos Técnicos del Ministerio de Salud y Protección Social**

Equipo técnico de la Dirección de Epidemiología y Demografía

Equipo técnico de la Dirección de Promoción y Prevención

Equipo técnico de la Dirección de Talento Humano

Equipo técnico de la Dirección de Prestación de Servicios

Equipo técnico de la Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud

Equipo técnico de la Dirección de Aseguramiento

Equipo técnico de la Dirección de Financiamiento Sectorial

Equipo técnico de la Dirección de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento

Equipo técnico de la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales

Equipo técnico de la Oficina de Promoción Social

Equipo técnico de la Oficina de Tecnología de la Información y la comunicación





## Equipos de las Secretarías de Salud

Secretaría de Salud de Amazonas

Secretaría de Salud de Antioquia

Secretaría de Salud de Arauca

Secretaría de Salud de Atlántico

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá

Secretaría de Salud de Bolívar

Secretaría de Salud de Boyacá

Secretaría de Salud de Caldas

Secretaría de Salud de Caquetá

Secretaría de Salud de Casanare

Secretaría de Salud de Cauca

Secretaría de Salud de Cesar

Secretaría de Salud de Chocó

Secretaría de Salud de Córdoba

Secretaría de Salud de Cundinamarca

Secretaría de Salud de Guainía

Secretaría de Salud de Guaviare

Secretaría de Salud de Huila

Secretaría de Salud de La Guajira

Secretaría de Salud de Magdalena

Secretaría de Salud de Meta

Secretaría de Salud de Nariño

Secretaría de Salud de Norte de Santander

Secretaría de Salud de Putumayo

Secretaría de Salud de Quindío

Secretaría de Salud de Risaralda

Secretaría de Salud de San Andrés y Providencia

Secretaría de Salud de Santander

Secretaría de Salud de Sucre

Secretaría de Salud de Tolima

Secretaría de Salud de Valle del Cauca

Secretaría de Salud de Vaupés

Secretaría de Salud de Vichada



## Universidad de los Andes

Coordinador del equipo Consultor  
Oscar Bernal

Asesora equipo consultor  
Catalina González

Coordinadora de la Etapa de Diagnóstico  
Jovana Ocampo

Coordinadora de la Etapa de Definición Técnica  
Ana María Díaz

Coordinadora de la Etapa de Consulta  
Omaira Valencia

Coordinadora de Participación Social  
Claudia Gómez

Coordinador administrativo  
Sebastián León

Coordinador técnico  
Mauricio Cortés

Asistente de investigación  
Verónica Chaves

Borrador

# Introducción

---

El valor de la vida y la salud son elementos fundamentales de la dignidad humana. 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 & Ortiz-Ospina, 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)

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).

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 (PDSP), 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).

El PDSP 2012-2021 estableció como grandes objetivos: 1) Avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud; 2) Mejorar las condiciones de vida y salud de la población y 3) Lograr cero tolerancia frente a la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables. Para el logro de estos objetivos y teniendo en cuenta el desarrollo de un modelo para la gestión de los determinantes sociales de la salud y la reducción de las desigualdades, se planteó la implementación de ocho dimensiones prioritarias, que permitieron reconocer las prioridades en salud y su relación con los determinantes sociales y dos dimensiones transversales, que buscaban reconocer elementos de gestión diferenciales para las poblaciones en condición de vulnerabilidad, así como el fortalecimiento de la gestión de la autoridad sanitaria (Social, Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, 2013).

Con esa apuesta estratégica, el PDSP 2012-2021 logró resultados en la gestión de las necesidades de salud y de los determinantes sociales de la salud, y por lo tanto avanzó hacia las metas propuestas por la política. Sin embargo, también se visibilizaron retos y barreras que tienen las entidades territoriales del nivel subnacional para la implementación de las acciones sectoriales y en mayor medida las intersectoriales. Entre estas barreras y retos se cuentan: 1) Capacidad limitada para la construcción de estrategias y normas para el desarrollo y la incorporación de las acciones; 2) Problemas de continuidad en las acciones del talento humano; 3) Capacidad limitada para la gestión intersectorial de la salud pública; 4) Debilidades en la articulación del nivel nacional y subnacional que limita la armonización de intereses, la construcción conjunta de planes de acción e implementación de procesos; y 5) Recursos financieros insuficientes usados de manera ineficiente.

De igual manera, la pandemia de COVID-19 puso a prueba la gestión de la salud pública en los diferentes niveles territoriales y evidenció la necesidad de transformar la visión y la gestión de la salud pública acordes con un escenario post-pandemia, orientando la gestión del COVID-19 hacia una sindemia, así como la preparación y respuesta oportuna a amenazas sanitarias como el calentamiento global, el impacto social y económico de los desastres naturales y la profundización de la carga de enfermedad asociada con enfermedades crónicas no transmisibles .

En este contexto, nace el proceso de formulación del PDSP 2022-2031, buscando construir sobre los elementos estratégicos en torno a la salud que se han venido consolidando en las diferentes esferas del Estado y promoviendo reflexiones en salud pública a través de procesos amplios y representativos de participación social, necesarios para reconocer la necesidad urgente de transformación de las realidades injustas de los habitantes del territorio nacional, así como la necesidad de continuar avanzando en la gestión intersectorial de los determinantes sociales de la salud. Es así como el PDSP 2022-2031 establece dos grandes apuestas para la incidencia decidida y positiva sobre los determinantes sociales de la salud: 1) El fortalecimiento de la articulación intersectorial para la gestión de los determinantes

sociales de la salud y 2) el fortalecimiento de la gestión territorial integral de la salud pública a través un modelo de gestión territorial que oriente, articule y permita reconocer y armonizar los intereses de los diferentes actores sectoriales e intersectoriales para la implementación de las acciones y por lo tanto el logro de los objetivos.

Estas acciones estratégicas permitirán el logro de los cuatro fines de la política que buscan avanzar sobre las bases del PDSP 2012-2021 y que corresponden a: 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; 2) Avanzar hacia la mejora de las condiciones de vida, bienestar y calidad de vida de los habitantes del territorio colombiano mediante la reducción de desigualdades sociales en salud entre grupos socialmente constituidos; 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 y 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 el fomento de territorios y entornos saludables.

El PDSP 2022-2031, busca ser ejemplo de un desarrollo pluralista, éticamente compasivo, técnico-científico y participativo de política pública. Por ello, su formulación consideró los principios, virtudes y valores alrededor del mayor propósito ético de cualquier acción de la humanidad que es la dignidad humana, y que permitió reconocer las diferencias de los participantes en torno a este propósito trascendente. Así mismo, su formulación es un proceso enriquecido por los diferentes enfoques metodológicos que permiten la solidez de los elementos estratégicos, las acciones sectoriales e intersectoriales y los procesos operativos propuestos para su implementación. Por último, el desarrollo de procesos de participación social limitados por las circunstancias impuestas por la pandemia de COVID-19, permitió el desarrollo de procesos novedosos y creativos para reconocer las necesidades sentidas de las comunidades y poblaciones a lo largo y ancho del

país, así como la identificación de posibles acciones para la intervención de dichas necesidades.

El Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 busca consolidar la acción decidida hacia un país más justo y más empático frente a las circunstancias de vulnerabilidad de las personas que por diferentes situaciones carecen de salud y bienestar. El plan busca avanzar en el fortalecimiento de las direcciones territoriales para el desarrollo de planes, programas y estrategias que garanticen las dinámicas de toma de decisión, el gobierno, la gobernabilidad y gobernanza de la salud pública; la apropiación de la atención primaria en salud, la gestión intersectorial de los determinante sociales de la salud, la gestión integral del riesgo en salud pública, la gestión del conocimiento para la salud pública y la gestión y desarrollo del talento humano en salud. Igualmente, el Plan, busca ser legado de unión, de trabajo en equipo, y de superación de las desigualdades sociales en salud.

## Referencias

1.

- Roser, M., & Ortiz-Ospina, E. (2021). *"Global Extreme Poverty"*. London: Our World in Data.
- Organization., W. H. (2018). *"Drinking-water"*. Geneva: World Health Organization.
- Telecomunicaciones, U. I. (2021). *Unión Internacional de Telecomunicaciones (UIT)*. Obtenido de <https://www.itu.int/es/mediacentre/Pages/PR-2021-11-29-FactsFigures.aspx>
- Catherine Arsenault, A. G. (2022). COVID-19 and resilience of healthcare systems in ten countries. *Nature Medicine*.
- WHO. (2017). *"Measuring Overall Health System Performance for 191 Countries"*. Geneva: WHO.
- Social, M. d. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*. Bogotá : MSPS.
- Social, M. d. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*. Bogotá D.C: Imprenta Nacional.

# Capítulo 1. Antecedentes y Contexto de la Planeación del Plan Decenal de Salud Pública

---

El Plan Decenal de Salud Pública es una política de Estado cuyo propósito es la reducción de las inequidades en salud en busca de avanzar hacia la garantía del derecho fundamental a la salud. Así mismo, es un pacto social y un mandato ciudadano contemplado en su carácter participativo, pluralista y multicultural que exige la participación y acción coordinada entre actores y sectores públicos, privados, comunitarios y de la ciudadanía 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. El Plan Decenal de Salud Pública-PDSP es la hoja de ruta que define el norte, la estrategia y la manera con la cual el país, sus territorios y la ciudadanía enfrentará los retos de la salud pública en el próximo decenio, reconociendo la diversidad de contextos sociales, políticos, culturales y de salud, así como las dinámicas geopolíticas regionales y mundiales.

El Plan Decenal de Salud Pública se sustenta y desarrolla en el marco de las leyes Estatutarias de Salud – Ley 1751 de 2015 (Congreso de la República, 2015), de Participación Democrática (Congreso de la República, 2015) y lo dispuesto en las leyes 1122 de 2007 (Congreso de la República, 2007), 1438 de 2011 (Congreso de la República, 2011), 1562 de 2012 (Congreso de la República, 2012). Así mismo, permitió la organización de la planeación y gestión territorial en salud, establecidas en las resoluciones 1536 de 2015 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015), 518 de 2015 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015), 3280 de 2018 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018) y 2626 de 2019 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

De igual manera, el PDSP en su marco propone armonizar las políticas públicas en salud, las políticas internacionales, compromisos y convenios suscritos



por el país, por lo cual cuenta con un análisis de políticas, programas y planes que se relacionan con las orientaciones estructurales y funcionales del plan, reseñando los elementos de articulación más relevantes de algunas entre las cuales están: Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, IV Conferencia Mundial sobre la Mujer llevada a cabo en Beijing, Convenio Marco de Control del Tabaco, Protocolo de Kioto de la Convención Marco de Naciones Unidas sobre el Cambio Climático y el Reglamento Sanitario Internacional. Teniendo en cuenta la importancia y extensión de esta revisión se relacionan las principales normas en el Anexo 1: Inventario Normativo, clasificándolas por tratados o convenios, leyes, documentos expedidos por el Consejo de Política económica y social – CONPES y decretos.

De acuerdo con la Ley 1438 de 2011 (Congreso de la República, 2011), por mandato presidencial, le corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social la construcción del PDSP 2012-2021, proceso que se constituyó en un hito como ejercicio de movilización social, que implicó un liderazgo territorial de gobernadores y alcaldes, así como el desarrollo de estrategias sectoriales e intersectoriales para impactar los determinantes sociales de la salud. Adicional a lo mencionado la política se construyó en el marco la participación social y ciudadana y por lo tanto, representa las voces y los intereses de los ciudadanos en torno a la salud pública (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). A continuación, en el gráfico 1 se presenta el proceso técnico de formulación del PDSP 2012-2021.

Gráfico 1. Estructura del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021. Enfoques – Diseño estratégico – Líneas Operativas.



Fuente: Elaboración propia.

Desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud y el enfoque de la Salud en todas las políticas, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, define la articulación entre actores y sectores públicos, privados y comunitarios, que mediante un pacto social y mandato ciudadano se garantizaran las condiciones de bienestar integral y calidad de vida de la población (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). Este plan fue una apuesta política por la equidad en salud que planteó los siguientes objetivos estratégicos: i) Avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud; ii) Mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente; iii) Mantener cero tolerancias frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitable. Además de lo anterior, quedando como resultado del proceso técnico y ciudadano la estructuración del PDSP 2012-2021 bajo tres componentes esenciales:

**Enfoques y Modelo Conceptual.** Abordaje con múltiples enfoques – *de derechos*, que lleve al disfrute del más alto nivel posible de salud mediante el goce de todos los beneficios y condiciones necesarias; *diferencial*, buscando la garantía de la igualdad, la equidad y la no discriminación por medio de las acciones y programas gubernamentales; y *poblacional*, poniendo de manifiesto que las

poblaciones son dinámicas y no estáticas y la importancia de la intersectorialidad en el PDSP 2012-2021. Y el *modelo conceptual de los determinantes sociales en salud* abarcando el estado de salud de las poblaciones desde un punto de vista integral no solo determinado por las condiciones biológicas, ampliando la visión a factores sociales, económicos y políticos que tienen gran influencia sobre la salud y bienestar de esa población (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

**Diseño Estratégico.** Estratégicamente el plan se compuso de una visión, meta principal y objetivos estratégicos que se desplegaron en una serie de estrategias establecidas para el abordaje por medio de dimensiones<sup>1</sup>, ocho (8) prioritarias<sup>2</sup>, dos (2) transversales<sup>3</sup>, cada dimensión desarrollo un componente transectorial y sectoriales que incorporaron en acciones (estrategias comunes y específicas) (MSPS, 2013).

**Líneas Operativas.** Se definieron las acciones para el desarrollo del PDSP por medio de tres las líneas operativas: *Promoción de la Salud*, acciones sobre individuos, familias y la sociedad en su conjunto con intervenciones que logren modificar los DSS; *Gestión de la Salud Pública*, para disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo con acciones dirigidas a poblaciones específicas, identificables y caracterizables, para; y *Gestión del Riesgo en Salud*, acciones dirigidas a la autoridad sanitaria encaminadas a modificar el riesgo primario o la probabilidad de pérdida de la salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

---

<sup>1</sup> Se paso de prioridades en salud como fueron definidas en el Plan de Salud Pública 2007-2010, a dimensiones prioritarias como elementos ordenadores de abordaje y actuación en salud pública **Fuente especificada no válida.**

<sup>2</sup> Salud ambiental, Convivencia Social y Salud Mental, Seguridad Alimentaria y Nutricional, Sexualidad y Derechos Sexuales y reproductivos, Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles, Salud Pública en Emergencias y Desastres, Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles, Salud y Ámbito Laboral.

<sup>3</sup> Dimensión gestión diferencial de las poblaciones vulnerables - respecto a los desarrollos diferenciales en sujetos y colectivos específicos y Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la Gestión de la Salud - orientada al fortalecimiento de la autoridad sanitaria y de los servicios de salud.

Con estos componentes, el Ministerio de Salud y Protección Social mediante la Resolución 1841 de 2013 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013) adoptó el PDSP 2012-2021, estableciendo desde lo estratégico a nivel nacional un total de 212 metas - 79 (37.26%) de resultado y 133 (62.74%) de gestión-. Desde lo subnacional, con la Resolución 1536 de 2015 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015) estableció el proceso para la planeación integral para la salud, los elementos para el desarrollo de la planeación territorial en salud -estratégicos, operativos y financieros- y la Metodología PASE a la Equidad en Salud<sup>4</sup>, permitiendo la adopción de los contenidos del PDSP en la planeación en cada cuatrienio de las entidades territoriales y con la Resolución 518 de 2015 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015) bajo la línea operativas del PDSP se establecieron las acciones y actividades a incluir en los PTS.

Otro de los aspectos importantes para el desarrollo del PDSP 2012-2021 y la incidencia sobre los DSS, fue la gestión intersectorial<sup>5</sup>, fundamentada en la integración con otros sectores, con el propósito de poder ser usada productivamente para resolver los problemas, que permitiera compartir los recursos, saberes, experiencias de cada sector y posibilitar la búsqueda de soluciones integrales en las políticas públicas, buscando bienestar, desarrollo y calidad de vida de la población (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022). Para este objetivo fue

---

<sup>4</sup> Adaptación conceptual y metodológica del Modelo BIT PASE. Metodología vinculante con todas las políticas nacionales, que plantea una secuencia lógica, sistemática y ordenada de los procesos, momentos, pasos y actividades. Con elementos normativos, conceptuales, metodológicos, técnicos y operativos que se entretajan de manera armónica para garantizar la formulación integral del PTS. La Estrategia fue diseñada con el fin de fortalecer la capacidad conceptual, operativa y técnica de las entidades territoriales para la formulación de PTS, de acuerdo con el PDSP 2012-2021 **Fuente especificada no válida.**

<sup>5</sup> La intersectorialidad en el plan anterior era solo una estrategia de uno de los componentes (el de regulación) de la dimensión del fortalecimiento de la autoridad sanitaria **Fuente especificada no válida.** En tanto, avanzando en el tema la comisión intersectorial nace en la Ley 1438 de 2011 y se adopta con el Decreto 859 de 2014. A pesar del gran avance no se logró la fuerza para el logro efectivo de la intersectorialidad y por tanto, el PDSP 2022-2031 acoge la intersectorialidad como un eje estratégico.

creada la Comisión Intersectorial de Salud Pública - CISP<sup>6</sup> a fin de hacer seguimiento a las acciones para el manejo de determinantes en salud, según lo previsto en el párrafo 1 del artículo 7 de la Ley 1438 de 2011 (Congreso de la República, 2011) y establecidas sus funciones por medio del Decreto 859 de 2014 en su artículo 2 (Ministerio de Salud y Protección Social , 2014).

Ahora bien, con la emisión normativa y de lineamientos técnicos y operativos para la implementación y logro de las metas y objetivos del PDSP 2012-2021, durante los diez años se tuvieron tanto avances como dificultades, que hicieron parte de los insumos para el planteamiento estratégico y operativo del plan 2022-2031, teniendo aspectos para resaltar desde lo subnacional con los planes territoriales de salud y lo nacional con la CISP, que conjuntamente y en sinergia llevaron a los resultados y el cumplimiento de las metas planteadas.

Desde lo subnacional, como uno de los componentes para la operativización del Plan se tuvo la planeación territorial en salud, para esto, como se ha mencionado el MSPS dispuso estrategias, herramientas e insumos para que las Entidades Territoriales incorporaran en la planeación en salud los objetivos y metas del Plan. Teniendo que, desde lo estratégico, se estandarizó la metodología y el proceso para el desarrollo de la planeación territorial en Salud a través de la Resolución 1536 de

---

<sup>6</sup> Desde el 2014 la CISP llevo a cabo 12 sesiones con un promedio de 8 miembros por cada sesión y un total de 206 invitados de las instituciones que conforman la Comisión y de otras entidades del Estado. En las sesiones se abordaron temas de dos tipos: consolidación y reglamento de la comisión (2 sesiones), y respecto a situaciones en salud y de políticas públicas, con presentaciones para las siguientes temáticas: enfermedades crónicas no transmisibles ECNT, situación de la calidad del agua y del aire, salud mental, situación de la Pandemia por COVID-19 y respecto a los temas de políticas públicas con la presentación del Modelo de Atención Integral en Salud – MAITE, las líneas prioritarias de acción en Salud Pública y finalmente los avances de la formulación del PDSP 2022-2031. Dentro de las estrategias desarrolladas se encuentran las siguientes: i) Vidas en la vía – accidentalidad vial, ii) Abordaje y respuesta al sarampión, iii) Colombia Vive Saludable y iv) Abordaje y respuesta al fenómeno migratorio.

2015<sup>7</sup>. Anterior a la Resolución para el periodo de gobierno 2012-2015 se llevó a cabo un proceso de migración<sup>8</sup> de los planes de salud territoriales al PDSP (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014) y un alistamiento institucional acompañado de asistencias técnicas para que a partir del periodo de gobierno del año 2016 el proceso para la planeación territorial del sector salud fuera bajo la misma metodología<sup>9</sup> (Minsalud. Universidad Externado de Colombia. UNFPA, s.f.) en la que se plantea la secuencia por procesos y se encuentra circunscrita en el ciclo de la gestión pública territorial, y con el sistema de monitoreo y de evaluación<sup>10</sup> que sigue la estructura del Plan Decenal, permitiendo el seguimiento a las acciones, al avance de las metas y la ejecución financiera. teniendo como resultado de la metodología y la disposición de la información en el sistema de monitoreo que se puede establecer el siguiente comportamiento en la planeación en las entidades territoriales, según el ordenador del plan decenal, cómo son las dimensiones. Ver Tabla 1.

---

<sup>7</sup> Define la planeación integral para la Salud Pública y tiene como principios la coordinación, concurrencia, complementariedad y subsidiariedad, esto siguiendo los postulados de la Ley Orgánica de la Planeación Nacional (MSPS, 2015).

<sup>8</sup> Metodología, flexible y dinámica, mediante el abordaje del relacionamiento, desde el Modelo ATRU, con los instrumentos del Modelo ATRU, a la luz de la Teoría de los Stakeholders.

<sup>9</sup> Anterior al PDSP 2012-2021 y la Resolución 1536 de 2015 las entidades territoriales de salud seguían las directrices establecidas por el DNP para la planeación territorial y sectorial bajo las metodologías dispuestas para tal fin. Solo a partir del 2015 se unifica la metodología para la planeación en salud, mediante la metodología PASE a la Equidad en salud, que proveniente de la metodología BIT PASE que es una metodología diseñada por una universidad e incorporada por el DNP para el desarrollo de la planeación territorial **Fuente especificada no válida..** El MSPS en 2013 inicia el proceso para la adopción y adaptación de la metodología, y con carácter obligatorio a partir de la planeación territorial del periodo 2016-2019, llevando esta situación a un primer cuatrienio de gobierno del plan con ausencia de la metodología y sin incorporación efectiva de los postulados del PDSP 2012-2021 en la planeación de las entidades territoriales en salud.

<sup>10</sup> Con el fin de avanzar en el seguimiento, monitoreo y evaluación del PDSP, y siguiendo el ciclo PHVA, y en concordancia con el artículo 27 de la Resolución 1536 del 2015 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015), desde el MSPS se crea el Portal Web de Gestión del PDSP, para monitorear el cumplimiento de los objetivos y metas propuestas en cada una de las dimensiones del PDSP y apoyar la toma de decisiones en salud a escala municipal, departamental y nacional.

**Tabla 1.**

**Número de Metas de los Planes Territoriales en Salud según dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, periodos de gobierno 2016 – 2019 y 2020 – 2023.**

Dimensión	Total metas según periodo de Gobierno	
	2016 - 2019	2020 - 2023
Salud Pública en emergencias y desastres	91	68
Salud y Ámbito Laboral	99	62
Convivencia Social y Salud Mental	167	125
Transversal Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables	238	192
Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos	252	192
Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles	325	246
Vida saludable y Condiciones No Transmisibles	240	153
Seguridad Alimentaria y Nutricional	207	118
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la Gestión en Salud	353	263
Salud Ambiental	232	112
<b>Total</b>	<b>2204</b>	<b>1531</b>

**Fuente:** Elaboración propia. Datos del Portal Web del PDSP- PTS.

A pesar de estos resultados de la planeación orientada hacia el cumplimiento de las metas de las dimensiones, la evolución del proceso reitero las dificultades técnicas y operativas de las entidades territoriales para el desarrollo de la metodología PASE a la Equidad en Salud, al considerar que al inicio del proceso de formulación se presentan dificultades para comprender la metodología y armonizarla con la planeación territorial y la articulación intersectorial. Nutriendo dicha dificultad la continua insuficiencia y rotación del Talento Humano en las entidades territoriales y el considerar las metas del PDSP ambiciosas y no acordes a los recursos de las entidades para su intervención (Ministerio de Salud y protección Social, 2018).

El Monitoreo y la Evaluación se propuso para que de manera integral apoyara los procesos administrativos del ámbito territorial a través del acceso y manejo de

un tablero de control de indicadores de resultado y gestión del PDSP (efectos, impactos) y gestión del PTS (eficacia, eficiencia y desempeño territorial en salud) como se observa en el Gráfico 2; y que involucrara a todos los actores, para el fortalecimiento, el conocimiento y la toma de decisiones, y se encaminara a satisfacer las necesidades de información frente al Plan Territorial de Salud y al PDSP. Se debe señalar que entre los procesos del Sistema no se alcanzó al desarrollo de la evaluación del PDSP y de los PTS y en el esquema del sistema no se contempló el de retroalimentación, teniendo como resultado un proceso en una sola vía, desde las entidades territoriales hacia el MSPS (Ministerio de Salud y protección Social, 2018).

## Gráfico 2.

### *Módulos del Sistema de Monitoreo y de Evaluación del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.*



**Fuente:** Elaboración propia, tomado del Portal Web de Gestión del PDPS/PTS, MSPS

Respecto a la intersectorialidad, se crea la CISP con el fin de hacer seguimiento a las acciones para el manejo de determinantes en salud buscando fomentar la intersectorialidad para incidir positivamente en los determinantes sociales de la salud y en ese sentido, es conformada por ocho Ministerios responsables de políticas con influencia sobre estos (Agricultura y Desarrollo Rural, Trabajo, Minas y Energía, Educación Nacional, Ambiente y Desarrollo Sostenible, Vivienda, Ciudad y Territorio, Transporte, Cultura), así como el Departamento



Administrativo de la Presidencia y el Departamento Administrativo para la Prosperidad Social (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

La CISP como instrumento para el seguimiento al cumplimiento de las metas a su cargo contó con un tablero de control, que siguió la estructura del PDSP (dimensiones) y operativamente 33 indicadores, distribuidos entre los sectores que hacen parte de la Comisión. Entre los logros estratégicos obtenidos se resalta la articulación y alianzas con organismos de cooperación para el fortalecimiento y reconocimiento de la Comisión y generación de evidencia para la intervención de los DSS con el logro de compromisos frente a las necesidades de generar bienestar a la población; de igual manera realizó publicación de documentos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022). A pesar de los logros mencionados, la comisión a nivel subnacional no logro la institucionalización de la intersectorialidad, esto ocasionado por la débil o nula relación con los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud – CTSSS y a su vez con las instancias intersectoriales en las entidades territoriales. Siendo vista la CISP como una iniciativa de personas y no de sector, además de considerar que se encuentra alejada a las realidades y saberes locales, limitando a un más esta situación para su establecimiento y gestión de las acciones intersectoriales en lo local (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021).

Adicional a lo anterior, en cumplimiento a lo señalado en la Resolución 1536 de 2015, se realizaron diversas evaluaciones del plan, las cuales incluyeron informes técnicos sobre avance de metas y un informe de gestión del avance, elaborados por la Dirección de Epidemiología y Demografía; así como una evaluación de procesos e institucional del Plan, llevada a cabo por la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales en el año 2018, los cuales se plantearon como insumos fundamentales para la formulación del Plan Decenal de Salud Pública 2022 -2031.

En cuanto a resultados de la última evaluación realizada en el 2021 del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, se obtuvieron los siguientes hallazgos: de los 249 indicadores que corresponden a las 212 metas del PDSP, existió un cumplimiento diferenciado entre los indicadores de gestión y de resultado, siendo los primeros los que evidencian mayor cumplimiento durante su implementación. El 27% (44) de los indicadores de gestión y el 25% (22) indicadores de resultado cumplieron el total de la meta. Dentro de las diez dimensiones del PDSP, la dimensión de Seguridad Alimentaria y Nutricional fue la que presentó mayor grado de cumplimiento de las metas de gestión, con el 86%. En el caso de las metas de resultado, la dimensión de Salud y Ámbito Laboral fue la dimensión con el mayor logro, con el 66% de cumplimiento de las metas de resultado, como se observa en la siguiente tabla.

**Tabla 2.**

***Porcentaje de cumplimiento de Metas por Dimensión del PDSP 2012 - 2021.***

Dimensión	Metas de Gestión	de	Metas de Resultado	de
Salud ambiental	5 (16%)		4 (40%)	
Vida Saludable y Condiciones No Transmisibles	3 (9%)		2 (10%)	
Convivencia Social y Salud Mental	5 (71%)		4 (27%)	
Seguridad Alimentaria y Nutricional	6 (86%)		3 (30%)	
Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos	3 (33%)		4 (40%)	
Vida Saludable y enfermedades Transmisibles	1 (7%)		3 (19%)	
Salud Pública en Emergencias y Desastres	2 (28%)		0 (0%)	
Salud y Ámbito Laboral	4 (50%)		2 (66%)	
Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables	10 (29%)		1 (33%)	
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria	7 (53%)		-	

**Fuente:** Tomado de Documento Final de resultados de la revisión y documentación de los procesos de implementación, seguimiento y evaluación de los resultados del PDSP 2012-2021. MSPS, 2021

Como hallazgos en la evaluación de procesos e institucional (Ministerio de Salud y protección Social, 2018) se encontró: i) Debilidades en los procesos de

planeación reflejadas en : dificultades en la comprensión de la metodología PASE a la Equidad, falta de autonomía en el proceso de priorización, ruptura entre el diagnóstico, priorización y asignación de recursos, falta de parámetros para evaluar efectividad de intervenciones colectivas y metas de resultado ambiciosas; ii) Fallas en los Mecanismos de Articulación: institucional, sectorial e intersectorial que se evidenciaron en: la Comisión Intersectorial de Salud Pública no ha logrado materializar la intersectorialidad, falta de fortalecimiento de voluntad política desde todos los niveles de gobierno para el logro de metas, baja complementariedad de acciones del PIC y las realizadas por las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB y falta de alineación y armonización normativa y de instrumentos de planeación; iii) Debilidades en Capacidades Técnicas y Operativas que fueron: asignación de competencias al territorio sin establecer capacidad técnica y operativa, alta rotación de talento humano en salud y bajos salarios, recortes presupuestales que afectan la implementación y falta de adherencia a los lineamientos del MSPS ; y iv) Fallas de los Sistemas de información y mecanismos de seguimiento, monitoreo y evaluación tales como: dificultades de acceso tecnológico, exceso de reportes e indicadores y falta de retroalimentación desde el nivel nacional.

### **Construir Sobre lo Construido**

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 clave secundarias a dicha evaluación se contemplaron en la formulación del PDSP 2022-2031 cinco elementos de planeación para dar respuesta a las necesidades aun insatisfechas, los cuales se incluyeron en los diferentes procesos de participación social, consulta ciudadana y desarrollos técnicos del comité gestor y del equipo formulador del Plan Decenal. A continuación, se describen estos elementos:

- a. Reconocimiento y fortalecimiento del gobierno y la gobernanza de la salud pública. El PDSP 2012-2021 reconoció y creó las instancias necesarias para la toma de decisión en torno a la gestión sectorial e intersectorial de los

Determinantes Sociales de la Salud, la Comisión Intersectorial de Salud Pública, la delegación a nivel subnacional a los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, así mismo, provocó la generación de múltiples instancias intersectoriales orientadas por temáticas de salud prioritarias por los gobiernos y fortaleció institucionalmente 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 y legitimidad de los procesos por parte del gobierno, la falta de articulación entre los diferentes niveles de gestión del sistema, los sectores y los actores para la incorporación de la política en los territorios, y la debilidad en los procesos de participación social y comunitaria, limitaron las instancias en su capacidad deliberativa, los procesos de toma de decisión efectiva y lo que derivó en un detrimento del proceso de planeación, formulación, implementación y evaluación de la política pública y por tanto, en la necesidad de su fortalecimiento.

- b. Fortalecimiento de la planeación estratégica. El PDSP 2012-2021 estableció dos elementos de planeación estratégica: 1) una estrategia matricial que consideraba la relación entre las prioridades de salud y la gestión de determinantes sociales explícitos y 2) la necesidad de contemplar una serie de metodologías y herramientas de planeación territorial en salud. Estos dos elementos permitieron identificar la estrategia y así mismo establecer una agenda priorizada de necesidades de salud pública. Por otro lado, el modelo de planeación territorial en salud reconocía la necesidad de generar competencias y capacidades para una adecuada implementación de la política. Sin embargo, a pesar de que el proceso de planeación territorial y de implementación de la política tuvo tres oportunidades de mejora reconocibles en los diferentes análisis realizados: i) un diagnóstico integral de capacidades de los territorios para implementar metodologías robustas de planeación, ii) un acompañamiento en la implementación basado en generación de competencias y habilidades más que de saberes y iii) una alta

rotación de los profesionales de la salud pública, la implementación de los procesos de mejora no surtió el efecto esperado y por tanto no se logró el desarrollo y consolidación de dichos procesos en las entidades territoriales. En consecuencia el PDSP 2022-2031 retoma dichas limitaciones y reorienta el sentido de la planeación desde una visión estratégica de los procesos con el ánimo de mejorar las etapas de formulación, implementación y evaluación de la política, y el desarrollo efectivo de las estrategias y acciones obedeciendo a las necesidades de los diferentes contextos territoriales y a la garantía de la sostenibilidad de dichas acciones.

- c. Planteamiento de una estrategia que garantice la integralidad y sostenibilidad de la gestión de la salud pública. El PDSP 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, de la capacidad de ambidestreza de los tomadores de decisión para gestionar las situaciones y prioridades emergentes y por otro lado las acciones importantes y a mediano plazo. De ahí que la segunda versión del PDSP 2022-2031 desarrolle las estrategias requeridas al interior de cada elemento orientador para dar cumplimiento al objetivo de cada uno de los ejes estratégicos e integra un nuevo eje estratégico en respuesta a los procesos de participación a saber, la gestión del talento humano en salud pública. Adicionalmente se hace el reconocimiento de nuevos diferenciales en el marco del bienestar y del desarrollo humano y sostenible con ello nuevamente ubica en el centro a las personas y a las entidades territoriales como los primeros respondientes frente a sus necesidades de salud.
- d. Fortalecimiento de gestión territorial integral de la salud pública como marco operativo del PDSP. 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 vió comprometida con la pandemia COVID 19 que dejó en evidencia la pobre o inexistente 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 PDSP 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 posibilite el efectivo el seguimiento, vigilancia y control por parte de las entidades correspondientes.

- 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 PDSP anterior, 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. Lo anterior permitirá evolucionar el sistema de seguimiento y evaluación del PDSP 2022-2031 hacia un sistema más efectivo para la toma de decisiones en salud pública y eficiente en el fortalecimiento de la institucionalidad sanitaria que facilite oportunidades de mejora en el desempeño territorial e institucional y permita la generación de valor en el marco de la gestión de la salud pública. Así mismo, incluir al sistema en las tendencias globales de transformación digital, uso de inteligencia artificial y sofisticación de procesos

de seguimiento y evaluación permitirá generar y consolidar capacidades directivas, operativas y de control para la gestión efectiva y eficiente de la política pública.

Estos 5 elementos reconocidos como las oportunidades de mejora para la evolución de la política pública se consideran en el marco del desarrollo y fortalecimiento de los procesos de planeación estratégica del PDSP 2022-2031, con la intención de dar coherencia, consistencia y consolidar en medio de las posturas conceptuales, la apuesta estratégica y la respuesta de los diferentes actores en el territorio. En la siguiente sección se presentará el marco de planeación estratégica propuesta para el PDSP 2022-2031.

### **Planeación en el Marco del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031**

El Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 parte de un ejercicio de análisis de antecedentes, contextos y resultados, que se desprenden de un ejercicio de planeación. En este sentido Ackoff (1981), lo define como el proceso de establecer objetivos y escoger el medio más apropiado para el logro de los mismos antes de emprender la acción, en otras palabras es anticiparse a la toma de decisiones, así mismo, y de manera más reciente Abdala (2018) lo plantea como la aplicación racional de la mente humana en la toma de decisiones anticipatoria, con base en el conocimiento previo de la realidad, para controlar las acciones presentes y prever sus consecuencias futuras, encausadas al logro de un objetivo plenamente deseado satisfactorio.

En consonancia con lo anterior, existen diversos modelos de planeación, que pueden aportar elementos importantes al Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, en este sentido, de manera general, se describen a continuación:

***Planeación Estratégica.*** Este tipo de planeación es un proceso continuo, que se da a partir del conocimiento actual con el fin de llegar a un futuro deseado, a través de la articulación de diversos elementos que se convierten en retos estratégicos,

permitiendo la toma de decisiones que minimizan los riesgos asociados a la incertidumbre.

**Planeación por Objetivos.** Es el conjunto de actividades organizacionales, las cuales, de manera interrelacionada, buscan el cumplimiento de objetivos de manera productiva, en el entendido que los objetivos son un elemento de la planeación estratégica y se constituyen en parte de esta.

Para el ejercicio de la formulación del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, los equipos técnicos tomaron la decisión de implementar el modelo de planeación estratégica, incorporando elementos de la planeación por objetivos, lo anterior, a partir del énfasis que se pretende dar al logro efectivo de los objetivos formulados en el plan.

A continuación, se describen los elementos de planeación que se tendrán en cuenta en el plan:

**Visión.** Define: ¿A dónde se quiere llegar con el PDSP en los próximos 10 años?, ¿Cuáles son las transformaciones que se esperan lograr en materia de salud y bienestar para los habitantes del territorio colombiano, a partir de la implementación del PDSP?, ¿Qué se espera gestionar a través del PDSP para alcanzar esas transformaciones?

**Valores.** Conjunto de creencias que permiten orientar la forma de actuar de los individuos, facilitando entre otros aspectos la forma de alcanzar lo que se ha planeado.

**Fines.** Representan las grandes apuestas, impactos fundamentales deseables de lograr a través de la implementación del PDSP, en materia de salud, calidad de vida y bienestar de todos los habitantes del territorio colombiano.

**Ordenadores.** Determinan aspectos fundamentales para la gestión de la Salud Pública en el marco del PDSP 2022-2031 y parten de comprender el ejercicio del derecho a la salud desde el enfoque de desarrollo humano sostenible y los determinantes sociales de la salud. En este enfoque se pretende gestionar la salud



pública a partir de la movilización positiva de los determinantes sociales de la salud, que permiten potencializar las capacidades de los sujetos, así como la buena salud, el bienestar y la calidad de vida.

**Ejes estratégicos.** Son las grandes líneas o rutas de gestión de la Salud Pública, que teniendo como marco los ordenadores propuestos, permiten alcanzar la visión y los fines definidos para el PDSP.

**Objetivo.** Se constituye en un camino para alcanzar de manera indirecta la visión a través de los grandes fines.

**Estrategia.** Hace referencia al cómo de los objetivos, orienta las acciones, soporta los planes, establece el cronograma, determina recursos y asigna responsables.

**Meta.** Es la cuantificación de la estrategia, permite establecer el nivel de cumplimiento de los objetivos.

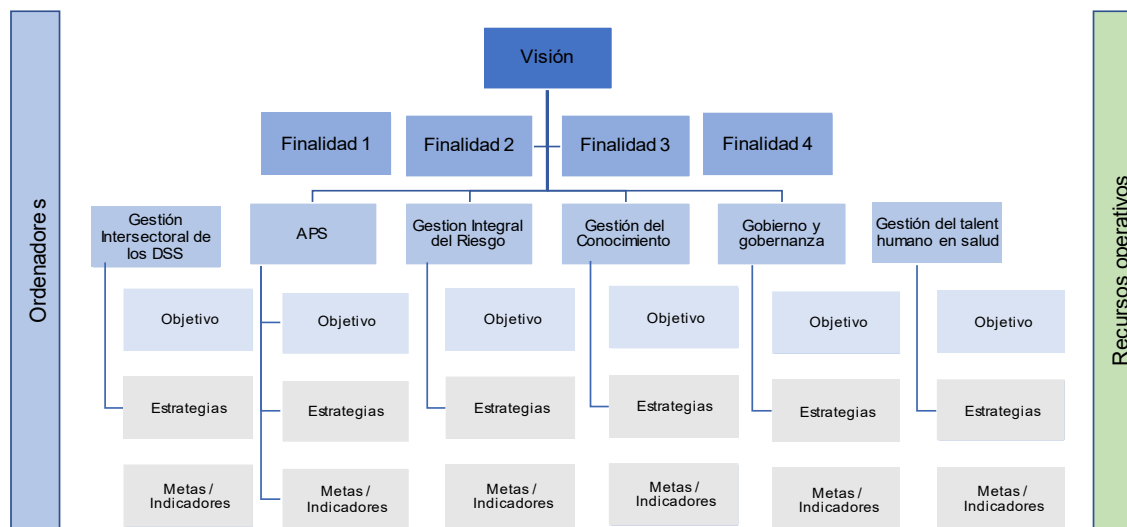
**Indicadores.** Herramienta de control que permite establecer el comportamiento, diferencias y tendencias de los resultados de las metas, orienta la toma de decisiones.

De otra parte, cabe señalar que, a luz de la planeación por objetivos, el Plan Decenal de Salud Pública definió prioridades y estableció metas y resultados concretos, así mismo identificó mecanismos de seguimiento y monitoreo, e implementará procesos de evaluación periódica, todos ellos orientados a generar información oportuna que apoye la toma de decisiones informada.

A continuación, el diagrama secuencial del marco estratégico formulado para el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031:

### Gráfico 3.

#### Elementos estratégicos del PDSP 2022-2031.



**Fuente:** Elaboración propia.

El referente metodológico de la planeación para el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 es la planeación estratégica, en este sentido en la figura 3, se establece la relación entre los distintos elementos estratégicos.

De manera general la planeación en el marco del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) se resume de la siguiente manera:

El Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 es el marco estratégico u hoja de ruta de la salud del país para los próximos 10 años. En él, se capitalizan los aprendizajes del Plan Decenal anterior 2012-2021, así como el reconocimiento de los nuevos desafíos asociados a un entorno dinámico y volátil que involucra elementos como la post pandemia, el cambio climático, los fenómenos migratorios, requerimientos en el fortalecimiento del talento humano, la sostenibilidad financiera, entre otros.

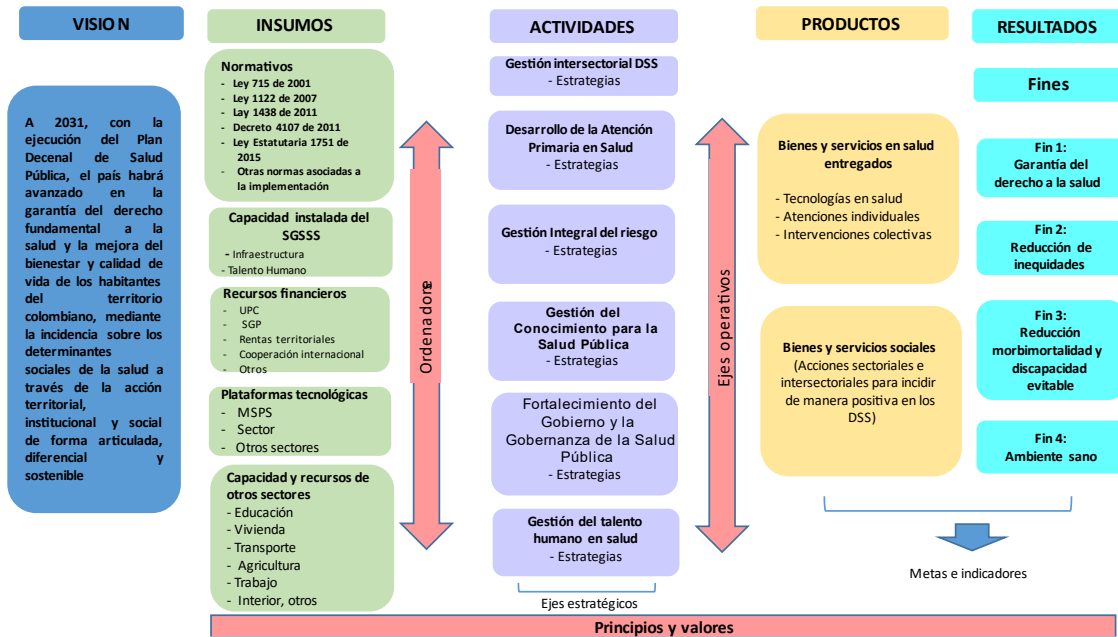
El nuevo PDSP en un ejercicio continuo de mejora que recoge retos del plan anterior, identifica prioridades y plantea estrategias con las cuales busca generar y

potencializar transformaciones e impactos positivos en materia de salud. Dichas estrategias serán desarrolladas de forma articulada con otros sectores, entidades del sector y entidades territoriales conforme sus competencias, capacidades y necesidades particulares, en un esfuerzo conjunto por resolver necesidades estructurales inmediatas y promover la consolidación de procesos y acciones sólidas para atender requerimientos futuros, todo ello en el marco de resultados esperados denominados fines que se describirán en el capítulo siguiente.

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.

Una representación alternativa de los diferentes elementos que componen al PDSP 2022-2031, refiere a la cadena de valor, la cual se plantea como *“la relación secuencial y lógica entre insumos, actividades, productos y resultados en la que se añade valor a lo largo del proceso de transformación total”* (DNP, 2019).

**Gráfico 4. Esquema de la cadena de valor.**



Fuente: Elaboración propia

De esta manera el proceso de generación de valor del PDSP 2022-2031, parte de la misión establecida y requiere los siguientes elementos:

**Insumos.** Hacen referencia a "los factores productivos, bienes o servicios con los que se cuenta para la generación de valor" (DNP, 2014, p. 13). En particular se encuentran a) *normativos* que sirven de referentes y antecedentes, además de referir las reglas de juego que permiten el funcionamiento y operación del PDSP, entre las cuales se encuentran la Ley 715 de 2001, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011, Decreto 4107 de 2011, Ley Estatutaria 1751 de 2015 y otras normas asociadas a los procesos de implementación y puesta en marcha del PDSP. b) *Capacidad instalada del SGSSS*, que hace referencia a la infraestructura y el talento humano (tanto específico de salud como el de las instituciones técnicas de direccionamiento, rectoría, vigilancia, entre otros, como la Superintendencia Nacional de Salud-SNS, Instituto Nacional de Salud-INS, Ministerio de Salud y Protección Social- MSPS, entre otros.), c) *Recursos financieros del SGSSS*, que permiten ejecutar las diferentes actividades y estrategias en salud pública, aquí se

encuentran el presupuesto general de la Nación- PGN, Cotizaciones, SGP, Rentas territoriales, recursos de Cooperación Internacional, entre otros; d) Plataformas Tecnológicas, estos hacen referencia a las diferentes herramientas tecnológicas del ministerio, del sector y otros sectores, que permiten aproximarse al estado de salud de los residentes en Colombia, así como orientara las acciones realizadas para mantener o mejorar dicho estado; finalmente se tiene como insumo e) Capacidad y recursos de otros sectores, hace referencia a los recursos (físicos, humanos y financieros) de entidades aliadas con las cuales se puede potencialmente desarrollar acciones articuladas, para incidir de manera positiva sobre los Determinantes Sociales de la Salud.

**Actividades.** Se refieren al “conjunto de procesos u operaciones mediante los cuales se genera valor al utilizar los insumos, dando lugar a un producto determinado.” (DNP, 2014, p.13) y una vez los insumos se materializan, el PDSP las despliega a través del desarrollo de 6 ejes estratégicos. Como se mencionó previamente estos ejes son: a) Gestión Intersectorial de los Determinantes Sociales de la Salud, b) Desarrollo de la Atención Primaria en Salud, c) Gestión Integral del Riesgo, d) Gestión del Conocimiento para la Salud Pública, e) Fortalecimiento del Gobierno y la Gobernanza de la Salud Pública, y f) Gestión del talento humano en salud. Cada uno de estos ejes contiene estrategias (sobre estas se ahondará en el capítulo 5 de marco estratégico) que a su vez despliegan una serie de procesos para transformar los insumos en productos para el logro de los resultados esperados. Es importante notar que estas actividades se desarrollan a partir de ejes operativos, es decir, orientadores de acción que establecen el “cómo” de las estrategias y permiten coordinar, caracterizar, identificar, armonizar e impulsar los esfuerzos de las mismas. Finalmente, estas actividades responden a los ordenadores del PDSP previamente señaladas y permiten la movilización positiva de los determinantes sociales de la salud.

**Productos.** Estos se definen como “los bienes y servicios provistos por el Estado que se obtienen de la transformación de los insumos a través de la ejecución

*de las actividades*” (DNP, 2014, p.13) en donde los primeros “*son aquellos de carácter tangible, almacenables o transportables*” (DNP, 2019, p.13) y los segundos son “*intangibles y no acumulables, se producen y consumen al mismo tiempo a través de una relación directa entre proveedores y receptores de los servicios*” (DNP, 2019, p.13). En particular el PDSP tendrá dos tipos de productos, los derivados directamente del SGSSS y los provenientes del trabajo articulado con otros sectores. Frente a los primeros, se destacan las tecnologías en salud entregadas<sup>11</sup>, las intervenciones individuales (como consultas por medicina general) y las intervenciones colectivas (referente a intervenciones, procedimientos, actividades e insumos, establecidos en la resolución 518 de 2015.); mientras que, respecto a los segundos, estos serán el resultado de los acuerdos establecidos en las mesas de trabajo intersectoriales en la búsqueda de la afectación positiva de los determinantes sociales.

**Resultados.** hacen referencia a “los efectos relacionados con la intervención pública, una vez se han consumido los productos provistos por ésta. Los efectos pueden ser intencionales o no y/o atribuibles o no a la intervención pública” (DNP, 2014, p.13). En particular, los resultados del PDSP giran alrededor de los cuatro grandes fines que este se ha planteado, dentro de los que se encuentran: a) 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; b) Avanzar hacia la mejora de las condiciones de vida, bienestar y calidad de vida de los habitantes del territorio colombiano mediante la reducción de desigualdades sociales en salud entre grupos socialmente constituidos c) 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; d) Avanzar hacia la garantía del goce efectivo de un ambiente

---

<sup>11</sup> "Cualquier intervención que se puede utilizar para promover la salud, para prevenir, diagnosticar o tratar enfermedades o para rehabilitación o de cuidado a largo plazo. Esto incluye los procedimientos médicos y quirúrgicos usados en la atención médica, los productos farmacéuticos, dispositivos y sistemas organizacionales en los cuidados de la salud" (INAHTA, s.f., citado en MSPS, s.f.)

sano y a la mejora de la salud ambiental mediante la acción intersectorial para la protección de los ecosistemas y el fomento de territorios y entornos saludables.

En este contexto es importante notar que cada uno de estos eslabones de la cadena de valor se encuentran atravesados por principios y valores que rigen el quehacer de las personas e instituciones, en el marco de la generación de valor del PDSP (estos se describen en el capítulo 5 de marco estratégico).

Finalmente, es importante señalar que el plan incorpora el Ciclo de Mejoramiento Continúo o Ciclo Deming, conocido habitualmente como Ciclo PHVA, por la definición de las iniciales:

- **Planear:** Corresponde al establecimiento de los objetivos, los procesos para alcanzarlos, así como los indicadores de medición y de seguimiento.
- **Hacer:** Hace referencia al proceso de implementación de los correctivos identificados. En algunos casos, esta implementación es incremental, por lo que se inicia con implementaciones piloto que luego se escalan.
- **Verificar:** En esta etapa, se hace una aproximación a la medición de la efectividad de las medidas adoptadas y se hacen ajustes según la evidencia que surja.
- **Actuar:** En esta etapa, se identifican las modificaciones requeridas que surjan del análisis de resultados de la etapa anterior y se establecen las decisiones y acciones que faciliten el mejoramiento continuo de los procesos.

Esta metodología se enfoca en el cumplimiento de los objetivos de forma eficiente y efectiva, y se basa en el mejoramiento continuo en un ciclo iterativo constante y correctivo. El Proceso iterativo, tiene como propósito la corrección de “caminos” que pueden haber sido los equivocados o no óptimos en un principio (Aaltonen, Ahola, & Arto, 2017). Adicionalmente, contribuye como insumo para toma de decisiones informadas, basadas en evidencia y con un enfoque sostenible. Algo que vale la pena señalar es el carácter correctivo y no sancionatorio del proceso. Dado lo anterior, permite avanzar en la consecución de una mayor

eficiencia en el cumplimiento de los objetivos y estrategias derivados del Plan Decenal de Salud Pública, lo que se traduce en una mayor capacidad de orientación al gobierno central en la corrección del rumbo cuando esto sea necesario y en la medición de los procesos que llevan a identificar esa necesidad.

## Referencias

- Abdala, J. A. (s.f.). *Definición del concepto de la planeación*. Obtenido de Repositorio UDGVirtual: <http://biblioteca.udgvirtual.udg.mx/jspui/handle/123456789/1940>
- Ackoff, R. (1981). Sobre el uso de modelos en la planificación empresarial. *Revista de gestión estratégica*, 353-359.
- Asamblea Nacional Constituyente . (1991). *Constitución Política de la República de Colombia*. Obtenido de <http://www.secretariasenado.gov.co/constitucion-politica>
- Congreso de la República. (10 de Enero de 1990). *Ley 10 de 1990. Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones*. Recuperado el 26 de Enero de 2022, de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=3421>
- Congreso de la Republica. (23 de Diciembre de 1993). *Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*. Recuperado el 26 de Enero de 2022, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf>
- Congreso de Colombia. (15 de Julio de 1994). *Ley 152 de 1994. por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo*. Recuperado el 26 de Enero de 2022, de [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGU B/Ley152\\_94.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGU B/Ley152_94.pdf)
- Congreso de la República. (21 de Diciembre de 2001). *Ley 715 de 2001. por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la*. Recuperado el 26 de Enero de 2022, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-0715-de-2001.pdf>
- Congreso de la Republica. (9 de Enero de 2007). *Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*. Recuperado el 26 de Enero de 2022, de



<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>

Congreso de Colombia . (19 de Enero de 2011). *Ley 1438 de 2011. POR MEDIO DE LA CUAL SE REFORMA EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES*. Recuperado el 25 de Enero de 2022, de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf)

Congreso de la República. (11 de Julio de 2012). *Ley 1562 de 2012. Por la cuál se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y de dictan otras disposiciones en materia de Salud Ocupacional* . Recuperado el 26 de Enero de 2022, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Le-y-1562-de-2012.pdf>

Congreso de la República . (6 de Julio de 2015). Ley 1757 de 2015. Por la cual se dictan disposiciones en materia de promoción y protección del derecho a la participación democrática. *Ley Estatutaría de Participación Democrática* .

Congreso de la República. (16 de Febrero de 2015). Ley 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental a la Salud y se dictan otras disposiciones. *Ley Estatutaria de Salud*.

Departamento Administrativo de la Función Pública. (2 de Noviembre de 2011). *Decreto 4107 de 2011. Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social*. Recuperado el 26 de Enero de 2022, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/decreto-4107-de-2011.pdf>

Departamento Nacional de Planeación - Dirección de Seguimiento y Evaluación de Políticas Públicas. (2014). *Guía Metodológica para el Seguimiento y la Evaluación a Políticas Públicas*. Bogotá D.C.: DNP.

Departamento Nacional de Planeación - DNP. (2019). *Guía para la construcción y estandarización de la Cadena de valor*. Bogotá D.C.: DNP.

DNP - Departamento Nacional de Planeación- Salud. (s.f.). *Rutas especializadas para la formulación de los Planes de Desarrollo Territoriales "Salud"*. Recuperado el 27 de Enero de 2022, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/rutas-especializadas-salud.pdf>

Kirsi Aaltonen a, T. A. (2017). Something old, something new: Path dependence and path creation during the early stage of a project. *International Journal of Project Management* , 749–762.

Ministerio de Salud. (3 de Agosto de 1994). *Decreto 1757 de 1994. Por el cual se organizan y establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 11*

del artículo 4o de Decreto Ley 1298 de 1994. Recuperado el 26 de Enero de 2022

Ministerio de la Protección Social. (7 de Agosto de 2007). *Decreto número 3039 de 2007. Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010.* Recuperado el 26 de Enero de 2022, de [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Políticas\\_Nacionales\\_Salud-Colombia\\_2007-2010.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Políticas_Nacionales_Salud-Colombia_2007-2010.pdf)

Ministerio de Salud y Protección de Salud . (Abril de 2013). *Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021. La salud en Colombia la construyes tú.* Recuperado el 26 de Enero de 2022, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS P/PDSP.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (28 de Mayo de 2013). *Resolución 1841 de 2013. Por a cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021.* Recuperado el 26 de Enero de 2022, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1841-de-2013.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (6 de Mayo de 2014). *Decreto 859 de 2014. Por el cual se reglamenta el par~grafo 1 del artículo 7 de la Ley 1438 de 2011.* Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/decreto-859-DE-2014.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (28 de febrero de 2014). *Metodología de relacionamiento para la migración del Plan de Salud Territorial al Plan Decenal de SALud Pública 2012-2015.* Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS P/pdsp-metodologia-migracion-pts-al-pdsp.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (11 de Mayo de 2015). *Resolución 1536 de 2015. Por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud.* Recuperado el 26 de Enero de 2022, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1536-de-2015.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (24 de Febrero de 2015). *Resolución 518 de 2015. Por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de IntelVenciones Colectivas - PIC.* Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-0518-de-2015.pdf>

Ministerio de Salud y protección Social. (2018). *Evaluación de procesos e institucional del Plan Decenal de Salud Pública (2012-2021).* Recuperado el 2022 de 28 de Enero, de <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/evaluacion.aspx>

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2 de Agosto de 2018). Resolución 3280 de 2018. Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se .
- Ministerio de Salud y Protección Social. (27 de Septiembre de 2019). Resolución 2626 de 2019. Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud -PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial-MAITE.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). *proceso de evaluación de la Comisión Intersectorial de Salud Pública en los aspectos cuantitativos de su ejecución*. Bogotá D.C. : MSPS.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (26 de Enero de 2022). *Comisión intersectorial de salud pública*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/Paginas/comision-intersectorial-de-salud-publica.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (28 de Enero de 2022). *Ministerio de Salud y Protección Social > Salud > Salud Pública - Ministerio > Epidemiología y demografía > Planeación en salud pública*. Recuperado el 28 de Enero de 2022, de <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/Paginas/planeacion-en-salud-publica.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. Universidad Externado de Colombia. UNFPA. (s.f.). *Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021. Estrategia PASE a la Equidad en Salud. Lineamientos Metodológicos, Técnicos y Operativos*. Recuperado el 27 de Enero de 2022, de [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS/P/EPALES\\_Metodologico.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS/P/EPALES_Metodologico.pdf)
- Rubiano, N., & Castro, J. A. (2019). El modelo bit pase para la planeación territorial con perspectiva poblacional. Bogotá D.C.: Universidad Externado de Colombia

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

---

### Ciclo de Gestión de la Política Pública

El proceso de formulación del PDSP 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 PDSP 2012-2021, así como el direccionamiento estratégico del Ministerio<sup>12</sup> se plantea, para la construcción del nuevo plan, el reto de avanzar en la garantía del derecho a la salud y en la mejora del bienestar y la calidad de vida de los habitantes del territorio colombiano. Para lo cual se establecieron cuatro fases: i) aprestamiento, ii) formulación, iii) implementación y iv) monitoreo, seguimiento y evaluación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019) que atienden a los principios de la planificación participativa, la cual busca garantizar la representación de los intereses de los ciudadanos/as y la coordinación en doble vía (desde abajo hacia arriba y desde arriba hacia abajo) de los actores interesados en la gestión de la salud pública del país.

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

---

<sup>12</sup> Ejercicio adelantado por el equipo directivo de una entidad, en el que, a partir del propósito fundamental de la misma, las necesidades de sus integrantes, las prioridades establecidas en los planes de desarrollo y delimitadas en su marco normativo, define los grandes desafíos y metas institucionales a lograr en el corto, mediano y largo plazo, así como las rutas de trabajo para hacer viable la consecución de dichos desafíos.

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, a fin de fortalecer procesos de apropiación, sostenibilidad, legitimidad y colaboración en la formulación, implementación, seguimiento y evaluación del plan (MSPS, 2020a).

## **Fases del Proceso de Formulación del PDSP 2022-2031**

### ***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 PDSP 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 PDSP 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 PDSP 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, este último a su vez 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 adoptó el proceso de planificación multiescalar participativa el cual recogió los principios de la planificación multiescalar<sup>13</sup> y consideró 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: 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<sup>14</sup>. Las orientaciones metodológicas del

---

<sup>13</sup> 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 Williner, 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).

<sup>14</sup> Documento de aportes a la metodología de participación social para la formulación del PDSP 2022-2031 (MSPS, 2021b) y Documento implementación del protocolo de participación social del PDSP 2022-2031 en la etapa de definición técnica, análisis de los resultados obtenidos y recomendaciones para su desarrollo en la etapa de consulta (MSPS, 2022).

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 información<sup>15</sup>.

### ***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.

**Etapa de Diagnóstico.** En esta etapa se desarrollaron diversos procesos relacionados con: i) el diagnóstico de necesidades y mecanismos para la garantía de la participación social en el proceso de formulación del PDSP 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 PDSP 2022-2031.*** Para comenzar se desarrolló un mapeo de actores<sup>16</sup> 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

---

<sup>15</sup> Link minisitio: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/PDSP-2022-2031.aspx>

<sup>16</sup> El mapeo de actores no solo es una acción estratégica al tratarse de una necesidad pública, sino que es un ejercicio eficiente tanto para inventariar recursos como para lograr la legitimidad del proceso de formulación de la política (Silva-Jaramillo, 2017).



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 (NNyJ). 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.

Por su parte, el balance global del PDSP 2012-2021 se realizó a partir de varios métodos y fuentes. Uno de ellos correspondió a una evaluación institucional y de procesos del PDSP 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 PDSP 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 subnacional; 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 PDSP 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 territoriales<sup>17</sup>, 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 PDSP. 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 PDSP (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

---

<sup>17</sup> 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\\_aPxZRFAQ](https://www.youtube.com/watch?v=z4_aPxZRFAQ)

con los determinantes sociales y las desigualdades en salud territoriales, con el fin de aportar insumos en la definición del marco estratégico del Plan. Se desarrolló bajo la perspectiva del modelo conceptual de los determinantes sociales de 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, desarrolló modelos multivariados 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 mastoides; 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 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, víctimas de conflicto armado y poblaciones en condición de posconflicto.

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 PDSP 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.

**Etapas 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 PDSP 2022-2031. Las metodologías utilizadas para dar cuenta de este propósito se describen a continuación.

***Identificación y Priorización de Necesidades en Salud y de Estrategias de Intervención Sectoriales e Intersectoriales.*** La identificación y priorización 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 referida anteriormente. A continuación, se describen los principales elementos metodológicos de los procesos participativos. El desarrollo metodológico del diagnóstico de situación será descrito como parte del capítulo tres.

Los procesos participativos territoriales en los niveles zonal, departamental y regional se desarrollaron a través de la metodología de la teoría del cambio<sup>18</sup>, 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 las acciones a considerar en el PDSP 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

---

<sup>18</sup> Diseño que permite involucrar de forma directa a las organizaciones e instituciones con sus múltiples miradas sobre la realidad; facilita a través de ejercicios simples de representación el entendimiento de las relaciones de causa-efecto que inciden en la realidad; ayuda a comprender, a partir de cada una de las partes y sus interacciones, las oportunidades y obstáculos en las situaciones afrontadas; promueve relaciones de cooperación y aprendizaje colectivo (Van Es et al., 2015). Para ampliar información consultar el documento: Ministerio de salud y protección social. (2021). Documento de aportes a la metodología de participación social para la formulación del PDSP 2022-2031. Informe Universidad de los Andes contrato No. 374 del 2021.

nacional a través de grupos nominales a la luz de los elementos del marco estratégico propuesto para el plan (MSPS, 2022a).

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. Con este insumo se construyeron estrategias que se reflejan en los elementos orientadores de los ejes del marco del plan y en la definición de prioridades, acciones y metas que se traducen en la propuesta final del PDSP 2022-2031.

***Construcción del Marco Estratégico del PDSP 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 MSPS, del comité gestor y 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 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 prioridades en salud y las acciones para la gestión de los determinantes sociales de la salud (DSS) en el PDSP 2022-2031, durante la primer semana de mayo se realizaron grupos nominales, por un lado, con la participación de representantes de las diferentes dependencias del MSPS y sus entidades adscritas; y por el otro, para los grupos de discusión de las acciones por momento del curso de vida y familia, se vincularon además 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 prioridades y acciones, la cual fue consolidada con los insumos disponibles (diagnóstico de situación con identificación de desigualdades, 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 realizarán la revisión y análisis de la propuesta y remitirán sus aportes vía correo electrónico. Una vez se consoliden los aportes, se procederá a consolidar las metas y estrategias del documento definitivo del PSDS 2022-2031.

En suma, los resultados de la consulta técnica y ciudadana, así como de los procesos deliberativos mencionados, permitirán perfilar el documento definitivo del PSDS 2022-2031.

***Desarrollo e Inclusión del Enfoque Étnico: Poblaciones Indígenas, Negritudes Afrodescendientes Raizales y Palenqueras (NARP) y 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 PDSP 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 en matrices y documentos que se entregaron al Ministerio. A partir de éstos, se redactó de manera conjunta el 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 Kumpanias<sup>19</sup> 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,

---

<sup>19</sup> Conjunto de patrigrupos familiares pertenecientes a un mismo linaje Rom, 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/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/Pueblo-Rrom.aspx#:~:text=%E2%80%8BCuentan%20con%20la%20Kumpania,para%20itinerar%20de%20manera%20conjunta.>

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 PDSP.

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 en cuatro matrices desde la recolección de insumos hasta la terminación de los acuerdos. Con este panorama, se establecieron con la Comisión III los preacuerdos, que fueron socializados con las entidades territoriales y delegados de las organizaciones de base para revisar y refrendar los preacuerdos y aportes relacionados, dando como resultado los acuerdos finales a incluir en el capítulo étnico del PDSP 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 PDSP 2022 – 2031, 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 subnacional 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

directrices de planeación participativa en salud propia e intercultural y despliegue con entidades territoriales de salud, estructuras propias étnicas y demás actores del SGSSS, mediante la disposición de un acto administrativo dirigido a las entidades territoriales y actores del SGSSS para la incorporación de las orientaciones del enfoque diferencial étnico en la planeación integral en salud.

### ***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 Migrantes, Personas en Situación de Discapacidad, Habitantes de calle, Personas Privadas de la Libertad y Campesinos.*** Para la inclusión del enfoque de movilidad humana en el PDSP 2022-2031, 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.

De igual manera, una vez reconocidas las necesidades de otros diferenciales que cuentan con desarrollos vinculantes tanto normativos como de política pública como son: las personas con discapacidad (capacidades diferenciales), personas privadas de la libertad, habitantes de calle y otros existentes o emergentes que según condiciones y situaciones particulares su abordaje diferencial se encuentra

en proceso de consolidación 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 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 y operativos que, en armonía con el marco estratégico del Plan, guiarán su abordaje en la planeación territorial. Orientaciones que forman parte del capítulo IX del presente plan.

**Etapas 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 PDSP 2022-2031. 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 PDSP 2022-2031, la cual será publicada en la página del Ministerio para la revisión y retroalimentación de los actores interesados.

La última versión del documento será sometida a consulta pública como anexo técnico del acto administrativo que adoptará el PDSP 2022-2031.

**Etapa de Validación.** Se hará un proceso de validación del documento con dos estrategias: i) Revisión técnica por parte de las Direcciones Territoriales de Salud: Consistirá en la revisión del documento con el fin de reconocer la pertinencia de las estrategias, acciones y elementos operativos propuestos; 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.

Las recomendaciones emitidas en el marco de esta validación, serán insumo para la versión final del Plan Decenal.

### ***Fase de Implementación***

La implementación del PDSP 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, reglamentación, divulgación y desarrollo del plan de implementación, como se muestra a continuación:

**Adopción:** Se refiere al procedimiento que se realiza para expedir el acto administrativo tipo resolución que adoptará el PDSP 2022-2031 y el acto administrativo tipo decreto que reglamentará la gestión intersectorial de los determinantes sociales de la salud y la sostenibilidad financiera de dicha gestión.

**Reglamentación:** En este componente se desarrollarán las disposiciones necesarias que precisen los elementos de la operación del PDSP, entre ellos: los actores, las responsabilidades, el seguimiento, monitoreo y la evaluación, al igual que la actualización de las metodologías para la planeación integral en salud. Implica considerar los mecanismos para garantizar la armonización e inclusión de las orientaciones de este PDSP en los PTS y materializar su ejecución, según particularidades de los territorios.

**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 del PDSP 2022-2031. Este proceso debe ser continuo, efectivo y veraz.

**Desarrollo del Plan de Implementación:** La implementación del PDSP 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. 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. A continuación, se describen los hitos y periodos previstos para cada etapa:

**Aprestamiento o preparación:** Esta etapa se llevará a cabo entre el II semestre de 2022 y el año 2023 e implica dos niveles de gestión, el nacional y subnacional. La gestión del nivel nacional incluye: i) 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) 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 subnacional; iii) Adecuación de metodologías y herramientas de planeación, monitoreo, seguimiento y evaluación del PDSP; iv) Emisión de lineamientos técnicos para la planeación integral en salud. Por su parte, la gestión del nivel subnacional incluye: i) Realización de un diagnóstico de capacidades por parte de las entidades territoriales y EAPB para establecer planes de fortalecimiento de capacidades y de competencias que favorezcan la implementación del plan en los departamentos, distritos y municipios; ii) Definición de equipos funcionales 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) Definición de estrategias de dirección, coordinación y organización institucional para la implementación del Plan; iv) Identificación de recursos y procesos disponibles para la implementación; v) Inicio del sistema de seguimiento y monitoreo.

**Inicio de la implementación operativa:** Comprende el primer semestre de 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 y monitoreo.

**Implementación propiamente dicha:** Comprende el periodo 2024 – 2031. Corresponde a la ejecución de las estrategias y acciones por eje estratégico del PDSP para el logro de los resultados previstos. Incluye la consolidación de los procesos de seguimiento y monitoreo, y de 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:** De acuerdo con los resultados del proceso de evaluación de la 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.

### **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 PDSP 2012- 2021; ii) identificación de la cadena de valor de los elementos objeto de monitoreo, seguimiento y evaluación; y iii) conceptualización y desarrollo de la propuesta de monitoreo, seguimiento y evaluación para el PDSP 2022-2031.

El análisis documental consistió en la referenciación de buenas prácticas en evaluación de políticas públicas y revisión de experiencias internacionales y nacionales de modelos de referencia y sistemas de evaluación de política pública en salud, así como en la revisión de literatura relacionada con sistemas de evaluación. Este análisis incluyó además la revisión de experiencias de sistemas de monitoreo y seguimiento, en particular de los sistemas que dispone el gobierno nacional para realizar seguimiento a las políticas, planes y proyectos, con el fin de disponer de los insumos requeridos para la concreción del sistema de monitoreo y seguimiento y evaluación del PDSP 2022-2031. Para este proceso se analizaron: i) el portal web del Plan Decenal de Salud Pública; ii) el Sistema de Gestión de Documentos CONPES (SisCONPES); iii) el Seguimiento a Proyectos de Inversión (SPI); iv) el Sistema Nacional de Evaluación de Gestión y Resultado (Sinergia); y v)

el Kit de Planeación Territorial (KPT). Este momento concluyó con la realización del diagnóstico del componente de monitoreo y seguimiento, así como de la evaluación del PDSP 2012-2021<sup>20</sup>.

Culminada la etapa de análisis, con base en los elementos estratégicos y operativos del Plan, se construyó la cadena de valor del sistema de monitoreo, seguimiento y evaluación.

Con base en estos insumos, se realizó la conceptualización y se proyectó la propuesta del sistema de monitoreo, seguimiento y evaluación, cuyo desarrollo se evidencia en el capítulo diez. Con este contexto, la evaluación del plan decenal tiene como marco de referencia la gestión pública orientada a resultados e incluye el monitoreo, seguimiento y la evaluación de los elementos de la cadena de valor (insumos, procesos, productos, resultados del proceso y resultados en salud), a través de métodos cualitativos y cuantitativos que proveerán información sobre el avance en el cumplimiento de metas, la relación entre los actores y el logro de los objetivos con el fin de aportar evidencia para la toma de decisiones. Los periodos de evaluación del plan están previstos de la siguiente manera: Primera evaluación 2026, segunda evaluación 2029 y tercera evaluación 2032.

Los actores involucrados en el proceso de evaluación de la política, según sus competencias, incluyen al Ministerio de Salud y Protección Social, la Comisión Intersectorial de Salud Pública, entidades adscritas al MSPS, entidades territoriales, EPS, IPS, Aseguradora de Riesgos Laborales - ARL, Superintendencia Nacional de Salud, actores de otros sectores, comunidades, academia, órganos de control.

---

<sup>20</sup> Los resultados de este proceso pueden ser consultados en el siguiente documento aportado por la Universidad de los Andes en el marco del contrato No. 374 del 2021. Propuesta metodológica para el desarrollo técnico del sistema de monitoreo, seguimiento y evaluación del PDSP 2022-2031, de acuerdo con las directrices del Ministerio de Salud y Protección Social.

## Referencias

- Aromataris, E., Fernandez, 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.
- 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.
- Gervás, J., Pané, O., & Sicras, A. (2006). Capacidad de respuesta de la atención primaria y redes de servicios. El caso del Consorci Hospitalari de Catalunya. *Atención Primaria*, 38(9), 506-510.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Evaluación de Procesos e Institucional Del Plan Decenal de Salud Pública (2012-2021). Oficina para el apoyo a la planeación sectorial. OAPES.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). *Lineamientos Generales para la formulación del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031*. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS/P/lineamientos-formulacion-pdsp-2022-2031.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección social. (2020a). *Diagnóstico de necesidades y condiciones para la garantía de la participación social, comunitaria y ciudadana en el proceso de formulación del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031*. Informe producto contrato de prestación de servicios 494 de 2020.
- Ministerio de salud y protección social. (2020b). Informe Avance Metas Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021 Informe Técnico Periodo 2012 – 2019. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS/P/informe-avance-metas-pdsp-2012-2021-periodo2012-2019.pdf>

- Ministerio de Salud y Protección social. (2021a). *Análisis de resultados Mapeo interno de Actores MSP e insumos capital social etapa diagnóstico PDSP 2022-2031*. Informe producto contrato 127 2021.
- Ministerio de salud y protección social. (2021b). *Documento de aportes a la metodología de participación social para la formulación del PDSP 2022-2031*. Informe Universidad de los Andes contrato No. 374 del 2021.
- Ministerio de salud y protección social. (2022a). *Informe de resultados de la implementación del proceso de participación social con niñas, niños y adolescentes en el marco de la formulación del plan decenal de salud pública 2022- 2031*. Informe Universidad de los Andes contrato No. 374 del 2021
- Ministerio de salud y protección social. (2022 b). *Documento implementación del protocolo de participación social del PDSP 2022-2031 en la etapa de definición técnica, análisis de los resultados obtenidos y recomendaciones para su desarrollo en la etapa de consulta*. Informe Universidad de los Andes contrato No. 374 del 2021.
- National Health Service - Centre for Reviews and Dissemination (2002) . The Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE) York: University of York. Effectiveness Matters. 6 (2).
- Sandoval, C., Sanhueza, A., Williner, A. (2015). *Las estrategias de participación ciudadana en los procesos de planificación multiescalar*. Manuales de La CEPAL. P. 2, 74.
- Secretaría Distrital de Planeación. (2017). *Guía para la adopción e implementación de políticas públicas del Distrito*. 52. Disponible en:  
[https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/planeacion/guia\\_para\\_la\\_formulacion\\_de\\_politicas\\_publicas\\_del\\_distrito\\_capital.pdf](https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/planeacion/guia_para_la_formulacion_de_politicas_publicas_del_distrito_capital.pdf)
- Silva-Jaramillo, Santiago. (2017). Identificando a los protagonistas: el mapeo de actores como herramienta para el diseño y análisis de políticas públicas. *Gobernar: The Journal of Latin American Public Policy and Governance*:

Vol. 1 : Iss. 1 , Article 7. DOI:10.22191/gobernar/vol1/iss1/4 Available  
at:<https://orb.binghamton.edu/gobernar/vol1/iss1/7>.

Torres-Melo, Jairo., Santander, Jaime. (2013). *Introducción a las políticas públicas  
Conceptos y herramientas desde la relación entre Estado y ciudadanía.*

Ediciones IEMP. Bogotá. D.C. Disponible en:

[https://www.funcionpublica.gov.co/eva/admon/files/empresas/ZW1wcmVzYV83Ng==/imgproductos/1450056996\\_ce38e6d218235ac89d6c8a14907a5a9c.pdf](https://www.funcionpublica.gov.co/eva/admon/files/empresas/ZW1wcmVzYV83Ng==/imgproductos/1450056996_ce38e6d218235ac89d6c8a14907a5a9c.pdf)

Van Es, M., Guijt, I., Vogel, I. (2015). *Theory of Change Thinking in Practice - A  
Stepwise Approach.* La Haya: Hivos.

## Capítulo 3. Análisis de Situación de Salud del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031

---

En el Análisis de Situación de Salud (ASIS) de Colombia que se presenta en este capítulo, se exponen los resultados de las exploraciones analíticas de la desigualdad en salud, que aportan evidencia efectiva y oportuna para la definición del marco estratégico del PDSP 2022-2031, convirtiéndose en 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.

Para su desarrollo se exploraron las variables de diferentes fuentes de información disponibles en el Sistema Integrado de Información de la Protección Social -SISPRO-, así como de fuentes de información como sistemas de vigilancia, fuentes de base poblacional y 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.

El capítulo se organiza en seis apartados, que evidencian 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 la rectoría en salud necesaria para la gobernanza, la planificación y la conducción de políticas públicas en salud.

El primer apartado contiene la caracterización del contexto demográfico, y presenta una serie de indicadores que se comportan como determinantes sociales de la salud, que permitieron caracterizar e identificar las necesidades sanitarias como insumo para la coordinación intersectorial y transectorial. El segundo apartado, tiene la descripción de los determinantes sociales de la salud poblacional.



En el tercer apartado, se describe la composición y organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y presenta los recursos disponibles del sistema en salud como infraestructuras, transporte, asistencia y talento humano en salud.

El cuarto apartado, aborda la situación epidemiológica mediante el análisis de los efectos de salud y sus determinantes. En este caso se analizó la morbilidad atendida, la mortalidad registrada por grandes causas de defunción, causas específicas según subgrupos y mortalidad materno-infantil y de la niñez; incluye los resultados del análisis de tendencia, de algunos eventos de interés en salud pública, antes y durante la pandemia por COVID-19. El análisis indagó variables que causan gradientes de desigualdad, a nivel nacional, entre grupos como el sexo, nivel educativo, ingresos, régimen de afiliación al SGSSS, pertenencia étnica, situación de desplazamiento, discapacidad y área de residencia. De igual manera, incluye exploraciones analíticas de desigualdad en salud, a partir de unidades departamentales, socialmente jerarquizadas para unos indicadores específicos.

En el quinto apartado se reconocen los problemas más relevantes identificados a lo largo del análisis y se realiza la priorización de acuerdo con el método de semaforización mediante tres criterios: 1) Carga de enfermedad evaluado a través del indicador DALYS, 2) Incidencia de la enfermedad y 3) Mortalidad. Se estimaron las diferencias relativas entre los años 2012 y 2019. Se estableció el criterio de prioridad comparando las condiciones de salud que hacen parte de cada grupo de riesgo, ordenando de mayor a menor los resultados de las diferencias temporales de los tres criterios mencionados previamente.

## **Contexto Demográfico**

### ***Tamaño y Volumen Poblacional***

Según proyecciones del CENSO 2005, para el 2020 Colombia cuenta con 50.912.429 habitantes siendo un 16% más poblada que en 2005 (42.888.592). El 49,4% (25.138.723) de la población corresponde a hombres y el restante 50,6%

(25.773.706) a mujeres. La relación hombre mujer se ha mantenido estable durante el decenio, para el último año por cada 100 mujeres hay 97,54 hombres (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2011). Sin embargo, los datos publicados del Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 – CNPV 2018, estiman que el país para el año 2021 tiene 51.049.498 millones de personas, se mantiene la brecha entre hombre (48,8%) y mujeres (51,2%), por cada 100 hombres hay 105 mujeres según datos para el año 2018 (Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE , 2021).

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).

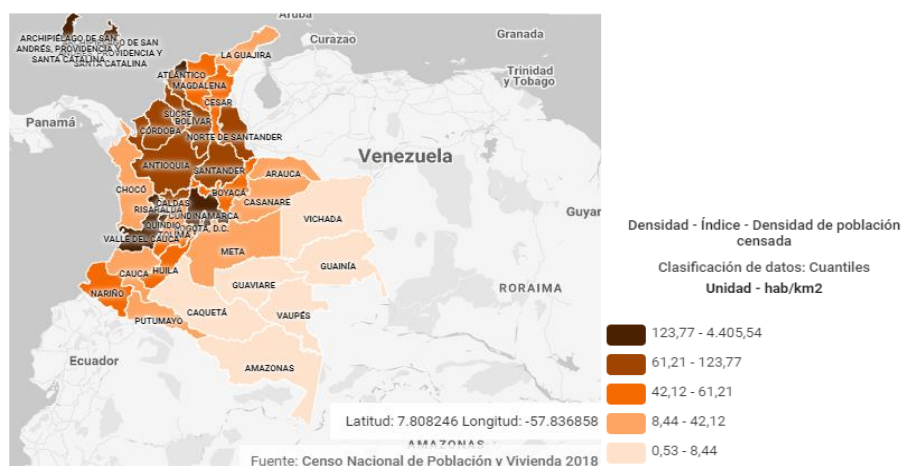
Las tres cordilleras de la región andina presentan la mayor concentración poblacional: en alturas menores a los 3.000 msnm; en los altiplanos de Ipiales, Túquerres, Pasto y cundiboyacense y en los valles interandinos, principalmente de los ríos Cauca y Magdalena, las ciudades de Cartagena, Barranquilla, 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 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) (Mapa 13).

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). , 2021).

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. Para el 2021, 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 Mapiripana (1.077) en Guainía; La Victoria (667), Puerto Alegría (777) y Puerto Arica (1.050) en Amazonas; y Papunaua (816) en Vaupés.

Mapa 1.

*Densidad poblacional, 2021*



Fuente: Geovisor CNPV 2018 – DANE.

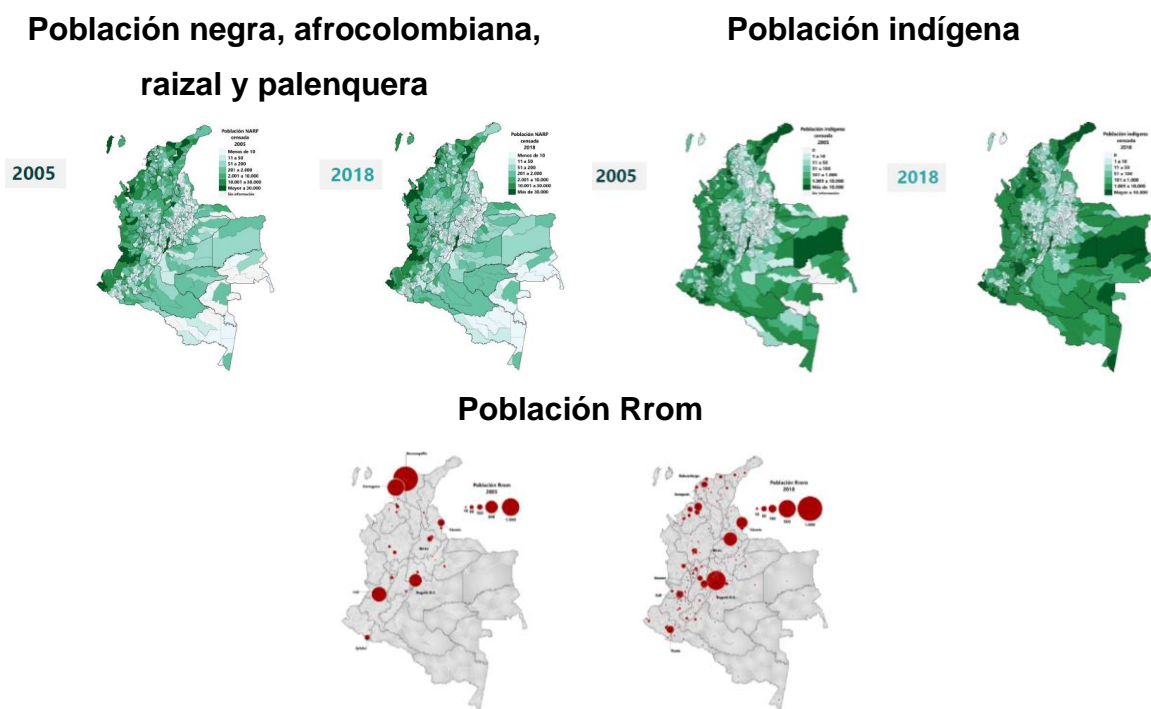
En Colombia, los pueblos indígenas se localizan principalmente en las regiones Amazónica, Andina, Orinoquía y Caribe (Instituto Geográfico Agustín Codazzi, 2005); el porcentaje de participación poblacional de los pueblos indígenas es del 4,4% según el CNPV 2018 (1.905.617 personas) (Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), 2021). La población afrocolombiana ocupa principalmente las regiones de la cuenca del Pacífico; valle del Patía; litoral del Caribe; archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina; Magdalena medio y bajo; la Amazonía y la Orinoquía en sus sectores de explotación de oro; y en las ciudades de Cali, Santa Marta, Cartagena, Barranquilla, Quibdó, Montería, Sincelejo y Medellín (Instituto Geográfico Agustín Codazzi, 2005). En el Pacífico las comunidades afrocolombianas se localizan en las márgenes de los principales ríos, en las partes medias y bajas de los tributarios, en el litoral y en los centros urbanos.

El patrón de asentamiento es disperso, caracterizado por un sistema de aldeas rurales distribuidas de manera paralela a los ríos. En la región Caribe la población afrocolombiana registra una marcada presencia en Cartagena, costas de Morrosquillo, depresión Momposina y bajo Cauca (Instituto Geográfico Agustín Codazzi, 2005). Según el censo de 2005, el porcentaje de participación del grupo de negros, mulatos y afrocolombianos es del 10,3% (4.273.722 personas)<sup>1</sup>. La población mestiza es la que mayor participación poblacional tiene con un 84,2% (34.898.171 personas)<sup>1</sup>, los asentamientos poblacionales se localizan principalmente en las cabeceras municipales, en cada uno de los pisos bioclimáticos de acuerdo con las oportunidades productivas que ofrece el territorio *Error! Marcador no definido.* Por su parte, el pueblo Rrom participa con un 0,01% (4.857 personas); los raizales del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, con un 0,07% (30.565 personas); y los palenqueros con un 0,02% (7.470 personas) (Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, 2005) (Mapa 14).

Según el Censo Nacional de Población y Vivienda 2018, la participación de la población Negra, Afrocolombiana, Raizal o Palenquera (NARP) entre el Censo General 2005 y el CNPV 2018 de la población efectivamente censada se redujo en un 30.8%, es decir, la población NARP paso a ser del 9.34% (4.671.160). La mayoría de la población NARP se encuentra en el grupo etario entre los 15 y los 64 años de edad y se ubican en los departamentos Valle del Cauca, Chocó, Bolívar y Antioquia y sobresalen las variaciones intercensales negativas en la Costa Atlántica y el Magdalena Medio.

Mapa 2.

*Distribución geográfica del autorreconocimiento CENSAL de población según pertenencia étnica CG 2005 - CNPV 2018*



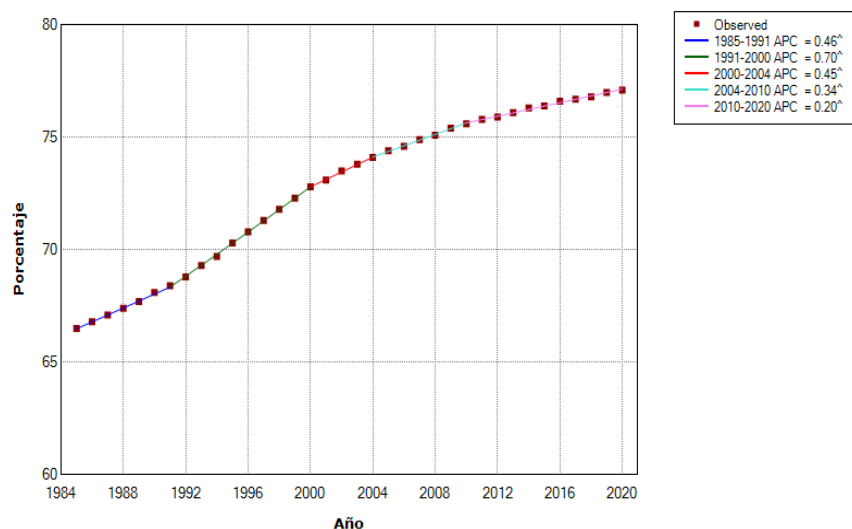
Fuente: Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 – Poblaciones Negras, Afrocolombianas, Raizales, Palenqueras, Rrom e Indígenas

Durante la última década casi todos los países latinoamericanos han sufrido un rápido proceso de urbanización como reflejo de los procesos migratorios internos, regionales y en gran parte como efecto de problemáticas sociales internas,

en Colombia este proceso no ha sido ajeno. Según las proyecciones censales del DANE, entre 1985 y 2020 el porcentaje de población urbana se incrementó en cerca de un 14% (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2021); así mismo, entre 1985 y 2020 se identifican cuatro puntos (Joinpoint) donde el cambio porcentual anual es estadísticamente significativo con un nivel de confianza del 95%, los cambios más grandes se identifican entre 1985 y 1991; entre 1991 y 2000 con cambios porcentuales anuales de 0,46 y 0,70 respectivamente. (Gráfico 1).

Gráfico 1.

*Porcentaje de urbanización, 1985-2020*



^ El cambio porcentual anual (APC por sus siglas en inglés) es significativamente diferente de cero con un alfa de 0.05.

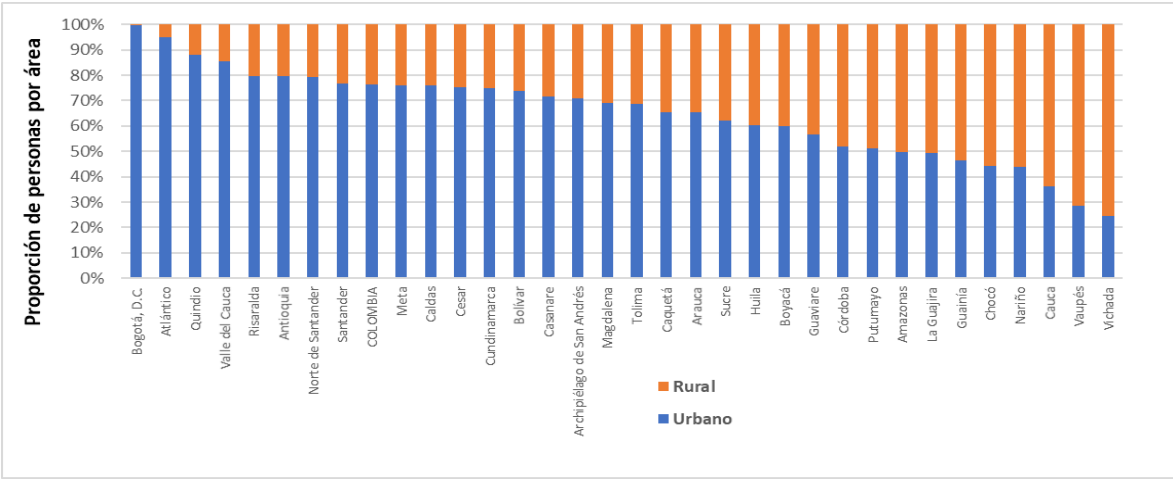
Fuente: Elaboración a partir de datos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad. Información a noviembre 30 de 2019.

Para 2021 se proyectó que el 76,2% (38.898.851) de la población colombiana habitaría en el área de las cabeceras municipales y el 23,8% (12.150.647) en el resto; de la misma forma, se tiene proyectado que para 2070 la situación sea muy similar a la actual, teniendo un 74,4% (46.878.800) de población congregada en las áreas urbanas, demandando aún mayor cantidad de recursos y servicios (Proyecciones de población 2018 – 2070, CNPV 2018). En 2004 el 41% del total de la población vivía en ciudades con más de 100.000 habitantes (World Health

Organization, 2015), trayendo paralelo un proceso de aglomeración y de productividad aumentada inductor del incremento de la demanda de vehículos por parte de los hogares y las empresas para llevar a cabo diferentes actividades económicas (Medina C.A., 2011). El uso de vehículos automotores genera altos índices de contaminación atmosférica y esta a su vez está asociada con mayores tasas de mortalidad infantil (Lommis DP, 1999) y con el incremento en la demanda de servicios de salud (Tellez-Rojo M, 1997).

Los fenómenos migratorios han marcado la configuración del espacio nacional e influenciado las formaciones de las zonas urbanas colombianas. Para 2021 los territorios de Bogotá, D.C., Antioquia, Valle del Cauca, Atlántico y Cundinamarca son los concentran mayor población urbana (Gráfico 2). En tanto 45 municipios registran más del 90% de la población en el área urbana. La rapidez en crecimiento de las ciudades y la magnitud del proceso de urbanización plantea enormes desafíos, entre ellos satisfacer la creciente demanda de viviendas de bajo costo, sistemas de transporte interconectados, servicios básicos y empleos, en particular para cerrar brechas entre las personas más vulnerables que viven en asentamientos urbanos informales a los centros donde existen oportunidades en las ciudades (Banco Mundial, 2020).

Gráfico 2.  
*Población por área según departamento, 2021*



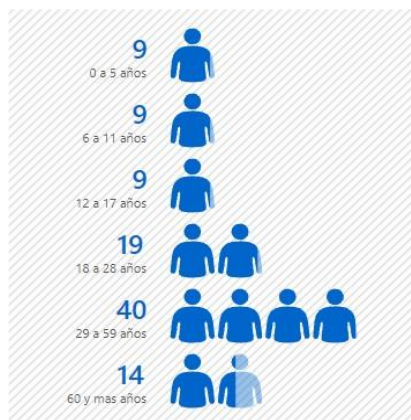


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 - DANE. Proyección serie departamental de población por área, para el periodo 2018 -2050. Información. Información actualizada al 9 de octubre de 2020. Consultado el 21 de octubre 2021.

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) (Gráfico 3). Los territorios como Bogotá, D.C., Antioquia, Valle del Cauca, Cundinamarca, Atlántico y Santander concentran el 56,4% de las personas entre los 29 y 59 años. El 62,2% de los jóvenes viven en Bogotá, D.C., Antioquia, Valle del Cauca, Cundinamarca, Atlántico, Santander, Bolívar y Córdoba. En Bogotá, D.C., Antioquia, Valle del Cauca, Cundinamarca, Atlántico y Santander se concentran el 71,3% personas de 60 años y más.

Gráfico 3.

*Proporción de población según curso de vida, Colombia 2021*



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CNPV 2018 – DANE. Proyecciones de población a nivel nacional 2018 – 2070

### ***Estructura poblacional***

América Latina y el Caribe han entrado en la segunda fase de transición demográfica, caracterizada por el descenso vertiginoso de las tasas de natalidad



hasta equiparar valores reducidos junto con la mortalidad; como consecuencia, los países de la región están experimentando cambios en las estructuras poblacionales por edad evidenciándose principalmente una reducción en la población infantil y un aumento en la población de personas mayores (Comisión Económica y Social para América Latina y el Caribe, 2018).

Colombia, al igual que la mayoría de los países de la región, experimenta la segunda fase de transición demográfica (expansión temprana) con tasas de natalidad en descenso y tasas de mortalidad que van en ascenso que se duplican entre 2018 y 2070. Para 2018 (Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, 2005), por cada 100 mujeres en edad fértil (15 a 49 años) había 30 niños entre 0 y 4 años; para 2021 esta cifra descendió a 29 y se proyecta que para 2023 pase a 28. Así mismo, en 2021 la población menor de 15 años corresponde al 23,2% (11.853.469) de toda la población, es 2,49 puntos porcentuales menor que en 2018 y se proyecta que para 2023 continúe descendiendo hasta representar el 22,68% de la población. Mientras tanto, la población mayor de 65 años representa el 9,56% de toda la población mostrando incremento en 0,76 puntos porcentuales con respecto a 2018 y se proyecta que para 2023 la proporción continúe aumentando hasta llegar a un 10,24%.

El índice de dependencia demográfica muestra un descenso en los últimos diez años. En 2005, de cada 100 personas entre 15 y 60 años dependían 59,4 personas menores de 15 y mayores de 60 años; en 2021 el número de dependientes es de 48,76 y se proyecta que para 2023 la tendencia cambie y ascienda hasta llegar a 49,05. Se estima que, por el periodo de 44 años comprendido entre 1998 y 2042, la relación de dependencia se mantendrá por debajo de dos dependientes por cada tres personas en edades activas (Comisión Económica y Social para América Latina y el Caribe, 2018).

Mientras el índice de dependencia infantil ha disminuido, pasando de 49,44 menores de 15 años por cada 100 personas entre 15 y 60 años en 2005, a 34,54

en 2021, el índice de dependencia de mayores ha aumentado, pasando de 9,97 personas mayores de 60 años por cada 100 personas entre 15 y 60 años en 2005, a 14,22 en 2021. Se estima que estos índices continúen con las tendencias observadas y para 2023 haya más dependientes mayores de 60 años y menos menores de 15 años dependientes. Aunque el índice de Friz ha pasado de 157 en 2005 a 114,97 en 2021, la población colombiana aún se considera joven, pero se observa una tendencia al envejecimiento, dada la proyección para el 2023 del índice de Friz, que será de 110,04 (Tabla 3).

Tabla 1.

*Índices demográficos: 2018, 2021 y 2023*

Índice Demográfico	Año			Tendencia
	2018	2021	2023	
Población urbana	36.424.653	38.898.851	39.862.623	
Población rural	11.833.841	12.150.647	12.293.631	
Población total	48.258.494	51.049.498	52.156.254	
Población masculina	23.573.287	24.912.231	25.417.094	
Población femenina	24.685.207	26.137.267	26.739.160	
Relación hombre : mujer	95,50	95,31	95,06	
Relación niños : mujer	30	29	28	
Índice de infancia	24	23	23	
Índice de juventud	26	25	24	
Índice de vejez	13	14	15	
Índice de envejecimiento	54	60	65	
Índice demográfico de dependencia	48,88	48,76	49,05	
Índice de dependencia infantil	35,77	34,54	33,80	
Índice de dependencia mayores	13,10	14,22	15,26	
Índice de Friz (IF)	121,86	114,97	110,04	

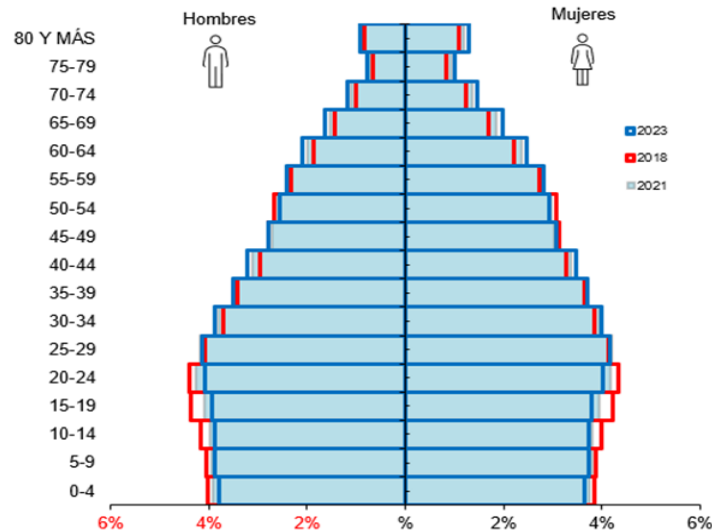
Fuente: CNPV 2018 - DANE. Proyecciones de población nacional 2018-2070. Información a octubre 22 de 2021.

La pirámide poblacional de Colombia 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 (Gráfico 4).

Gráfico 4.

*Pirámide poblacional, 2018, 2021, 2023*



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

Para 2021, el 36,4%, es decir 12 de 33 territorios registran valores por encima del promedio nacional en el índice de envejecimiento, según los datos de proyección de Población 2018-2023, Quindío tiene el índice más alto con 108.48, seguido de Caldas (99,87), Risaralda (94.08), Tolima (81,15), Boyacá (80,31), Bogotá, D.C. (76,33), Antioquia (72,03), Valle del Cauca (72,02), Santander (68,02), Archipiélago de San Andrés (64,81) Nariño (62,78), y Cundinamarca (60,68) (Gráfico 5).

La heterogeneidad social de los departamentos y distritos del país, también se evidencia en la dependencia demográfica, se observa más en Vaupés con el 88,65, seguido de Guainía (74,29), Amazonas (68,78), Vichada (67,39), Chocó (63,43) y La Guajira (62,29). Estos son los territorios, que requieren más del soporte social en la población mayor inactiva por parte de la población en edades activas (Gráfico 5).

Los departamentos de Vaupés (80,90), Guainía (67,28), Vichada (61,08), Amazonas (60,07), La Guajira (54,00), Chocó (53,10) y Guaviare (49,33), son territorios que se caracterizan por requerir más soporte social para la población

infantil y juvenil por parte de la población en edad activa, es decir registran los valores más altos en el índice de dependencia infantil (Grafico 5).

Los cambios en las estructuras de la población de los departamentos son diferentes según el avance del proceso de transición demográfica particular, el cual va de la mano con los procesos de desarrollo social. Este cambio se puede observar a través del índice de friz, en donde las puntuaciones mayores a 160 indican que la población se considera joven; puntuaciones desde 66 hasta 160 indican que la población se considera madura; y puntuaciones menores de 60 indica una población que se considera vieja. Los territorios con población joven en el año 2021 están conformados por los departamentos de Vaupés (347,77), Guainía (254,71), Vichada (218,53), Amazonas (202,26), La Guajira (181,18), Chocó (180,20) y Guaviare (169,97). En contraste con otros departamentos que se encuentran entre 157 y 84,82 que pueden considerarse territorios maduros.

Gráfico 5.

*Índice de envejecimiento, demográfico, dependencia y Friz según departamentos, Colombia 2021*

Territorio	Indice de Envejecimiento	Indice Demografico de Dependencia	Indice de Dependencia Infantil	Indice de Dependencia Mayores	Indice de Friz
Vaupés	14,57	88,65	80,90	7,75	347,77
Guainía	15,86	74,29	67,28	7,01	254,71
Vichada	16,62	67,39	61,08	6,31	218,53
Amazonas	21,50	68,78	60,07	8,71	202,26
La Guajira	23,39	62,29	54,00	8,28	181,18
Chocó	28,97	63,43	53,10	10,33	180,20
Guaviare	27,86	58,09	49,33	8,76	169,97
Caquetá	33,84	56,60	46,13	10,47	156,24
Cesar	33,25	55,84	45,58	10,26	148,11
Magdalena	40,08	55,79	43,82	11,97	147,75
Arauca	30,38	53,27	44,34	8,94	144,08
Huila	47,79	55,69	41,99	13,71	140,60
Sucre	49,10	54,75	40,73	14,03	139,12
Putumayo	35,82	51,67	41,51	10,16	138,03
Bolívar	45,50	53,97	41,12	12,85	137,94
Córdoba	49,70	55,44	41,21	14,23	137,56
Casanare	33,55	48,77	40,08	8,69	125,97
Norte de Santander	48,67	50,20	37,72	12,48	123,74
Cauca	56,06	50,57	36,21	14,36	122,01
Atlántico	50,82	49,33	36,78	12,55	121,62
Meta	47,87	48,96	37,11	11,85	121,43
Valle del Cauca	72,02	51,84	34,45	17,38	117,76
Tolima	81,15	51,82	32,92	18,90	117,53
Boyacá	80,31	56,11	35,22	20,89	117,24
<b>Colombia</b>	<b>59,96</b>	<b>48,76</b>	<b>34,54</b>	<b>14,22</b>	<b>114,97</b>
Nariño	62,78	50,05	34,45	15,60	113,67
Archipiélago de San Andrés	64,81	44,97	32,32	12,65	107,61
Santander	68,01	47,46	32,23	15,23	106,81
Cundinamarca	60,68	46,66	32,98	13,67	106,69
Antioquia	72,03	44,89	30,16	14,73	101,68
Caldas	99,87	48,71	28,69	20,02	99,20
Risaralda	94,08	48,23	29,05	19,18	99,09
Quindío	108,48	47,11	26,71	20,41	93,47
Bogotá, D.C.	76,33	39,17	25,92	13,25	84,82

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

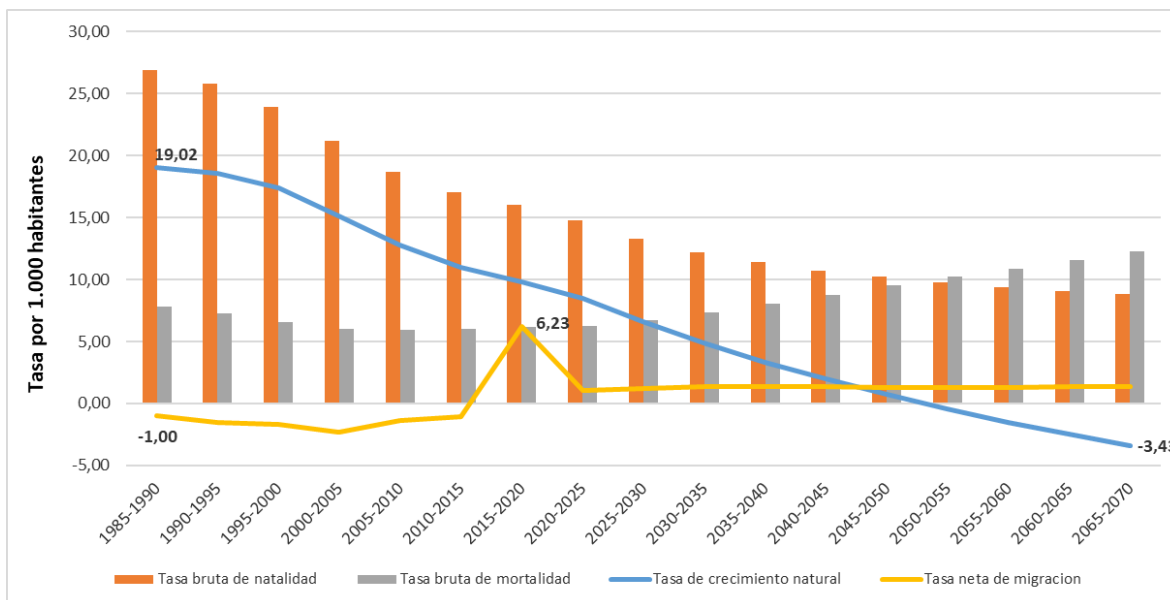
### ***Dinámica Demográfica***

**Crecimiento.** Entre 2002 y 2012, por cada 1.000 habitantes la población mundial se incrementó anualmente en 1,2%, la de los países de ingresos medianos altos en un 0,8% y la de Colombia en 1,5%<sup>2</sup>. Según las estimaciones del DANE sobre el cambio demográfico de la retroproyección de población 1985-2017 y proyección de población 2018-2070 (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 y en términos absolutos en casi once personas por cada 1.000 habitantes. 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. Aunque entre 1985 y 2070 se prevé que la tendencia se mantenga al descenso, a partir del 2015 el descenso del indicador se hace cada vez menor entre los quinquenios hasta llegar al final del periodo. 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).(Gráfico 6).

Gráfico 6.

*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.

**Fecundidad.** En Colombia las tasas de fecundidad muestran una caída importante entre 1985 y 2015 y se considera por la tendencia que para 2021 seguirán disminuyendo. 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, similar a la estimación de 1,9 hijos por mujer para los países de ingresos medianos altos<sup>2</sup>.

Así mismo, para el quinquenio 2015 – 2020 según las proyecciones del CENSO 2005 se esperaban 69,60 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 49 años, lo cual corresponde a la reducción de la tasa general de fecundidad en un 38,19% que significan 43 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 49 años menos que en 2005 (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2011) (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2021).

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<sup>3</sup>. 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 (Gráfico 7).

Gráfico 7.

*Equiplot de las tasas de fecundidad según estratificadores de equidad, 1990-2015*



Fuente: elaborado a partir de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS),1985-2015.

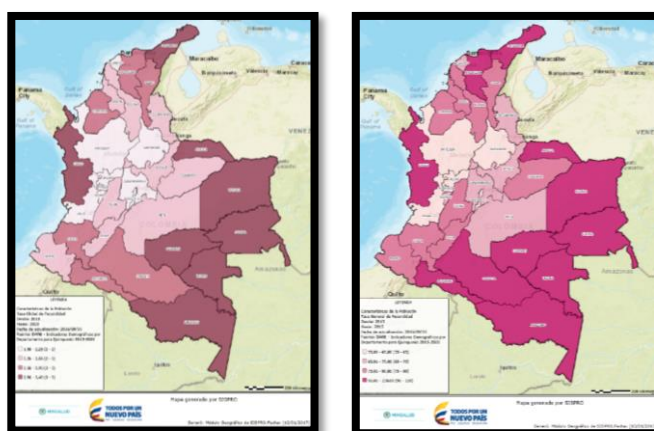
Así mismo, existen importantes desigualdades entre departamentos como Arauca, Chocó, La Guajira y la región amazónica, en tanto presentan tasas de



fecundidad por encima de tres hijos por mujer para el quinquenio 2015-2020. Por su parte, Bogotá muestra tasas menores a dos hijos por mujer (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2021) (Mapa 15). En 2021 según las proyecciones de los componentes del cambio demográfico por área a nivel departamental 2018-2050 del CNPV 2018, los departamentos de Vaupés, Guainía, Vichada y Amazonas mantienen tasas de fecundidad por encima de tres hijos por mujer.

Mapa 3.

*Tasa global y general de fecundidad por departamentos, 2015-2020*

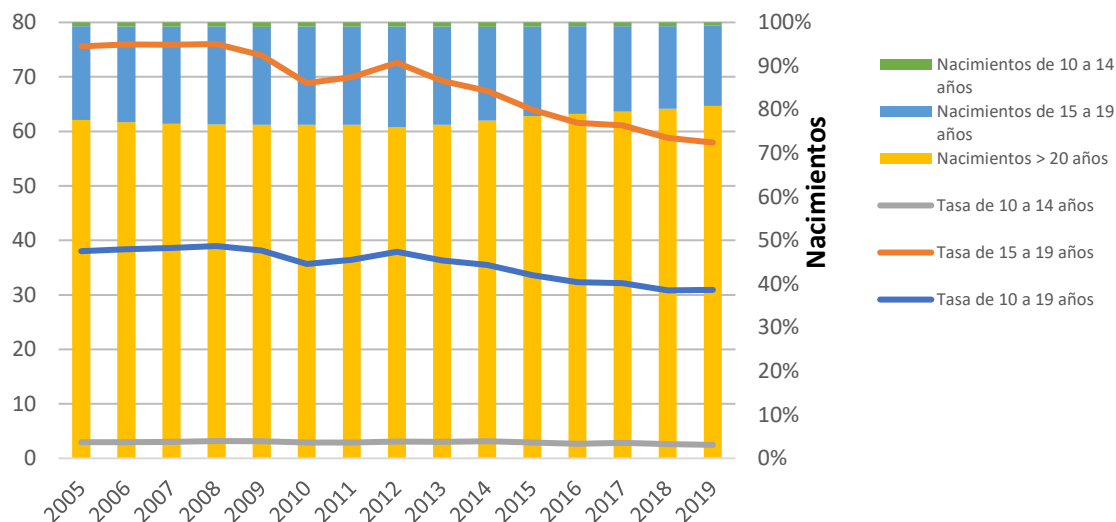


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Elaborado a partir de los datos del DANE, indicadores demográficos según departamento 1985-2020. Conciliación Censal 1985-2005 y Proyecciones de Población 2005-2020.

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 (Gráfico 8).

Gráfico 8.

*Tasas específicas de fecundidad en adolescentes y nacimientos según grupos de edad, 2005-2019*

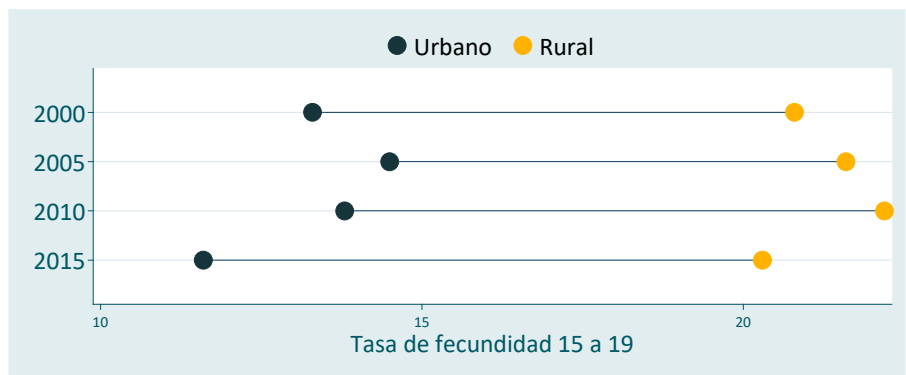
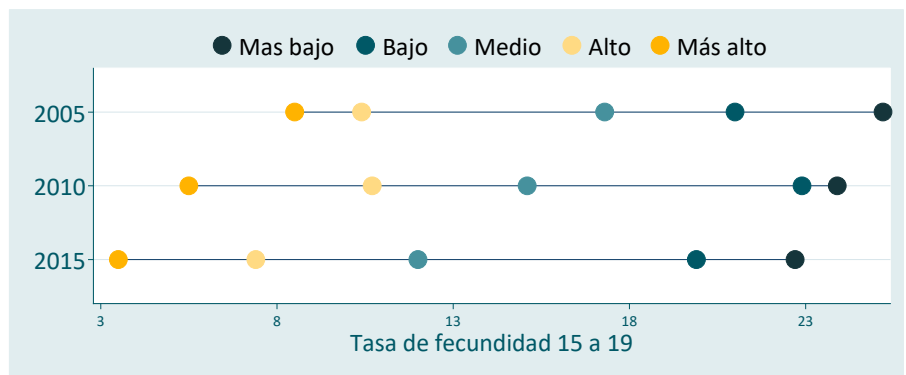
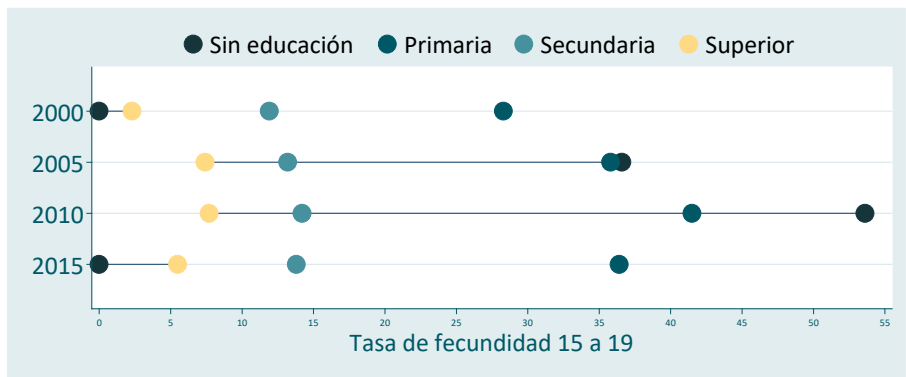


Fuente: elaborado a partir de los datos de fecundidad ASIS 2020 que se actualizaron con información de las estadísticas vitales del DANE – Nacimientos cifras definitivas 2019 y Reportes ASIS 2 del Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social – SISPRO, indicadores de fecundidad. Consultados el 26 de octubre de 2021.

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 (Gráfico 9).

Gráfico 9.

*Equiplot de las tasas de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años, según estratificadores de equidad, 1985-2015*



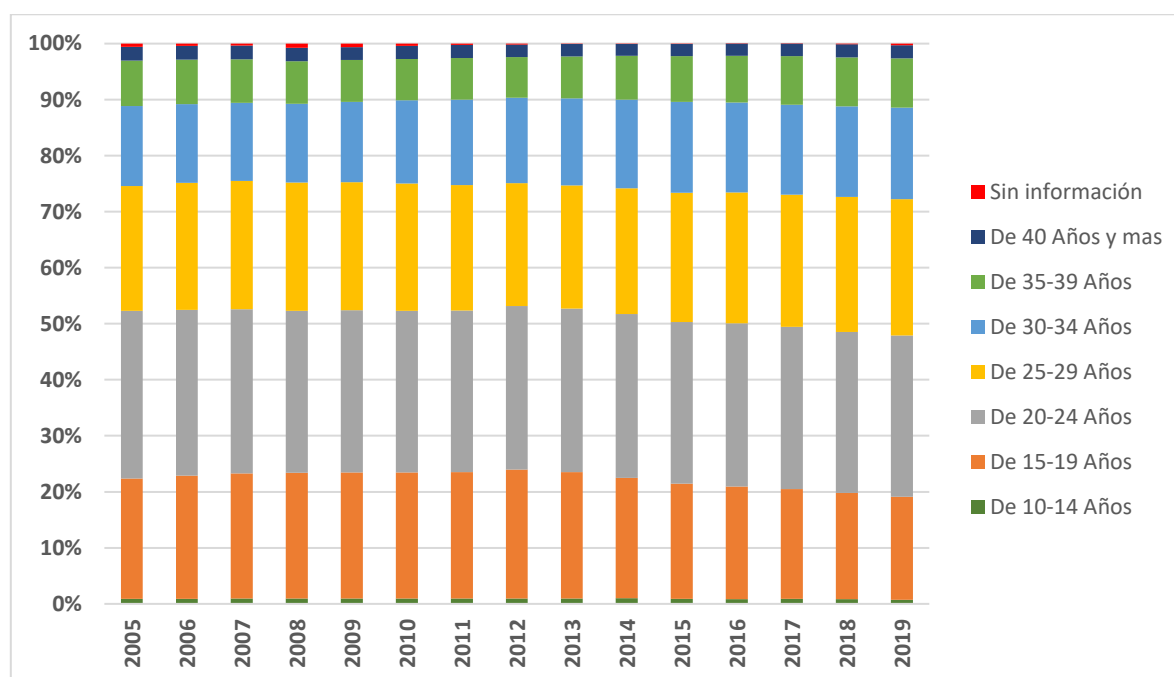
Fuente: elaborado a partir de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), 1985-2015.

En 2019 las adolescentes entre 10 y 19 años de los departamentos de La Guajira, Magdalena, Caquetá, Cesar, Guainía, Arauca, Sucre y Bolívar tuvieron tasas de fecundidad significativamente más altas que la nacional. En tanto que Guainía, Caquetá y Guaviare reportaron tasas de mujeres entre 10 y 14 años de más del doble que el valor de la nacional. Los territorios de Magdalena, La Guajira, Caquetá, Cesar, Guainía, Sucre, Arauca, Amazonas, Bolívar y Huila tuvieron tasas de entre 15 y 19 años significativamente mayores que el país.

**Natalidad.** Los datos absolutos de nacimientos muestran un descenso importante en 2009 y 2010, seguido de continuas oscilaciones a partir de este último año y con una tendencia al descenso hasta el 2019, pasando de 719.968 nacimientos en 2005 a 642.660 en 2019. En resumen, la tendencia de la natalidad en Colombia ha sido decreciente, entre los quinquenios 1985-1990 y 2020-2025, se proyecta que la tasa bruta pase de 26,78 a 14,61. Esto significa una reducción de 12,17 nacimientos por cada mil habitantes. Cada año en Colombia se presentan aproximadamente 676.055 nacimientos, en el periodo 2005 y 2019. Durante 2019 el 72,25% de los nacimientos ocurrieron en mujeres menores de 30 años, el 19,13% en menores de 19 años y el 0,75% en menores de 15 años (Gráfico 10).

Gráfico 10.

*Nacimientos según edad de la madre, 2005-2019*



Fuente: elaborado a partir de los datos del DANE, Estadísticas Vitales: Nacimientos 2005 a 2019. Consultado el 27 de octubre de 2021.

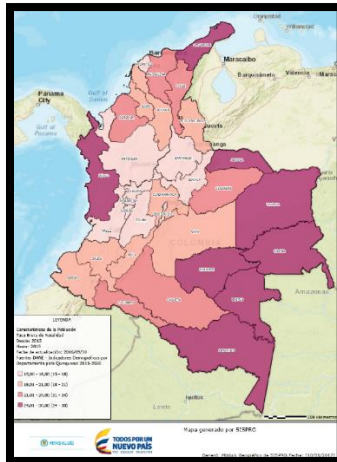
De acuerdo a la información del CNPV 2018 (indicadores demográficos 2018 – 2017), para el año 2019 el país registró una media de 15,6 nacimientos por cada 1.000 habitantes y un rango entre 11,9 y 31,5 nacimientos por cada 1.000 personas. Los territorios que tienen tasas brutas de natalidad que se encuentra entre 11,9 y

15,6 nacidos vivos por cada 1.000 habitantes, corresponden a Quindío, Caldas, Bogotá, D.C., Risaralda, Tolima, Antioquia, Santander, Boyacá, Cundinamarca, Valle del Cauca, y el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.

Por departamentos, considerando la información quinquenal registrada en los indicadores demográficos 1985 – 2020 del CENSO 2005, entre 2015 y 2020 las tasas brutas de natalidad oscilan entre 11,23 y 21,14 nacidos vivos por cada 1.000 habitantes, con una mediana de 15,15. El 21,21% tiene tasas superiores a 19,84 y se ubican en el último decil (21,14): Cesar (21,14), Casanare (19,36), Amazonas (18,46), Sucre (18,44), Magdalena (18,41), Arauca (18,30) y Huila (18,24). El 12,12% de los departamentos tiene tasas inferiores a 12,55 y se encuentran en el decil más bajo (11,23): Archipiélago de San Andrés (11,71), Nariño (11,70), Quindío (11,38) y Caldas (11,23). (Mapa 16)

Mapa 4.

*Tasas brutas de natalidad según departamento, 2015 - 2020*



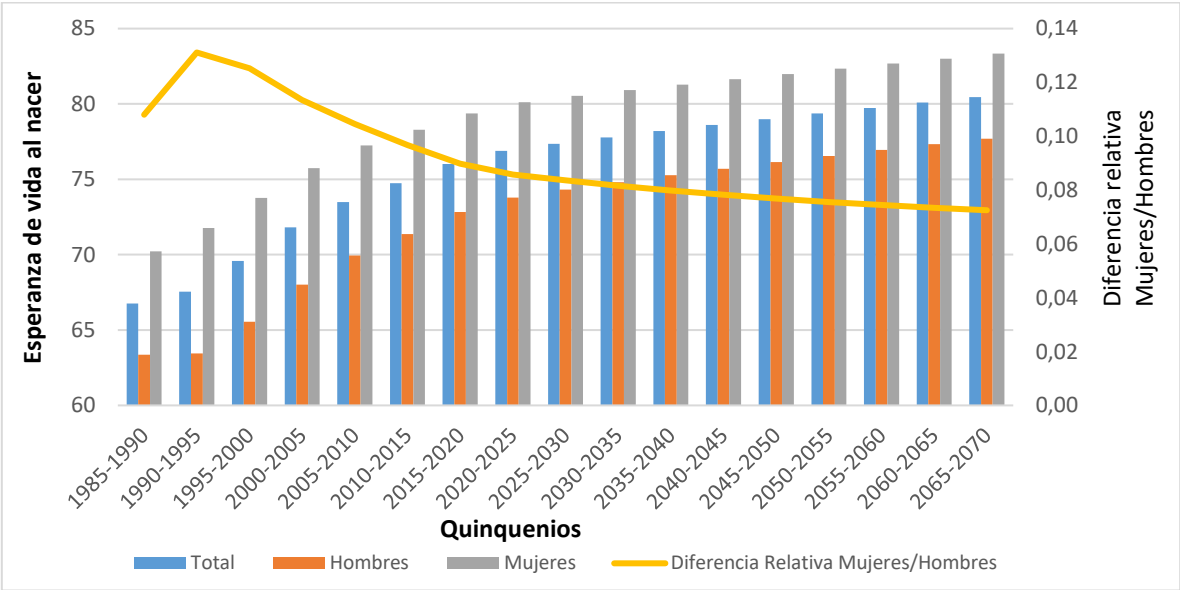
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Elaborado a partir de los datos del DANE, Indicadores demográficos según departamento 1985-2020. Conciliación Censal 1985-2005 y Proyecciones de Población 2005-2020.

**Esperanza de Vida.** Las proyecciones poblacionales estimaron un comportamiento ascendente en la esperanza de vida en Colombia. El incremento sostenido pasó de 66,76 años en el quinquenio 1985-1990 a 74,74 años en el quinquenio 2010-2015. Entre 2015 y 2020 se espera un incremento de 1,27 años

con respecto al quinquenio inmediatamente anterior. Por sexo se observa que la esperanza de vida tiende a ser más alta en las mujeres que en los hombres, aunque con el tiempo la brecha tiende a disminuir; para los años 2020-2025 se espera un incremento de 0,76 y 0,97 años respectivamente en relación con el quinquenio 2015-2020 (Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, 2005) (Gráfico 11).

Gráfico 11.

*Esperanza de vida al nacer, por sexo 1985-2070*

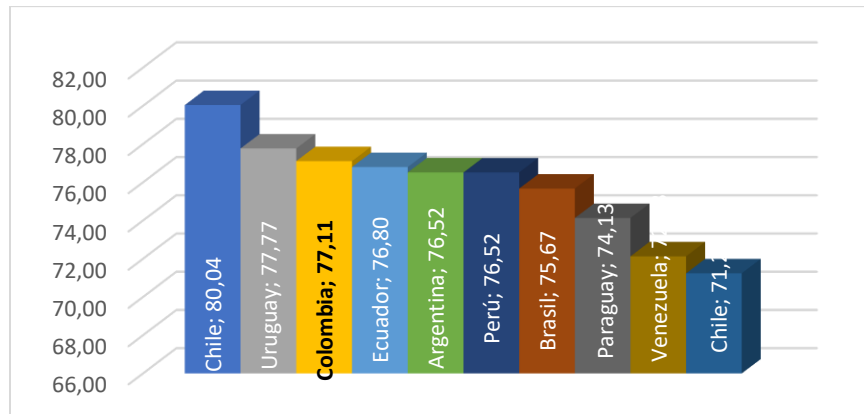


Fuente: Elaboración propia a partir del CNPV 2018 - DANE. Estimaciones sobre el cambio demográfico de la retroproyección de población 1985-2017 y proyección de población 2018-2070. Información a octubre 22 de 2021.

De acuerdo con los datos del Banco Mundial (The World Bank, 20115), en Colombia las personas viven 20 años más, entre 1960 y 2018, al pasar de 56,75 años a 77,11 años respectivamente. Al comparar las diferencias absolutas para este mismo periodo con los países vecinos de Colombia (20) muestran una ganancia menor en la esperanza de vida comparado con Perú (27,5), Bolivia (27,6), Ecuador (23,4), Brasil (21,8) y América Latina y el Caribe (20). En tanto con Venezuela (15) el país tiene una ventaja de cinco años y al compararla con la esperanza de vida del mundo estimada para el 2018 fue de 72,5, la ventaja es de 4,61 años (Banco Mundial, 2020) (Gráfico 12).

Gráfico 12.

## Esperanza de vida al nacer, en el Mundo y América Latina del Sur 2018

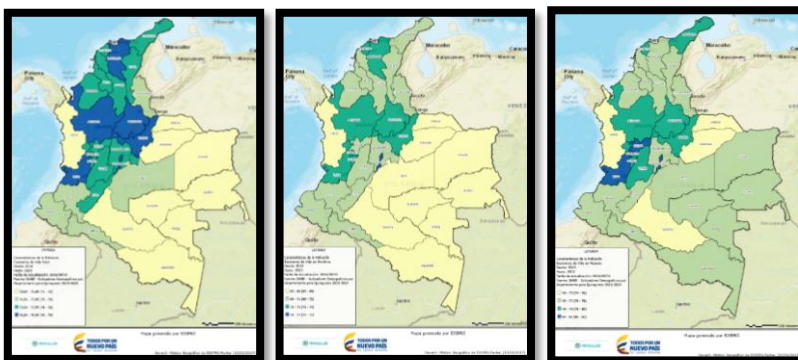


Fuente: Banco Mundial. Indicadores según país 2018

Para el quinquenio 2015-2020, el Censo 2005, estimó que en el Distrito Capital de Bogotá la esperanza de vida en los hombres fuera de 76,83 años y representara la más alta del país, seguida de los departamentos de Valle del Cauca y Antioquia con 76,67 y 76,25 años respectivamente. En las mujeres, el Distrito Capital de Bogotá también tuvo la esperanza de vida más alta del país, siendo esta de 81,02 años, seguida de los departamentos de Valle del Cauca y Caldas, con 81,13 y 80,20 respectivamente (Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, 2005) (Mapa17).

### Mapa 5.

*Esperanza de vida total, en hombres y mujeres según departamentos, 2015 -2020*



Fuente: DANE, Indicadores demográficos según departamento 1985-2020. Conciliación Censal 1985-2005 y Proyecciones de Población 2005-2020.

**Migración y Movilidad.** El promedio de la tasa de migración neta para el periodo 1985 - 1990 fue de -1,00 (negativo), contrario al promedio del periodo 2020 - 2025 que estima de 1,06 (positivo), lo cual muestra una tendencia que va del predominio de la salida de la población del país, al predominio del ingreso de personas a Colombia. Vaupés es el único departamento que en los ocho quinquenios de 1985 a 2025 registra solo tasas positivas, pero otros como Cesar, Córdoba, Choco, La Guajira, y Sucre también representan territorios donde sus tasas positivas predominantes los sitúa como receptores de población. En tanto que Cauca, Huila, Nariño, Quindío, Risaralda y Valle del Cauca, en todos los quinquenios registran tasas negativas manteniendo así un flujo de salida de personas, constituyéndose en departamentos expulsores. Departamentos que durante los primeros quinquenios registraron tasas negativas y luego su comportamiento se invirtió a positivo son Antioquia, Bogotá, D.C., Caldas, Cundinamarca, Meta, Santander, Tolima, Casanare, Putumayo, Amazonas y Guainía representando mayor recepción de población (Gráfico 13).

Las proyecciones del CNPV 2018, muestran que Bogotá, D.C., Putumayo, Guainía, Arauca, La Guajira, Vaupés, Antioquia y Cundinamarca son los territorios donde las personas inmigraron más en los últimos 12 meses, es decir, reportan tasas de inmigración mayores o iguales a 2 personas por cada mil habitantes. En tanto que Cesar, Norte De Santander, Magdalena, Amazonas, Guaviare, Santander, Atlántico, Boyacá, Sucre, Vichada, Casanare, Bolívar, Córdoba, Caldas y Choco tienen menor inmigración con tasas por debajo de 2 personas por cada mil habitantes (Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE, 2020)

Gráfico 13.

*Tasa de migración por departamentos de Colombia, 1985 – 1990 y 2020 – 2025*



Departamento	1985-1990	1990-1995	1995-2000	2000-2005	2005-2010	2010-2015	2015-2020	2020-2025
Arauca	0,39	-0,02	-0,72	-1,73	-0,33	-0,07	28,13	2,21
Norte De Santander	1,47	1,20	-0,32	-1,69	-0,85	-0,60	23,20	1,50
La Guajira	0,56	0,58	0,23	-0,26	1,09	1,75	20,54	2,25
Cesar	0,74	0,72	0,06	-0,24	0,27	0,61	14,43	1,70
Atlántico	0,22	-0,09	-0,92	-1,54	-0,86	-0,62	14,25	0,91
Magdalena	1,70	0,42	-0,18	-0,50	0,49	0,85	13,28	1,59
Bogotá, D.C.	-0,48	-0,75	-1,06	-1,89	-0,07	0,87	10,36	3,94
Bolívar	1,17	1,06	0,06	-0,65	-0,30	-0,23	8,92	0,40
Guainía	-1,15	-3,05	-0,83	-1,04	0,51	0,90	8,88	2,84
Santander	-0,05	-0,50	-0,77	-1,32	-0,30	0,02	8,41	1,23
Sucre	1,24	0,85	0,16	-0,24	0,00	0,06	7,93	0,62
Vichada	1,03	0,15	-0,13	-0,33	0,03	0,11	7,51	0,55
Cundinamarca	-1,42	-2,66	-1,73	-2,32	-1,17	-0,38	6,60	1,91
Casanare	-0,81	-1,02	-0,94	-0,95	-0,22	0,01	5,94	0,49
Antioquia	-0,59	-1,14	-1,10	-1,55	-0,28	0,38	5,92	2,42
Putumayo	-3,07	-3,49	-2,08	-2,05	-0,63	0,45	3,25	3,25
Vaupés	7,23	6,10	5,26	4,76	3,93	3,82	3,15	2,48
Córdoba	0,79	0,26	0,04	-0,15	0,23	0,31	3,09	0,42
Boyacá	0,14	-0,31	-0,14	-0,38	0,19	0,40	3,01	1,08
Meta	-1,48	-1,51	-1,51	-1,43	-0,76	-0,48	1,44	0,01
Guaviare	4,01	3,10	2,11	1,84	-0,59	-0,95	1,23	1,66
Amazonas	-0,34	0,11	-0,75	-1,83	-0,48	0,24	1,09	2,10
Choco	0,56	-0,09	0,09	0,15	0,76	0,88	0,96	0,32
Tolima	0,05	-0,56	-0,55	-1,00	-0,76	-0,89	0,39	0,07
Caldas	-1,65	-2,26	-2,07	-2,97	-2,39	-2,36	0,38	0,59
Huila	-0,35	-0,86	-0,86	-1,19	-0,91	-0,91	-0,12	-0,32
Cauca	-1,07	-1,62	-1,16	-1,54	-1,22	-1,23	-0,13	-0,21
Caquetá	-0,30	-0,35	-0,44	-0,60	-0,69	-0,85	-0,39	0,05
Quindío	-4,89	-5,45	-5,36	-6,98	-6,03	-6,03	-1,88	-1,15
Valle Del Cauca	-5,21	-6,04	-6,11	-7,71	-7,20	-7,78	-3,20	-2,90
San Andrés	1,27	0,86	-0,61	-1,51	-2,09	-2,80	-3,23	-2,82
Nariño	-2,02	-3,27	-3,28	-4,12	-3,76	-4,35	-3,90	-2,60
Risaralda	-6,60	-7,22	-7,19	-9,08	-7,87	-8,03	-3,95	-2,43
<b>Colombia</b>	<b>-1,00</b>	<b>-1,51</b>	<b>-1,65</b>	<b>-2,33</b>	<b>-1,40</b>	<b>-1,08</b>	<b>6,23</b>	<b>1,06</b>

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.

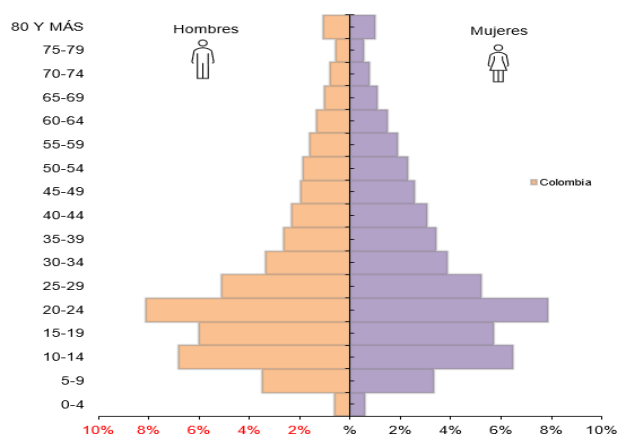
**Movilidad Forzada.** De acuerdo, a los datos del Registro Único de Víctimas, (RUV) a septiembre de 2021, se han registrado 9.601.196 personas consideradas como víctimas, en donde al 74% de ellas (7.111.076) se les han realizado 329.824.786 de atenciones en salud, es decir, que en promedio cada persona registró 46 atenciones. Si bien, el 65,66% (6.304.095) de las personas registradas con hechos victimizantes no definieron, informaron o reportaron la variable etnia; el 7,8% (749.511) se autoidentificaron como negros, mulatos, afrocolombianos o afrodescendientes; el 4,3% (412.577) como indígenas; y 0,3% (27.059) como parte del pueblo Rrom. En menor proporción se encontraron las personas

autoidentificadas como raizales de las islas de San Andrés y Providencia con 0,09% (8.769), y los palenqueros de San Basilio con 0,02% (1.700).

El 91,7% de los hechos victimizantes fue caracterizado como desplazamiento forzado en 8.807.543 personas. Esta cifra representa el 13,93% del total de la población colombiana en 2021. El 54,4% (3.868.626) mujeres, el 45,3% (3.223.329) hombres y 0,3% (19.121) no definidos o no especificados; para una razón mujer: hombre de 1,2. El 48,66% (4.302.709) de las víctimas de desplazamiento forzado eran menores de 25 años y el 6,84% (604.890) mayores de 65 (Gráfico 14).

Gráfico 14.

*Estructura de la población en condición de desplazamiento forzado, 2021*



Fuente: Registro Único de Víctimas, información dispuesta en el cubo de víctimas del MSPS. Fecha de corte: 08/09/2021.

El 51,02% de las personas que reportaron ser víctimas de desplazamiento forzado se localizaron en los territorios de Antioquia, Valle del Cauca, Bolívar, Bogotá, D.C., Nariño, Cesar y Magdalena. Por otra parte, en Casanare, Quindío, Boyacá, Guaviare, Guainía, Vichada, Vaupés, Amazonas y el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina presentaron proporciones inferiores al 1,0 (Gráfico 15).

Gráfico 15.

*Personas en condición de desplazamiento por departamentos de Colombia, 2021*

Departamento	Número de Personas	% de personas
Antioquia	1.641.042	18,63
Valle del Cauca	621.263	7,05
Bolívar	499.832	5,68
Bogotá, D.C.	464.061	5,27
Nariño	434.328	4,93
Cesar	424.108	4,82
Magdalena	408.692	4,64
Córdoba	387.241	4,40
Sucre	339.646	3,86
Cauca	321.659	3,65
Norte de Santander	286.825	3,26
Santander	261.526	2,97
Meta	258.079	2,93
Chocó	249.442	2,83
Tolima	233.345	2,65
Huila	228.792	2,60
Caquetá	228.608	2,60
Atlántico	220.702	2,51
Cundinamarca	187.527	2,13
La Guajira	169.891	1,93
Putumayo	167.576	1,90
Risaralda	113.818	1,29
Caldas	108.489	1,23
Arauca	106.015	1,20
Casanare	74.249	0,84
Quindío	55.353	0,63
Boyacá	42.292	0,48
Guaviare	39.917	0,45
Guainía	13.122	0,15
Vichada	8.904	0,10
Vaupés	7.305	0,08
Amazonas	3.454	0,04
Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	629	0,01
No definido	101.773	1,16
No reportado	98.038	1,11
<b>Total</b>	<b>8.807.543</b>	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del cubo Registro Único de Víctimas, (RUV), SISPRO- MINSALUD, Fecha de corte: 30 de junio de 2021.

### III.

**Inmigración hacia Colombia.** Entre 2012 y 2018, el flujo migratorio de colombianos y extranjeros presentó una tendencia al incremento al pasar de 9.444.268 entradas y salidas en 2012 a 16.719.587 en 2018; además, se observan variaciones que fueron de 12,8% en 2013 a 16,45 en 2018. En 2019 se ve un leve descenso con una variación del -0,4%, pero para 2020 y como consecuencia del cierre de fronteras y la declaración de emergencia sanitaria por la COVID-19 presentó una variación dramática de -72,3%. La tasa promedio de variación anual

entre 2013 y 2019 fue 8,6%, sin embargo, la diferencia entre las variaciones de 2013 y 2020 son de 85 puntos porcentuales (Gráfico 16).

De acuerdo, con los datos de la Unidad Administrativa Especial Migración Colombia, (UAEMC) para 2020 se registraron 4.618.883 flujos migratorios de colombianos y extranjeros, de estos el 49,26% (2.275.396) corresponden a salidas de colombianos y entradas de extranjeros, lo que evidencia una tendencia positiva de crecimiento asociada a patrones migratorios (Gráfico 16).

Gráfico 16.

*Flujo de extranjeros, saldos migratorios y variaciones. Colombia, 2012 – 2020*

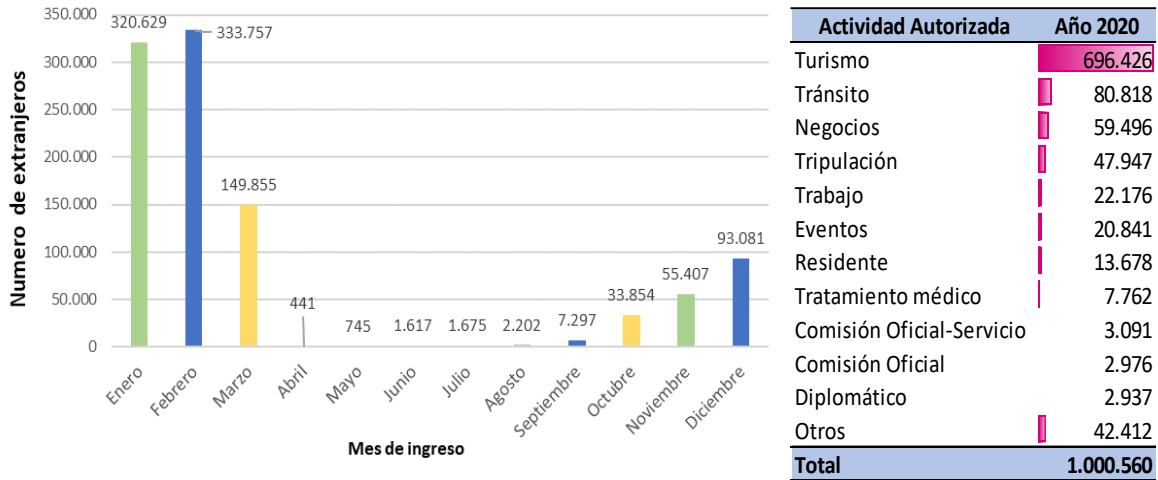
Año	Colombianos		Extranjeros		Total		Total General	% Variación
	Entradas	Salidas	Entradas	Salidas	Entradas	Salidas		
2012	2.903.861	3.169.261	1.698.366	1.672.780	4.602.227	4.842.041	9.444.268	
2013	3.412.574	3.604.631	1.832.098	1.799.331	5.244.672	5.403.962	10.648.634	12,8%
2014	3.736.659	3.910.856	2.051.918	2.016.795	5.788.577	5.927.651	11.716.228	10,0%
2015	3.734.686	3.861.508	2.387.463	2.350.837	6.122.149	6.212.345	12.334.494	5,3%
2016	3.569.532	3.794.529	2.699.257	2.636.220	6.268.789	6.430.749	12.699.538	3,0%
2017	3.809.801	4.016.597	3.344.816	3.190.486	7.154.617	7.207.083	14.361.700	13,1%
2018	4.098.497	4.368.162	4.151.565	4.101.363	8.250.062	8.469.525	16.719.587	16,4%
2019	4.211.089	4.478.963	3.987.446	3.968.836	8.198.535	8.447.799	16.646.334	-0,4%
2020	1.297.530	1.274.836	1.000.560	1.045.957	2.298.090	2.320.793	4.618.883	-72,3%
<b>Total</b>	<b>30.774.229</b>	<b>32.479.343</b>	<b>23.153.489</b>	<b>22.782.605</b>	<b>53.927.718</b>	<b>55.261.948</b>	<b>109.189.666</b>	

Fuente: Elaboración propia a partir de la información consignada en el Boletín Anual de Estadísticas de Flujos Migratorios 2020. UAEMC, junio 2021.

Ahora bien, la entrada de extranjeros para 2020 en promedio mensual fue de 83.380, con una desviación estándar de 122.908,27. Los meses en dónde se registró un mayor número de entradas de extranjeros al país fueron: febrero (33,36%) y enero (32,04%), mientras que mayo (0,07%) y abril (0,04%) registraron un menor número de entradas de extranjeros. Teniendo en cuenta el motivo de llegada de extranjeros al país, se encuentra que el 69,6% (696.426) llegaron al país por turismo, el 8,1% (80.818) estaba en tránsito y el 5.9% (59.496) por negocios (Gráfico 17).

Gráfico 17.

## Flujo de entrada de extranjeros por mes y actividad autorizada. Colombia, 2020

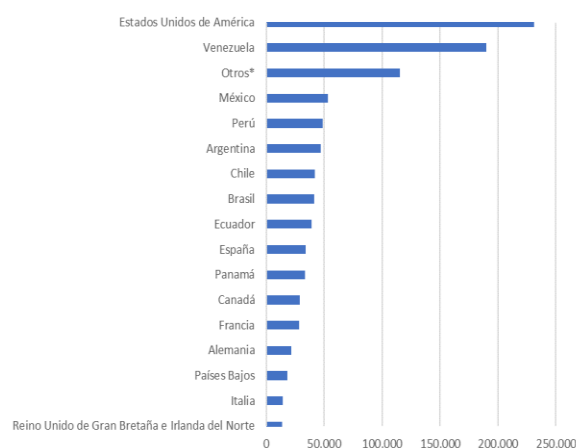


Fuente: Elaboración propia a partir de la información consignada en el Boletín Anual de Estadísticas de Flujos Migratorios 2020. UAEMC, junio 2021.

En comparación con el año inmediatamente anterior, se observa una disminución de 2.986.886 extranjeros como consecuencia del cierre de fronteras y la declaración de emergencia sanitaria por la COVID-19. En 2020 Estados Unidos de América se consolidó como el país con mayor número de entradas a Colombia, con un total 231.048, que corresponde al (23,1%) de las entradas para este año, seguido de Venezuela (19,0%), Otros\* (11,5%), México (5,3%), Perú (4,9%), Argentina (4,7%), Chile (4,2%) y (4,1%) Brasil (Gráfico 18).

Gráfico 18.

## Flujo de entrada de extranjeros. Colombia, 2020



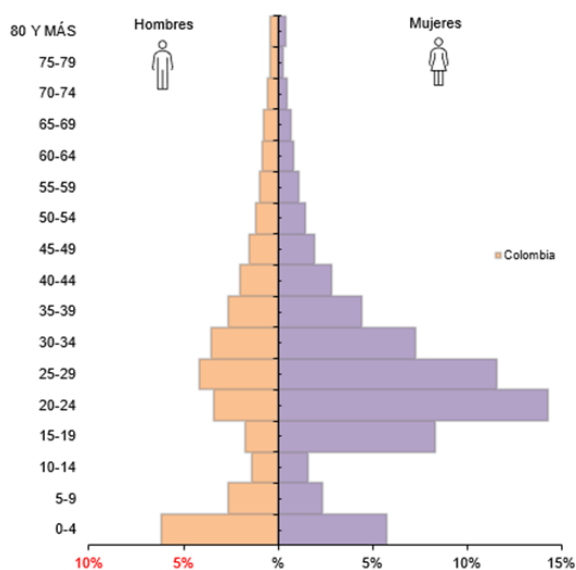
Fuente: Elaboración propia a partir de la información consignada en el Boletín Anual de Estadísticas de Flujos Migratorios 2020. UAEMC, junio 2021.

Es importante resaltar que el país atraviesa por un fenómeno de tránsito migratorio, especialmente de población venezolana. Los registros en salud (RIPS-Circular 029) para el año 2020, muestran un total de 586.614 personas atendidas en los servicios de salud del país con registro de edad usados para la construcción de la pirámide de población.

La pirámide permite observar la distribución de la población migrante atendida según grupos quinquenales con un mayor uso de servicios entre las personas de 20 a 29 años, al revisar, principalmente son las mujeres quienes más acuden y en especial las que están entre los 15 y 29 años de edad, siendo el quinquenio de 20 a 24 el más representativo para este sexo, en cuanto a los hombres reportan el 34% de personas consultantes y el quinquenio de menores de 5 años el más representativo seguido por el de 25 a 29 años y 30 a 34 años (Gráfico 19).

Gráfico 19.

*Pirámide población Migrante atendida en los servicios de salud. Colombia, 2020*



Fuente: Reporte información Circular 029. Consultado en Bodega de datos del SISPRO 10/06/2021.

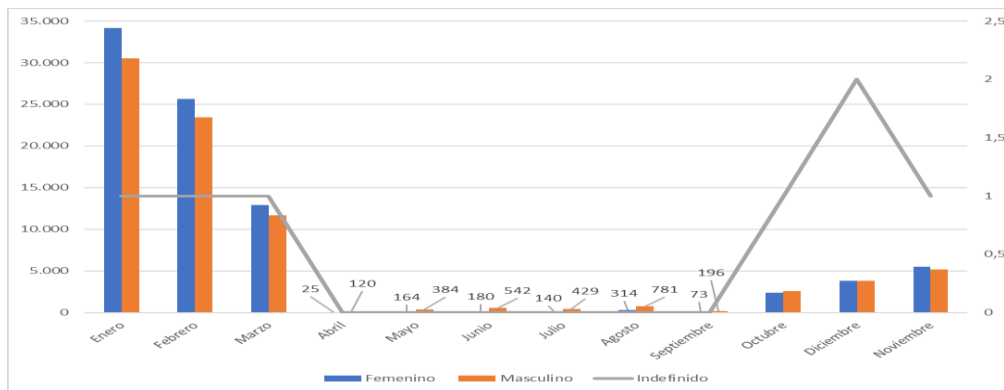
Este mismo registro, muestra que para el 2020, las atenciones en salud de migrantes se hicieron principalmente entre población migrante venezolana (82%) y ecuatoriana (1%); sin identificador de país (12%).

**Movilidad Colombo-Venezolana.** De acuerdo, con 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 encontraban en condición regular, mientras que el 56% restante (966.714) se encontrarían en condición irregular.

En cuanto a las salidas de Colombia de población migrante de la República Bolivariana de Venezuela, durante la vigencia 2020 (en medio de la pandemia de la COVID-19), se registraron un total de 164.892 salidas, principalmente en el mes de enero con 64.689 registros (de los cuales 34.182 corresponden a mujeres, 30.506 a hombres y 1 a indefinido), febrero con 49.082, marzo con 24.572 y diciembre con 10.627, lo que correspondería a la temporada de vacaciones de inicio y fin de año. Los Puestos de Control Migratorio – PMC, por donde más se presentaron salidas de venezolanos fueron el PMC Aeropuerto el Dorado con 41,84%, PMC de Cúcuta con 21,86%, PMC de Paraguachón (La Guajira) con 11,68% y PMC de Rumichaca – Ipiales (Nariño) con 7,24% (Gráfico 20).

Gráfico 20.

*Flujo de salidas de venezolanos por mes, sexo y puesto de control migratorio. Colombia 2020*



Fuente: Elaboración propia a partir de la información consignada en el Boletín Anual de Estadísticas de Flujos Migratorios 2020. UAEMC, junio 2021.

Tabla 2.

*Salidas de venezolanos por puesto de control migratorio, 2021.*

<b>Puesto de Control Migratorio</b>	<b># de Personas</b>
Puesto de Control Migratorio Aeropuerto el Dorado	68.985
Puesto de Control Migratorio de Cúcuta	36.041
Puesto de Control Migratorio de Paraguachón	19.253
Puesto de Control Migratorio de Rumichaca - Ipiales	11.936
Puesto de Control Migratorio Aeropuerto José María Córdoba Medellín	8.190
Puesto de Control Migratorio Aeropuerto Rafael Núñez de Cartagena	4.844
Puesto de Control Migratorio Aeropuerto Ernesto Cortizo de Barranquilla	4.773
Puesto de Control Migratorio terrestre Puerto Santander N. de Santander	4.700
Puesto de Control Migratorio terrestre Arauca	1.561
Puesto de Control Migratorio Aeropuerto Alfonso Bonilla Aragón de Cali	1.413
Puesto de Control Migratorio terrestre Francisco de Paula Santander	1.200
Puesto de Control Migratorio Aeropuerto Almirante Padilla - Rioacha	724
Puesto de Control Migratorio Muelle Internacional de Cartagena	190
Puesto de Control Migratorio Puerto Fluvial de Puerto Carreño	182
Puesto de Control Migratorio Puerto Terrestre de San Miguel	159
Puesto de Control Migratorio Aeropuerto Palo Negro de Bucaramanga	150
Otros	591
<b>Total</b>	<b>164.892</b>

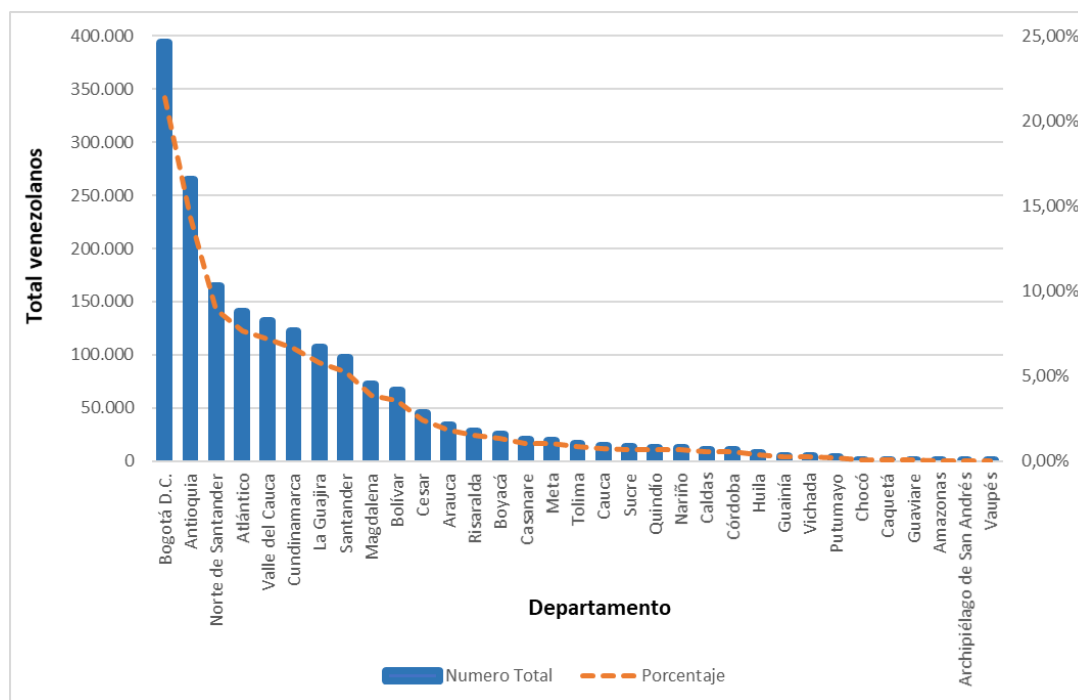
Fuente: Elaboración propia a partir de la información consignada en el Boletín Anual de Estadísticas de Flujos Migratorios 2020. UAEMC, junio 2021.

De acuerdo con la información de Migración Colombia, para agosto del 2021 hay un registro de 1.842.390 venezolanos en el país, de los cuales 344.688 son regulares (bien sea porque son beneficiarios de un permiso de ingreso y permanencia, porque realizaron una prórroga de permanencia o porque cuentan con un Permiso Especial de Permanencia - PEP), 1.182.059 están en proceso de regularización a través del Estatuto Temporal de Protección para migrantes venezolanos (ETPV) y 315.643 residen de manera irregular. Para el corte de agosto de 2021 se describe una variación con respecto al mes de enero que fue del 5,7%. Adicionalmente se observa que las ciudades con mayor cantidad de venezolanos son principalmente Bogotá con 393.716 personas, Medellín con 148.714, San José De Cúcuta que cuenta con 98.680, Barranquilla con 93.321, y Cali donde hay 84.160 venezolanos.

Gráfico 21.



## Distribución de venezolanos en Colombia por departamento y municipio, agosto 2021



Fuente-. Datos de Migración Colombia. Distribución de venezolanos en Colombia, corte agosto 2021.

## Determinantes Sociales de la Salud Poblacional

### ***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. Las actividades económicas que más contribuyen a la dinámica del valor agregado son: comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos automotores y motocicletas; transporte y almacenamiento; alojamiento y servicios de comida creció 33,8% (contribuye 5,7 puntos porcentuales a la variación anual); industrias manufactureras creció 18,8% (contribuye 2,4 puntos porcentuales a la variación anual); administración pública y defensa; planes de seguridad social de afiliación obligatoria; Educación; Actividades de atención de la salud humana y de servicios sociales creció 8,0% (contribuye 1,4 puntos porcentuales a la variación anual).

Respecto al trimestre inmediatamente anterior, el Producto Interno Bruto en su serie ajustada de efecto estacional y calendario creció 5,7%. Esta variación se explica

principalmente por la siguiente dinámica: Comercio al por mayor y al por menor; Reparación de vehículos automotores y motocicletas; Transporte y almacenamiento; Alojamiento y servicios de comida creció 15,6%. Industrias manufactureras creció 13,2%. Actividades profesionales, científicas y técnicas; Actividades de servicios administrativos y de apoyo creció 5,3% (Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE, 2021) (Tabla 6).

Tabla 3.

*Valor agregado por actividad económica. Tasas de crecimiento en volumen. Tercer trimestre 2021pr*

Actividad económica	Serie original		Serie ajustada por efecto estacional y calendario
	Anual	Año corrido	Trimestral
	2021 <sup>Pr</sup> - III /	2021 <sup>Pr</sup> /	2021 <sup>Pr</sup> - III /
	2020 <sup>Pr</sup> - III	2020 <sup>Pr</sup>	2021 <sup>Pr</sup> - II
Agricultura, ganadería, caza, silvicultura y pesca	1,3	2,3	-1,1
Explotación de minas y canteras	4,1	-2,2	-0,2
Industrias manufactureras	18,8	18,4	13,2
Suministro de electricidad, gas, vapor y aire acondicionado <sup>2</sup>	7,4	5,0	3,7
Construcción	0,8	2,7	-1,6
Comercio al por mayor y al por menor <sup>3</sup>	33,8	21,8	15,6
Información y comunicaciones	13,2	8,7	3,6
Actividades financieras y de seguros	2,1	3,4	0,8
Actividades inmobiliarias	2,0	2,0	0,5
Actividades profesionales, científicas y técnicas <sup>4</sup>	12,4	9,4	5,3
Administración pública, defensa, educación y salud <sup>5</sup>	8,0	7,0	1,9
Actividades artísticas, de entretenimiento y recreación y otras actividades de servicios <sup>6</sup>	32,0	34,6	-3,7
<b>Valor agregado bruto</b>	<b>12,8</b>	<b>10,0</b>	<b>6,0</b>
Total impuestos menos subvenciones sobre los productos	17,0	13,5	3,0
<b>Producto Interno Bruto</b>	<b>13,2</b>	<b>10,3</b>	<b>5,7</b>

Fuente: DANE, Cuentas nacionales

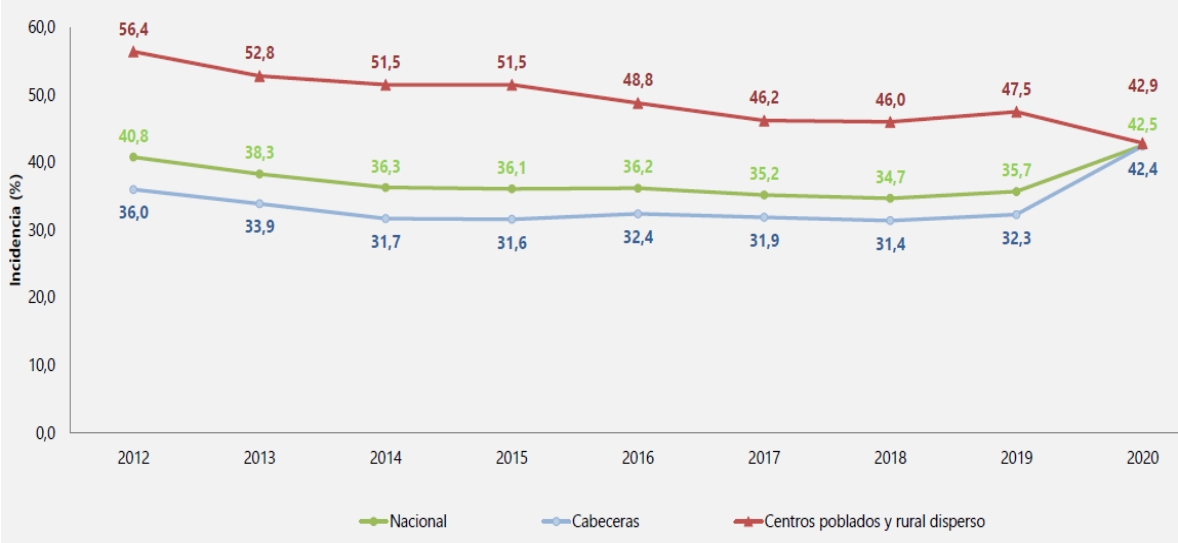
De acuerdo con la estimación del DANE con base en los datos del censo de población y vivienda de 2018 el 14.28% de las personas vivían con sus necesidades básicas insatisfechas: el 3,80% en la miseria, el 5,31% en viviendas inadecuadas, el 3,59% con servicios inadecuados, el 4,17% en hacinamiento.

Según las cifras oficiales de pobreza monetaria basadas en la información de la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) 2019- 2020, los Registros Administrativos (RRAA) y la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes del Ministerio de Salud (PILA), la incidencia de la pobreza monetaria entre 2019 y 2020

disminuyó casi cinco puntos en los centros poblados y rural disperso; aumentó casi diez en las cabeceras y a nivel nacional se incrementó casi en siete puntos. Según la información del DANE, en 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 (Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE. Pobreza y desigualdad. Pobreza monetaria y pobreza monetaria extrema, 2020) (Gráfico 22).

Gráfico 22.

*Incidencia de pobreza monetaria según área, 2012 - 2020*

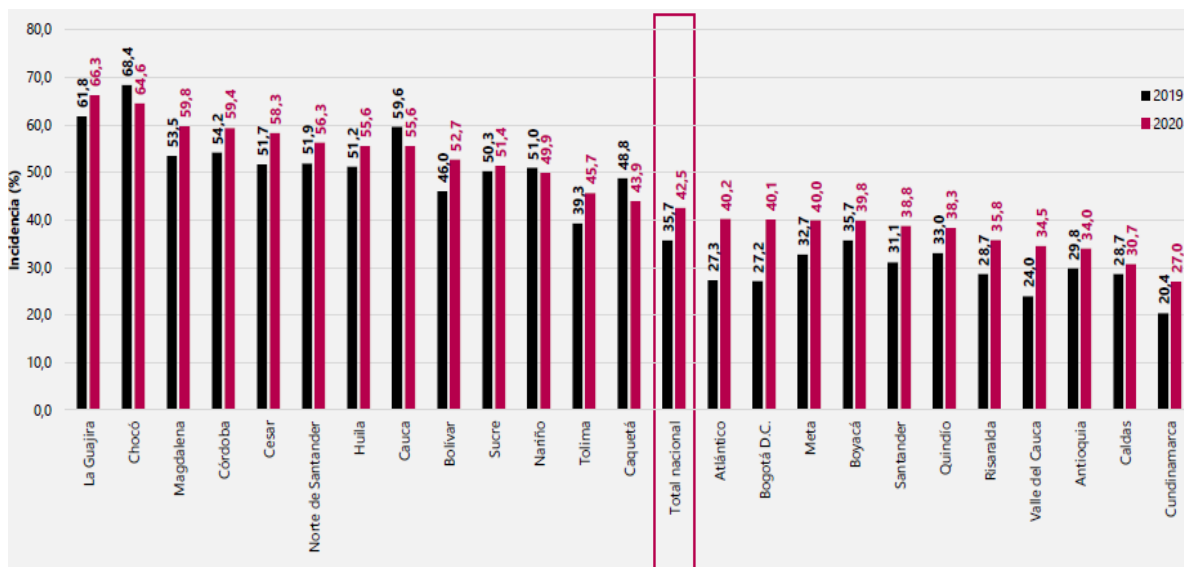


Fuente: DANE. GEIH 2012 - 2020. Para 2020 integración GEIH - RRAA Ayudas institucionales y PILA (MinSalud).

De acuerdo con este índice, grandes diferencias interdepartamentales reflejan la forma como se distribuye la pobreza monetaria. Entre 2019 y 2020 los departamentos de La Guajira, Chocó, Magdalena, Córdoba, Cesar, Norte de Santander, Huila, Cauca, Bolívar, Sucre, Nariño, Tolima y Caquetá presentaron una incidencia de pobreza monetaria más alta que la nacional (Gráfico 23).

Gráfico 23.

*Incidencia de pobreza monetaria por departamentos, Colombia 2019 - 2020*

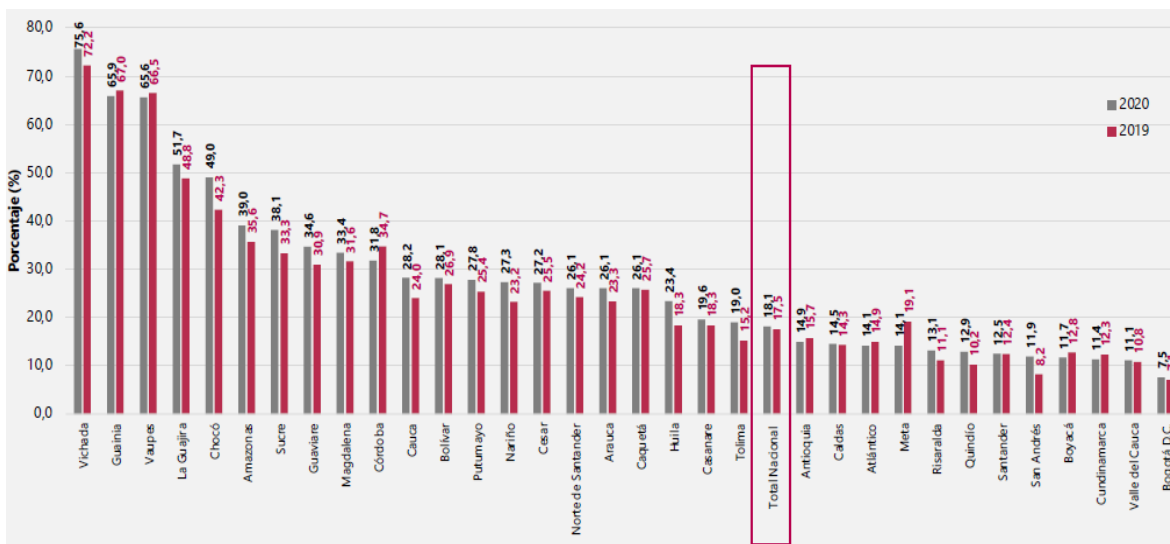


Fuente: DANE. GEIH 2012 - 2020. Para 2020 integración GEIH - RRAA Ayudas institucionales y PILA (MinSalud).

Entre 2019 y 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. De otra parte, los departamentos que presentaron mayor nivel en el Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) en 2020 por cada región fueron: Vichada con 75,6 para la región Orinoquia-Amazonia; La Guajira con 51,7 para la región Caribe; Chocó con 49,0 para la región Pacífico; Norte de Santander con 26,1 para la región Oriental; y Caquetá con 26,1 para la región Central (Gráfico 24).

Gráfico 24.

*Índice de pobreza multidimensional por departamentos, Colombia 2019 - 2020*

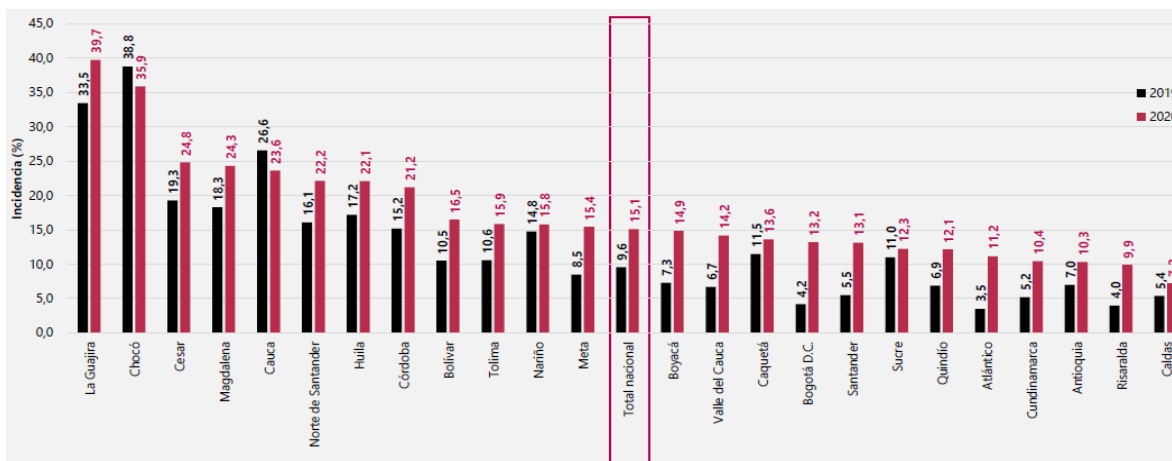


Fuente: DANE. Encuesta de Calidad de Vida ECV 2019-2020, con base en proyecciones del CNPV 2018. Para 2020 se usa la integración del registro administrativo SIMAT, el formulario C-600 y la ECV para la estimación del indicador de inasistencia escolar.

Entre 2019 y 2020, la incidencia de pobreza monetaria extrema a nivel nacional paso de 9,6 a 15,1; aumento que significó el ingreso de 2,78 millones de personas a condición de pobreza extrema en 2020. Entre estos mismos años, los departamentos con mayor índice de pobreza extrema fueron La Guajira y Choco que pasaron de 33,5 a 39,7 y 38,8 a 35,9 respectivamente. Risaralda y Caldas fueron los departamentos que menor incidencia de pobreza extrema registraron pasando de 4,0 a 9,9 y 5,4 a 7,2 respectivamente (Gráfico 25).

Gráfico 25.

*Incidenca de pobreza monetaria extrema por departamentos, Colombia 2019 – 2020*

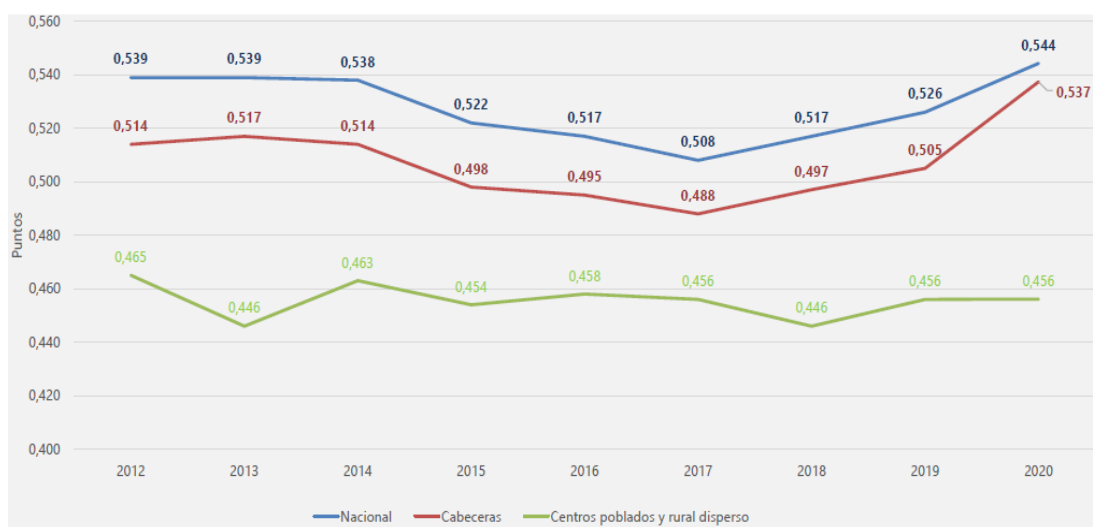


Fuente: DANE. GEIH 2012 - 2020. Para 2020 integración GEIH - RRAA Ayudas institucionales y PILA (MinSalud).

En relación con el comportamiento del Coeficiente de Gini para el periodo entre 2012 y 2020, se registran valores inferiores en la zona rural, mostrando allí menor desigualdad económica. 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, demostrando que el incremento del indicador a nivel nacional se debe al aumento de la desigualdad en el ingreso en áreas zonas urbanas (Gráfico 26).

Gráfico 26.

Coeficiente de Gini según área, Colombia 2012 - 2020



Fuente: DANE. GEIH 2012 - 2020. Para 2020 integración GEIH - RRAA Ayudas institucionales y PILA (MinSalud).

## Educación

De acuerdo con las estimaciones del Departamento Nacional de Planeación (DNP) basadas en el censo de 2005, el 18,50% de los hogares en Colombia tenían analfabetismo encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre el valor nacional y los valores departamentales. Bolívar, Cesar, Córdoba, Chocó, La Guajira, Magdalena, Sucre, Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada, tenían porcentajes de analfabetismo mayor que el nacional (Tabla 7).

Tabla 4. Diferencias relativas según determinantes sociales de la salud. Colombia 2018

Entidad territorial municipal	NBI - Total 2018	Analfabetismo 2018	Porcentaje Afiliado a regimen Subsidiado
Antioquia	10,67	8,9	34,95
Atlántico	11,28	7,8	52,73
Bogotá	3,36	1,6	14,19
Bolívar (1)	26,56	17,3	65,85
Boyacá	10,04	9,6	50,37
Caldas	8,91	9,2	39,26
Caquetá	23,48	11,9	61,56
Cauca (1)	18,27	14,9	67,07
Cesar	22,82	15,9	77,36
Córdoba (1), (3)	34,82	22,6	73,56
Cundinamarca	6,26	5,6	30,42
Choco (2)	65,4	25,6	71,62
Huila	12,68	9,3	63,73
La Guajira	53,01	28,6	69,95
Magdalena	26,5	18,7	70,72
Meta	13,31	7,4	49,89
Nariño	21,59	16,3	62,34
Norte de Santander	18,26	12,9	70,43
Quindío	6,73	8,1	41,44
Risaralda	8,14	7	40,07
Santander	9,45	8,3	43,87
Sucre	28,98	27	87,61
Tolima	12,06	10,9	50,86
Valle del Cauca	6,18	6,1	36,54
Arauca	32,26	12,2	75,38
Casanare	15,89	8,2	59,43
Putumayo	18,41	10,4	71,24
San Andres	14,84	1,5	16,62
Amazonas	34,92	12	67,27
Guainia	59,21	19,6	94,76
Guaviare	27,8	11,8	50,87
Vaupés	68,89	21,2	59,51
Vichada	67,62	18,3	83,86
<b>Colombia</b>	<b>14,13</b>	<b>12,93</b>	<b>57,74</b>

Fuente: NBI – DANE por total, cabecera y resto, según departamento y nacional a 25 de noviembre de 2020. Porcentaje de analfabetismo: DNP.

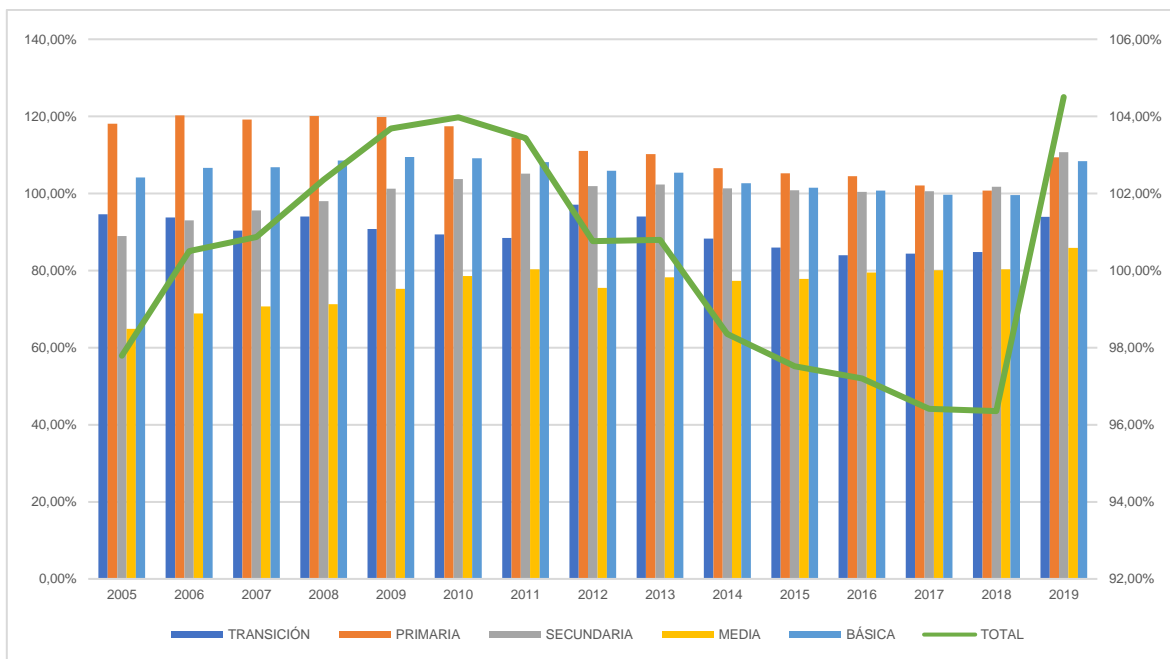
Por otra parte, según los datos preliminares del CENSO 2018, Amazonas, Atlántico, Bogotá D.C., Cundinamarca y Valle del Cauca son los departamentos con mayor porcentaje de alfabetismo, en contraste con Chocó, Cesar, Córdoba, Guainía, La Guajira, Magdalena, Sucre, Vaupés y Vichada, territorios que registran menor porcentaje alfabetismo (Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE, 2019).

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 (Ministerio de Educación Nacional, 2020)(Gráfico 28).

Gráfico 27.

*Tasa de cobertura bruta por niveles primaria, secundaria, media y total, 2005-2019*

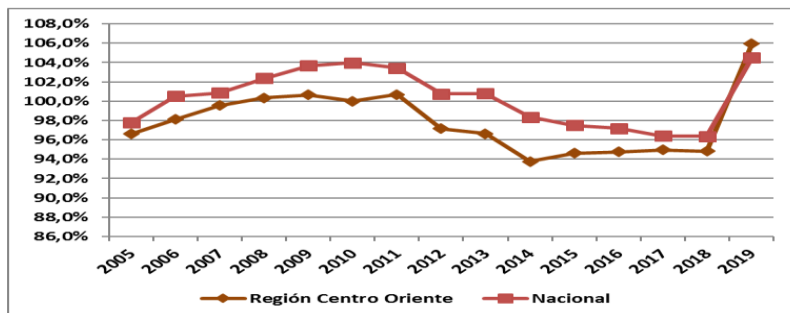
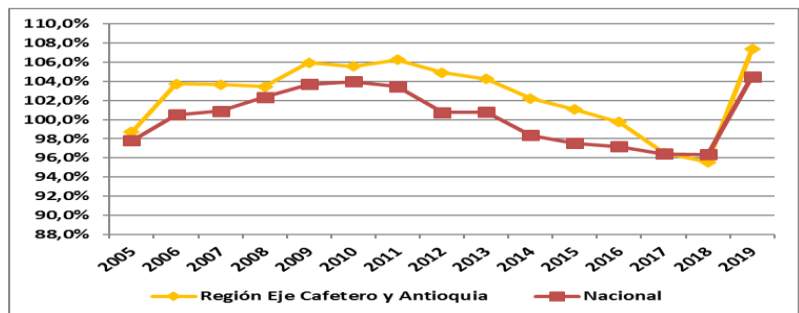
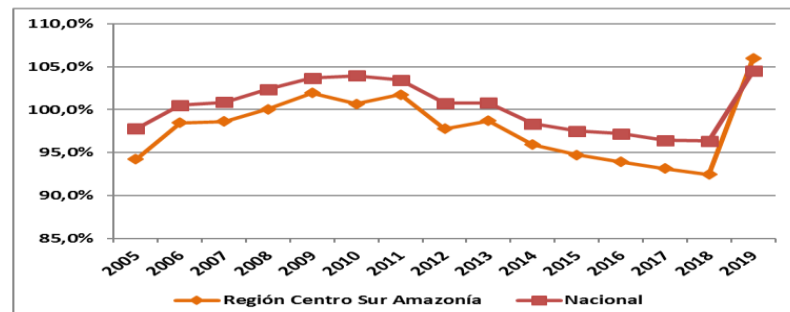
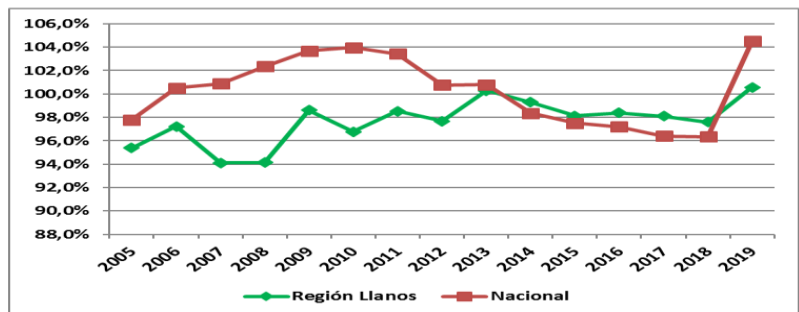
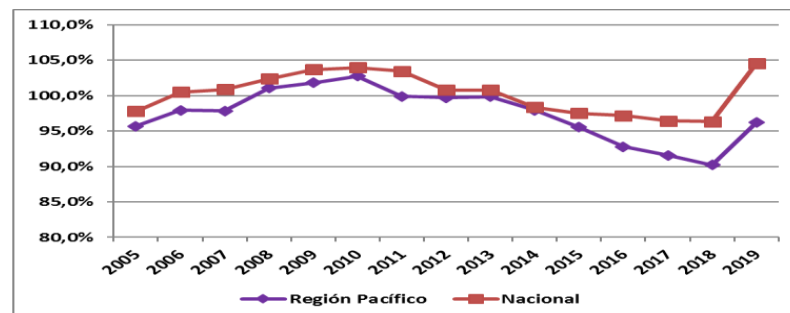
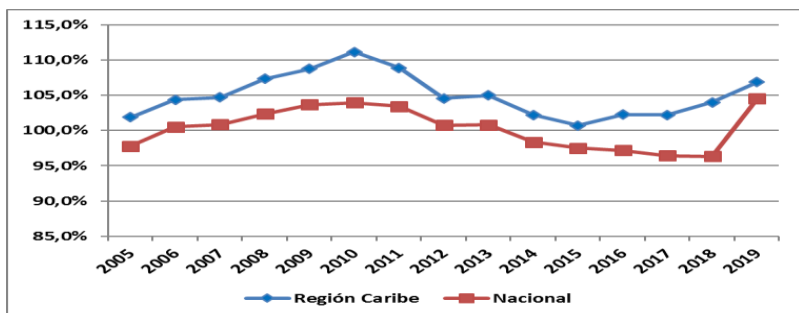




Fuente: Ministerio de Educación Nacional de Colombia. Fecha de consulta: 2 de septiembre de 2020.

Entre 2005 y 2019 la mayoría de las Regiones (Caribe, Centro Sur Amazonia, Centro Oriente y Eje Cafetero y Antioquia) presentan coberturas brutas por encima del promedio nacional para el último año. Comportamiento diferente en las regiones de Los Llanos y Pacífica que muestran una tasa por debajo del país en la mayor parte del periodo, encontrándose para el último año la región de los Llanos con cuatro puntos porcentuales por debajo y la región Pacífica con 8 puntos porcentuales por debajo del dato obtenido para el país (Gráfico 29).

Gráfico 28. Tasa de cobertura bruta por regiones, 2005-2019



Fuente: Ministerio de Educación Nacional de Colombia. Fecha de consulta: septiembre de 2019.

## 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 (Tabla 8).

Tabla 5.

*Tasa global de participación (TGP), Tasa de ocupación (TO), Tasa de desempleo (TD), Tasa de subempleo subjetivo (TSS), Tasa de subempleo objetivo (TSO) – Noviembre (2021 - 2020)*

Tasas (%)	Total Nacional		Total 13 ciudades y áreas metropolitanas	
	Noviembre 2021	Noviembre 2020	Noviembre 2021	Noviembre 2020
TGP	60,4	61,4	62,6*	64,3
TO	53,9	53,2	55,0*	54,4
TD	10,8*	13,3	12,2*	15,4
TSS	25,4	25,9	20,3*	24,8
TSO	9,7	10,3	9,0*	10,7

\* Variación estadísticamente significativa.

Notas:

- El dominio total nacional no incluye la población de los departamentos de Amazonas, Arauca, Casanare, Guainía, Guaviare, Putumayo, Vaupés, Vichada y San Andrés.
- Total 13 ciudades y áreas metropolitanas (A.M.) incluye: Bogotá D.C., Medellín A.M., Cali A.M., Barranquilla A.M., Bucaramanga A.M., Manizales A.M., Pereira A.M., Cúcuta A.M., Pasto, Ibagué, Montería, Cartagena y Villavicencio.
- Datos expandidos con proyecciones de población elaboradas con base en los resultados del Censo 2005.

Fuente: DANE. GEIH 2020 - 2021. Presentación (rueda de prensa) publicada 30 de diciembre de 2021.

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. (Tabla 9).

Tabla 6.

*Tasa de desempleo en 23 ciudades y áreas metropolitanas, enero a noviembre 2020 – 2021*

TD según ciudad	Enero - noviembre 2021	Enero - noviembre 2020	Variación (p.p.)
Quibdó	20,5	20,8	-0,3
Riohacha	19,6	22,7	-3,2
Cúcuta A.M.	19,5	24,0	-4,5
Ibagué	19,3	26,3	-7,0
Valledupar	18,6	21,4	-2,9
Florencia	18,2	24,1	-5,9
Neiva	18,1	26,6	-8,5
Cali A.M.	17,7	20,7	-3,0
Popayán	17,6	23,4	-5,8
Armenia	17,6	23,5	-5,9
Tunja	17,1	20,9	-3,8
Villavicencio	16,5	21,5	-5,0
Bogotá D.C.	16,5	18,4	-1,9
Montería	16,5	19,4	-2,9
23 ciudades y A.M.	15,8	18,8	-3,0
13 ciudades y A.M.	15,6	18,5	-2,8
Medellín A.M.	15,6	18,6	-2,9
Pereira A.M.	15,2	17,6	-2,4
Santa Marta	15,0	18,0	-3,0
Sincelejo	14,8	20,4	-5,5
Manizales A.M.	14,7	20,4	-5,7
Pasto	13,9	17,0	-3,1
Bucaramanga A.M.	12,6	17,6	-5,0
Barranquilla A.M.	10,6	12,4	-1,8
Cartagena	10,4	14,8	-4,4

Notas:

- Total 13 ciudades y áreas metropolitanas (A.M.) incluye: Bogotá D.C., Medellín A.M., Cali A.M., Barranquilla A.M., Bucaramanga A.M., Manizales A.M., Pereira A.M., Cúcuta A.M., Pasto, Ibagué, Montería, Cartagena y Villavicencio.
- Total 23 ciudades y áreas metropolitanas incluye: 13 ciudades y áreas metropolitanas más Tunja, Florencia, Popayán, Valledupar, Quibdó, Neiva, Riohacha, Santa Marta, Armenia y Sincelejo.
- p.p: puntos porcentuales.

Fuente: DANE. GEIH 2020 - 2021. Presentación (rueda de prensa) publicada 30 de diciembre de 2021.

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 está alrededor de los 6 puntos porcentuales para este indicador. Este comportamiento es cercano al observado en las 13 ciudades y áreas metropolitanas (Tabla 10).

Tabla 7.

*Tasa global de participación (TGP), Tasa de ocupación (TO), Tasa de desempleo (TD), Tasa de subempleo subjetivo (TSS), Tasa de subempleo objetivo (TSO) según sexo – Noviembre (2021 - 2020)*

Tasas (%)	Total Nacional				Total 13 ciudades y áreas metropolitanas			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	Noviembre 2021	Noviembre 2020	Noviembre 2021	Noviembre 2020	Noviembre 2021	Noviembre 2020	Noviembre 2021	Noviembre 2020
<b>TGP</b>	<b>72,4</b>	72,8	<b>48,9</b>	50,5	<b>71,6</b>	73,1	<b>54,5*</b>	56,4
<b>TO</b>	<b>66,5</b>	65,6	<b>41,9</b>	41,4	<b>64,2</b>	63,7	<b>46,6</b>	46,0
<b>TD</b>	<b>8,3*</b>	9,8	<b>14,5*</b>	18,2	<b>10,4*</b>	12,8	<b>14,4*</b>	18,4
<b>TSS</b>	<b>25,9</b>	25,7	<b>24,6</b>	26,2	<b>20,3*</b>	24,8	<b>20,3*</b>	24,7
<b>TSO</b>	<b>9,8</b>	10,1	<b>9,5</b>	10,4	<b>9,2*</b>	10,7	<b>8,8*</b>	10,7

\* Variación estadísticamente significativa.

Notas:

- El dominio total nacional no incluye la población de los departamentos de Amazonas, Arauca, Casanare, Guainía, Guaviare, Putumayo, Vaupés, Vichada y San Andrés.
- Total 13 ciudades y áreas metropolitanas (A.M.) incluye: Bogotá D.C., Medellín A.M., Cali A.M., Barranquilla A.M., Bucaramanga A.M., Manizales A.M., Pereira A.M., Cúcuta A.M., Pasto, Ibagué, Montería, Cartagena y Villavicencio.
- Datos expandidos con proyecciones de población elaboradas con base en los resultados del Censo 2005.

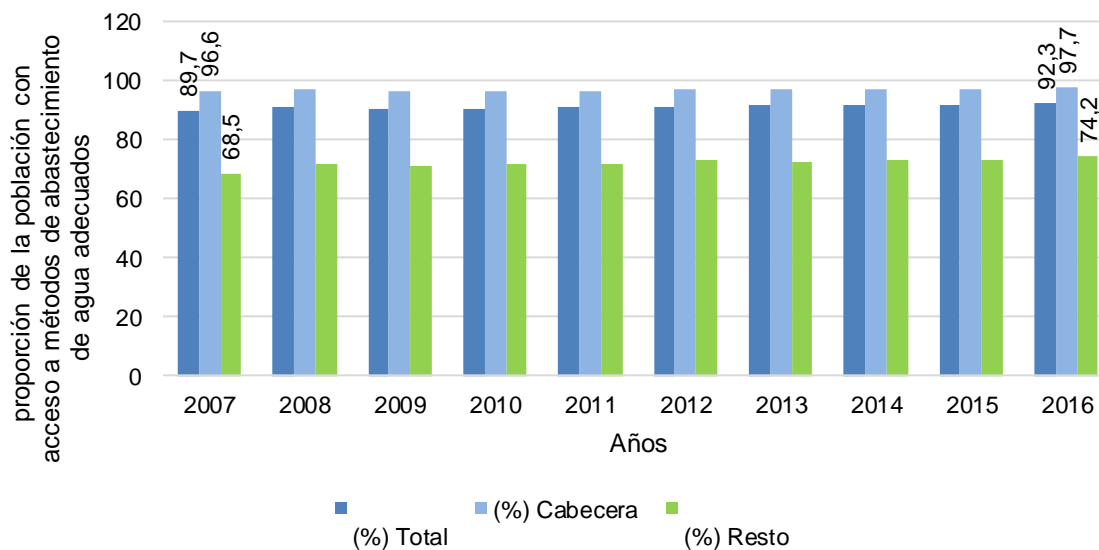
Fuente: DANE. GEIH 2020 - 2021. Presentación (rueda de prensa) publicada 30 de diciembre de 2021.

### ***Circunstancias Materiales: Hogares y Servicios Públicos***

**Hogares.** Entre 2007 y 2016, la población colombiana que habitaba en viviendas con métodos de abastecimiento de agua adecuados, registró una tendencia creciente en el área rural al pasar de 68,5 en 2007 a 74,2 en 2016, es decir un aumento de seis puntos porcentuales, al igual en el área cabecera se incrementó en un punto porcentual y en el total el aumento fue del tres puntos porcentuales (Gráfico 30).

Gráfico 29.

*Proporción de la población con acceso a métodos de abastecimiento de agua adecuados, según área 2007 - 2016*



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Encuesta Continua de Hogares, Gran Encuesta Integrada de Hogares.

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 ECV 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. 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. (Tabla 11). 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.

Tabla 8.

*Cobertura de servicios públicos, Colombia 2003 - 2019*

Año	Energía Eléctrica	Gas natural conectado a red pública	Acueducto	Alcanarillado	Recolección de basuras	Teléfono fijo
2019	98,1	64,5	87,0	74,4	81,8	25,2
2018	97,7	64,4	86,9	74,7	81,7	29,2
2016	98,7	64,7	89,6	77,5	83,4	30,6
2015	99,0	62,5	89,9	77,0	82,3	32,6
2014	98,5	61,5	88,4	76,7	81,9	33,9
2013	98,2	58,9	88,5	75,9	81,6	34,3
2012	97,6	57,3	87,4	75,3	80,4	35,6
2011	97,4	52,1	87,3	72,3	80,0	36,9
2010	97,7	52,4	87,6	75,3	81,0	39,8
2008	97,2	47,4	86,7	73,9	77,9	44,3
2003	95,8	35,3	87,3	72,9	75,3	54,7

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Encuesta de Calidad de Vida.

Si bien el país ha avanzado en el aumento de las coberturas de los servicios de acueducto y recolección de basuras, muestra un rezago en las áreas rurales, lo que evidencia que la brecha se mantiene a pesar de la mejoría del indicador.

**Acueducto.** De acuerdo con los datos Sistema Único de Información (SUI), en 2018 de los 1.102 municipios del país, el 9,16% (101) registran coberturas del 100% en el servicio de acueducto; el 16,78% (185) de los territorios reporto coberturas entre 82,47% y 99,97%; el 21,96% (242) registro coberturas en un rango de 57,84% a 82,37%. Los municipios con coberturas entre 35,98% y 57,79% fueron el 21,86% (241); el 21,23% (234) de los territorios registran coberturas por debajo del 35,98%; y 8,98% (99) registran SD (Sin Dato), ya que el municipio no tiene certificada la información en el SUI.

El 2019 Bogotá (99,9%), Atlántico (97,8%) y Quindío (97,4%) presentan los porcentajes más altos de hogares con acceso a este servicio. Mientras tanto, los hogares de Guainía, Vaupés y San Andrés son los que tienen menos acceso al servicio de acueducto, este porcentaje fue 21,1%, 25,2% y 30,3% respectivamente (Tabla 12).

**Alcantarillado.** Según datos del SUI, en 2018 de los 1.102 municipios, el 2,45% (27) registraron coberturas del 100% en este servicio; el 22,50% (248) municipios registran coberturas entre el 60,16% y 99,89%; el 24,04% (265) de los territorios reporto coberturas entre 36,00% y 59,88%; el 24,04% (265) registro coberturas en un rango de 18,49% a 35,91%. Los municipios con coberturas menores a 18,49% fueron el 21,96% (242) y 4,99% (55) registran SD (Sin Dato), ya que el municipio no tiene certificada la información en el SUI.

Mientras para 2019, el servicio de alcantarillado en más del 60% de los departamentos se encuentra con datos inferiores al promedio nacional (74,4%). Los departamentos con las coberturas más bajas son Vichada (0,9%), San Andrés (19,2%) y Vaupés (19,6%) con un panorama similar al del acueducto lo que evidencia, una situación de desventaja frente a los demás departamentos y amerita una intervención específica que permita aumentar el acceso a los servicios públicos de la población que reside en estas zonas, que permita garantizar un mejoramiento de las condiciones y calidad de vida de los habitantes y se vea reflejado en el avance positivo de algunos indicadores en salud que se encuentran estrechamente relacionados (Tabla 12).

Tabla 9.

*Cobertura de servicios públicos Colombia 2019*



Departamento	Total de Hogares	Energía Eléctrica	Gas natural conectado a red pública	Acueducto	Alcanarillado	Recolección de basuras	Teléfono fijo
Amazonas	22	84,7	0,0	34,2	20,1	50,4	0,7
Antioquia	2.133	99,8	62,2	91,4	83,8	90,6	40,5
Arauca	103	98,0	5,1	72,8	59,6	69,9	4,0
Atlántico	679	99,7	87,7	97,8	84,8	96,3	26,1
Bogotá	2.692	100,0	90,4	99,9	99,7	99,8	50,5
Bolívar	601	98,3	68,3	81,4	45,4	71,0	14,0
Boyacá	447	98,4	55,4	85,5	61,9	63,7	4,0
Caldas	350	99,8	63,7	88,8	81,3	85,7	20,8
Caquetá	134	92,2	33,4	71,8	60,5	70,1	4,1
Casanare	146	96,6	74,3	82,8	69,6	76,8	2,6
Cauca	481	98,1	28,9	78,9	41,8	42,7	4,0
Cesar	365	96,5	67,2	86,5	73,1	78,8	8,6
Córdoba	510	98,5	47,2	68,5	40,2	56,4	6,9
Cundinamarca	1.054	99,7	65,7	89,7	74,5	85,0	14,1
Chocó	170	95,9	1,2	35,1	21,4	51,8	3,3
Guainía	14	70,2	0,0	21,1	25,4	38,3	0,3
Guaviare	31	85,8	15,1	39,7	40,8	57,9	1,7
Huila	351	99,0	65,2	86,5	66,5	70,8	14,3
La Guajira	282	65,6	40,1	50,8	40,9	49,4	4,1
Magdalena	396	98,0	58,2	78,7	47,4	72,9	10,3
Meta	354	96,2	65,4	78,6	74,6	81,4	10,8
Nariño	538	98,6	5,8	73,0	42,4	53,0	6,7
Norte de Santander	476	99,4	46,3	84,1	78,5	84,0	18,2
Putumayo	125	87,9	14,2	48,1	48,4	57,0	1,3
Quindío	195	99,7	77,5	97,4	91,1	95,0	24,6
Risaralda	335	99,8	71,3	95,9	81,3	88,9	27,6
San Andrés	15	100,0	0,0	30,3	19,2	99,9	9,6
Santander	738	99,4	66,1	82,6	74,5	78,4	29,4
Sucre	271	93,2	57,9	85,0	53,9	59,1	6,2
Tolima	479	98,7	67,2	86,1	69,9	72,3	18,9
Valle	1.472	99,4	79,4	94,9	88,8	95,4	32,6
Vaupés	10	49,6	0,0	25,2	19,6	22,1	0,7
Vichada	31	39,4	0,0	33,5	0,9	32,0	0,1
<b>Total Nacional</b>	<b>15.999</b>	<b>98,1</b>	<b>64,5</b>	<b>87,0</b>	<b>74,4</b>	<b>81,8</b>	<b>25,2</b>

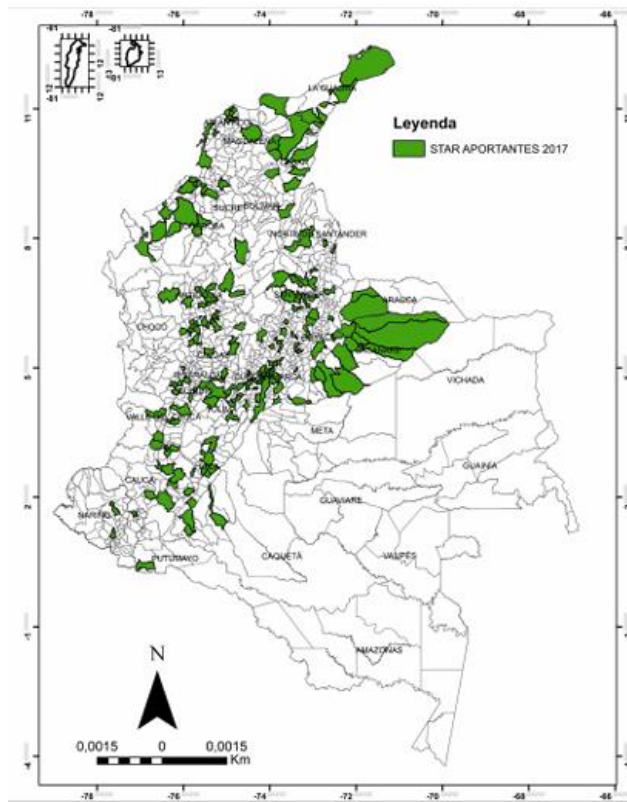
Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Encuesta de Calidad de Vida.

Un elemento que hace parte del sistema alcantarillado, son los Sistemas de Tratamiento de Aguas Residuales (STAR), con corte al 31 de diciembre de 2017, la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios (SSPD) informó que el país contaba con 696 STAR en 514 municipios (Mapa 18). Cundinamarca es el departamento con mayor cantidad STAR para un total de 137; seguido por Antioquia con 90; Boyacá con 39; Cauca con 37; Tolima con 36 y Santander con 35. Este tipo

de infraestructura no ha sido implementada en la misma cantidad en zonas como Amazonas y Guaviare, que no cuenta con ninguna, o en lugares como Vichada y Guainía, que poseen dos cada uno (Grafico 31).

Mapa 6.

*Municipios con sistema de tratamiento de aguas residuales (STAR)*



Fuente: Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio, 2017.  
Tomado del documento CONPES 3948.

Gráfico 30.

*Sistemas de Tratamiento de Aguas Residuales (STAR) por departamento, 2016*

Departamento	Número de STAR
Cundinamarca	137
Antioquia	90
Boyacá	39
Cauca	37
Tolima	36
Santander	35
Córdoba	29
Cesar	27
Valle del Cauca	27
Casanare	26
Sucre	24
Magdalena	23
Huila	22
Bolívar	21
La Guajira	19
Norte de Santander	18
Atlántico	17
Meta	11
Putumayo	11
Arauca	9
Nariño	7
Caquetá	6
Quindío	6
Chocó	5
San Andrés	3
Vaupés	3
Caldas	2
Guainía	2
Vichada	2
Bogotá	1
Risaralda	1
Amazonas	0

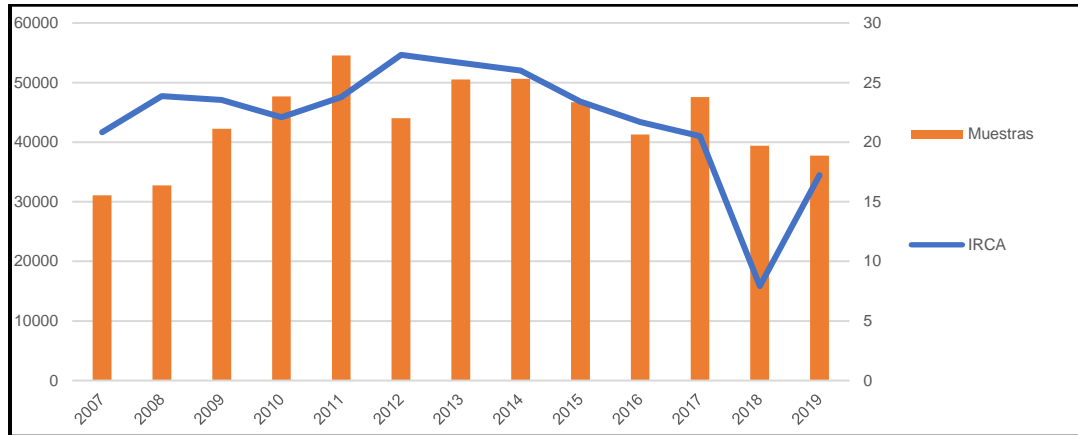
Fuente: Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

**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 (Gráfico 32).

Gráfico 31.

*Índice de Riesgo para el Consumo de Agua potable 2007 – 2019*



Fuente: SIVICAP -Instituto Nacional de Salud

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 (Mapa 19) (Gráfico 33).

Mapa 7.

*Índice de Riesgo para el Consumo de Agua potable (IRCA), Colombia 2019*

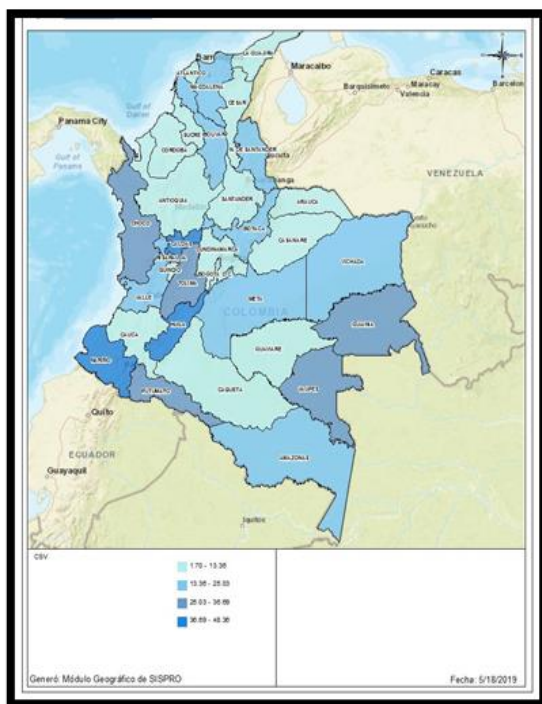


Gráfico 32.

*IRCA por departamento, Colombia 2019*

Departamento	Muestras	IRCA	Nivel_riesgo
Boyacá	2874	12,7	BAJO
Caquetá	304	12,4	BAJO
Cesar	624	11,9	BAJO
Guaviare	102	10,0	BAJO
Cauca	1977	8,8	BAJO
Córdoba	297	7,2	BAJO
Santander	1754	6,8	BAJO
Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	99	6,4	BAJO
Cundinamarca	2267	6,0	BAJO
Atlántico	1869	6,0	BAJO
Casanare	644	5,7	BAJO
Chocó	52	27,0	MEDIO
Nariño	1129	22,9	MEDIO
Bolívar	536	22,9	MEDIO
Guainía	71	21,6	MEDIO
Tolima	1124	21,4	MEDIO
Sucre	252	20,9	MEDIO
Putumayo	265	20,2	MEDIO
Magdalena	1314	18,3	MEDIO
La Guajira	887	17,9	MEDIO
Amazonas	97	16,7	MEDIO
Huila	1107	16,5	MEDIO
Meta	672	15,6	MEDIO
Vichada	234	15,3	MEDIO
Valle del Cauca	2193	4,8	SIN RIESGO
Norte de Santander	653	3,9	SIN RIESGO
Caldas	915	3,7	SIN RIESGO
Risaralda	709	3,3	SIN RIESGO
Quindío	625	3,1	SIN RIESGO
Bogotá, D.C.	2817	3,0	SIN RIESGO
Antioquia	8259	2,8	SIN RIESGO
Arauca	694	1,7	SIN RIESGO
Vaupés	1	0,0	SIN RIESGO

Fuente: SIVICAP -Instituto Nacional de Salud

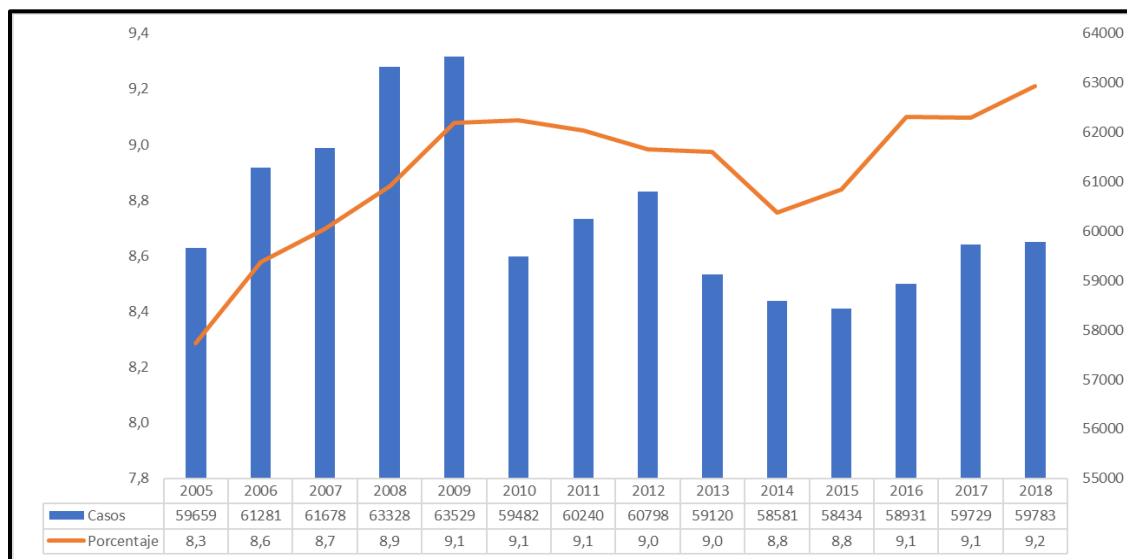
1.1.

### **Seguridad Alimentaria**

**Bajo Peso al Nacer.** Aunque el bajo peso al nacer (P050) está documentado entre las primeras causas de muerte neonatal, en Colombia no está dentro de los diagnósticos de muerte más frecuentes. Se estima que entre 2005 y 2018 casi nueve de cada 100 nacidos vivos tuvieron bajo peso al nacer y nueve muertes se atribuyeron a esta causa. De todas maneras, no se desconoce su importancia, pues para este periodo 844.573 recién nacidos pesaron menos de 2.499 gramos, para un promedio anual de 60.327 y una desviación estándar de 1.598 (Gráfico 34).

Gráfico 33.

Porcentaje de bajo peso al nacer, Colombia 2005 - 2018

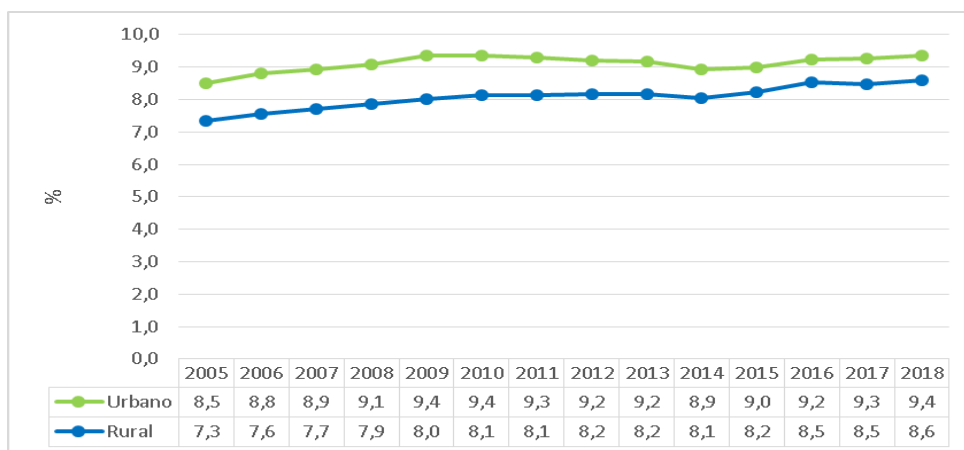


Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE. Cubo de indicadores del MSPS. Actualizado el 29 de noviembre de 2020.

Entre 2017 y 2018 la proporción de bajo peso al nacer en Colombia ha oscilado entre los 9,1 y 9,2 nacidos vivos por cada 100. Por área de residencia, la prevalencia es mayor en el área urbana que en el área rural y su tendencia en ambos casos tiende al incremento, de la misma manera la tendencia de la brecha de desigualdad tiende a mantenerse estable para este periodo de tiempo (Gráfico 35).

Gráfico 34.

Comportamiento del promedio de urbano-rural, para el bajo peso al nacer, Colombia, 2005-2018



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE. Cubo de indicadores, del MSPS.

La asociación entre el bajo peso al nacer y las enfermedades crónicas (enfermedades del corazón, diabetes mellitus, hipertensión y obesidad) en la edad adulta se ha demostrado en varios estudios epidemiológicos, así mismo, un meta análisis muestra que el bajo peso al nacer aumenta significativamente el riesgo de asma infantil (Xu XF, 2014 ).

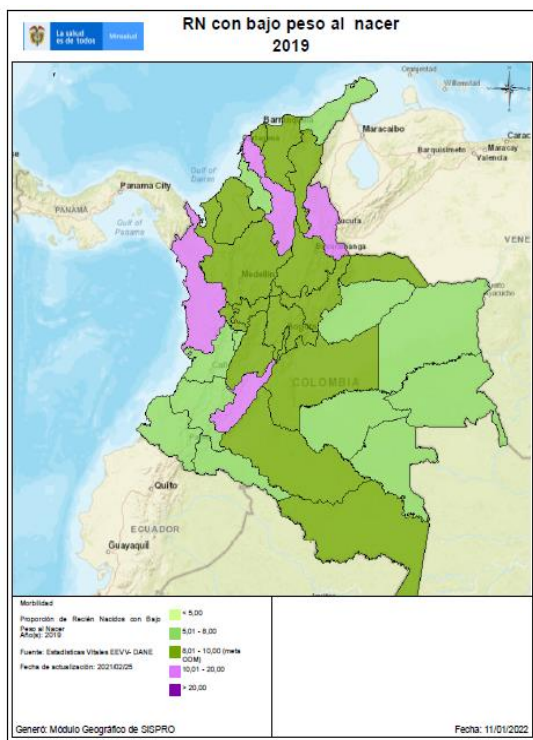
En 2019, los departamentos de Bolívar (13,95%), Chocó (11,77%), Huila (10,52%) y Norte de Santander (10,28%) presentaron los valores más altos del indicador a nivel nacional (Mapa 20) (Gráfico 36).

Mapa 8.

*Proporción de RN con bajo peso al nacer, Colombia 2019*

Gráfico 35.

*Porcentaje de RN con bajo peso al nacer por departamento, 2019*



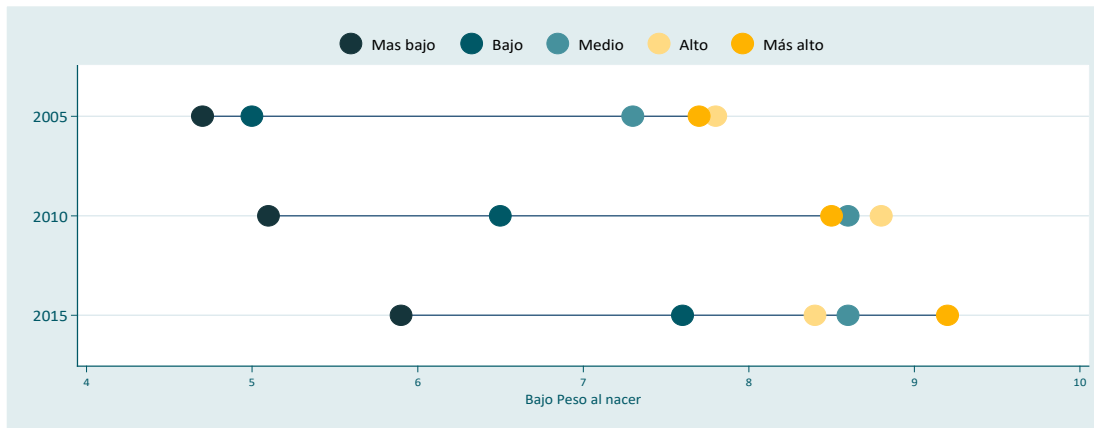
Departamento	BPN 2019
BOLIVAR	13,95
CHOCO	11,77
HUILA	10,52
NORTE DE SANTANDER	10,28
CALDAS	9,96
BOGOTA D.C.	9,87
ANTIOQUIA	9,53
CAQUETA	9,41
MAGDALENA	9,39
ATLANTICO	9,22
ARAUCA	9
AMAZONAS	8,97
TOLIMA	8,84
RISARALDA	8,77
SANTANDER	8,76
META	8,54
CORDOBA	8,46
CESAR	8,35
CUNDINAMARCA	8,28
BOYACA	8,18
SUCRE	7,81
GUAINIA	7,26
QUINDIO	7,25
LA GUAJIRA	7,2
VICHADA	6,94
VALLE DEL CAUCA	6,7
GUAVIARE	6,7
CASANARE	6,62
PUTUMAYO	6,62
NARIÑO	6,5
VAUPES	5,91
CAUCA	5,73
ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES	5,68
COLOMBIA	5,55

Fuente: elaborado y extraído del módulo geográfico del MSPS. Consultado 11/01/2022.

El bajo peso al nacer en nacidos vivos a término es un 21% más alto en el quintil que agrupa el 20% de los departamentos con menor índice de pobreza multidimensional que en los departamentos más pobres multidimensionalmente. En 2015, el quintil más alto tiene el 64,1% más de los niños con bajo peso al nacer comparando el quintil más bajo de pobreza. La desigualdad a través del tiempo ha venido aumentando en especial en el más bajo y bajo quintil de riqueza (Gráfico 37).

Gráfico 36.

*Equiplot del porcentaje de bajo peso al nacer según nivel quintiles de riqueza de la madre, 2000, 2005-2010 – 2015*



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), 2000, 2005, 2010 y 2015.

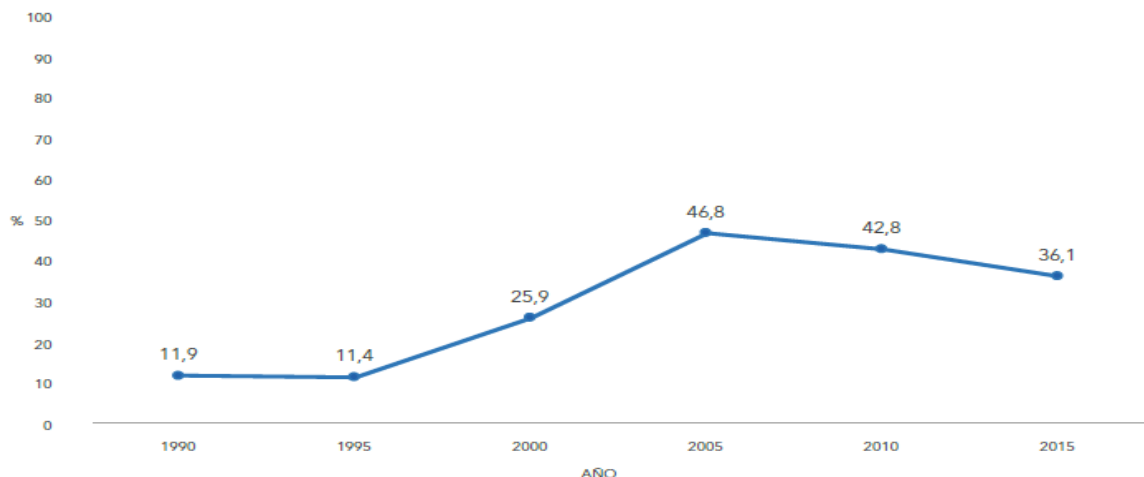
**Duración de lactancia materna.** La lactancia materna es una de las formas más eficaces para prevenir la malnutrición y a largo plazo disminuye el riesgo de padecer sobrepeso, obesidad y diabetes tipo II; los niños que la reciben obtienen mejores resultados en las pruebas de inteligencia. En el mundo aproximadamente el 40% de los lactantes menores de seis meses reciben lactancia materna de forma exclusiva<sup>4</sup>.

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 (Organización Mundial de la Salud, 2022). Durante el periodo comprendido entre 1995 al 2005, el país experimentó un aumento significativo de este indicador, al pasar del 11,9% a 36.1 % de niños y niñas menores de seis meses 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 (Gráfico 38).

Gráfico 37.

*Porcentaje de niños y niñas menores de 6 meses de edad que reciben lactancia materna exclusiva en Colombia, 1990 a 2015*





Fuente: Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN) 2015.

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 (Gráfico 39).

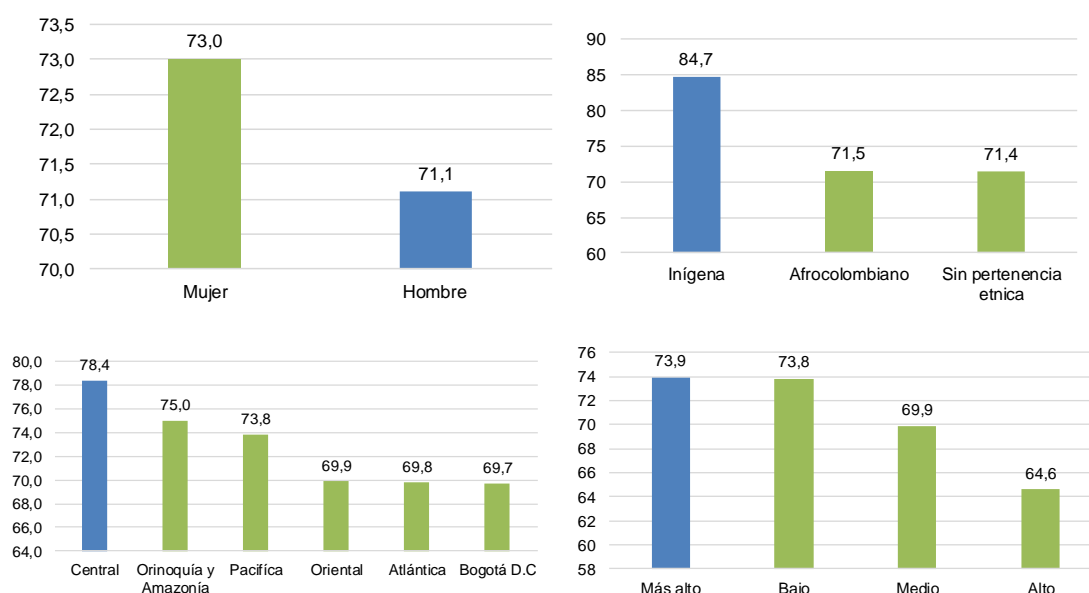
En cuanto a la información sobre lactancia materna el 78,7% de las mujeres recibieron información relacionada con esta práctica durante la gestación, los mejores resultados se presentaron en el cuartil de riqueza alto (85,4%) frente al cuartil más bajo (70,5 %), y en la región Bogotá (88,4%) comparada con las regiones Atlántica (77,3%), Oriental (78,4%) y Central (79,0%). 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 %, en donde Bogotá obtuvo los mejores resultados con el 90,3 % en contraste con la región Atlántica en donde sólo se dio en el 64,1% de los casos (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2015).

El inicio temprano de la lactancia materna se incrementó en 15,4 puntos porcentuales, al pasar 56,6 de en 2010 a 72,0 en 2015, con mayor predominio en

los indígenas en comparación con los afrocolombianos y sin etnia, sin diferencias por sexo, índice de riqueza y región del país. Las regiones Central y Orinoquía y Amazonía registran 6,4 y 3 puntos porcentuales, respectivamente superior al promedio nacional (72,0%). Bogotá D.C., 69,7 de cada 100 niños tienen inicio temprano de lactancia materna, alrededor de dos puntos porcentuales menos alto que el país (Gráfico 39).

Gráfico 38.

*Inicio temprano de la lactancia materna, Colombia 2015*



Fuente: Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN), 2015.

**Desnutrición Crónica en Menores de Cinco Años o Retraso en la Talla.**

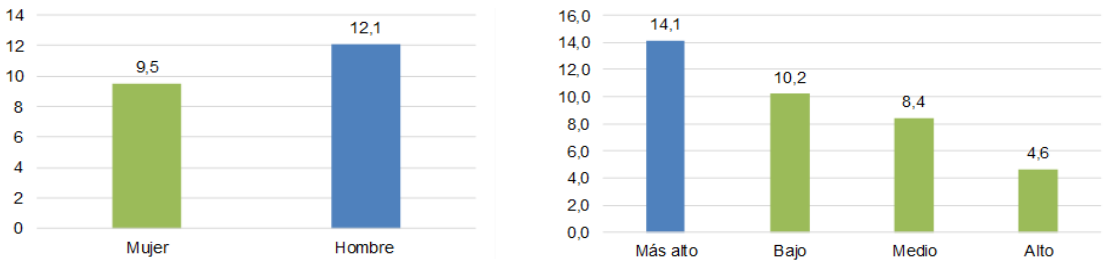
Los efectos del retraso en el crecimiento en los menores de 5 años sobre la salud se relacionan con la probabilidad de morbilidad y mortalidad de los que han estado expuestos a la desnutrición antes de cumplir los 5 años de edad en comparación con los que no la han experimentado. Otras consecuencias negativas que influyen en diferentes dimensiones de la vida, como la educación, ya que el déficit alimentario altera la capacidad de concentración en las aulas, limita el aprendizaje, generan brechas de aprendizaje que provocan un menor rendimiento escolar y un incremento o profundización de la pobreza, reproduciendo el círculo vicioso, al

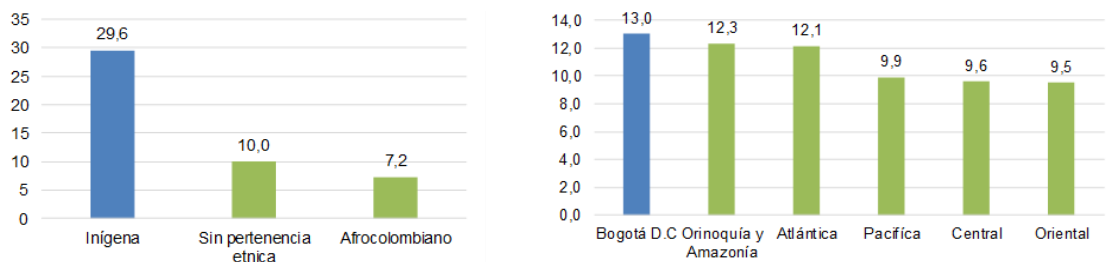
incrementar la vulnerabilidad a la desnutrición (Organización mundial de la Salud, 2018). Otros efectos de la desnutrición, son los costos, gastos públicos y privados y productividad y problemas de inserción social. Dichos efectos pueden presentarse de manera inmediata o a lo largo de la vida de las personas.

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. Así mismo, este tipo de desnutrición resulta más común entre los grupos étnicos. La prevalencia es de 29,6 para indígenas y en afrodescendientes es de 7,1 reflejando la diversidad cultural y de condiciones socioeconómicas de estos grupos en Colombia (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2015). Para 2015, la prevalencia de desnutrición crónica 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) la desnutrición crónica supera el indicador nacional (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2015) . La desnutrición 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 (Gráfico 40).

Gráfico 39.

*Desnutrición crónica en menores de cinco años, Colombia 2015*



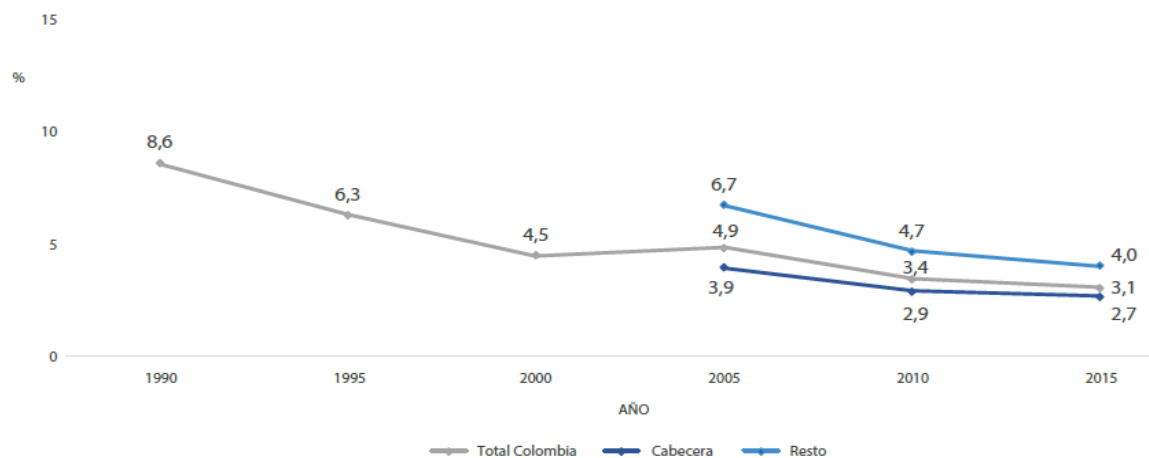


Fuente: Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN), 1990- 2015.

**Desnutrición Global en Menores de Cinco Años.** Entre 1990 y 2015, este indicador ha descendido 5,5 puntos porcentuales, al pasar de 8,6 a 3,1 en los quinquenios de análisis (Gráfico 41).

Gráfico 40.

*Tendencia nacional 1990 – 2015 de la prevalencia de desnutrición global en menores de 5 años*

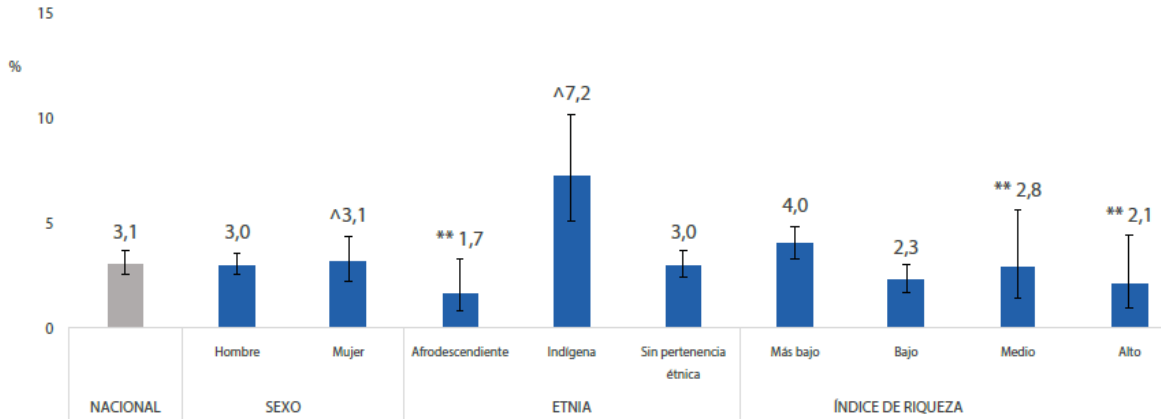


Fuente: Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN) 2015.

En Colombia, según la ENSIN, 3,1 de cada 100 menores de cinco años tenían desnutrición global en el 2015. Así mismo, este tipo de desnutrición resulta más común en los grupos reconocidos como indígenas, donde la prevalencia es de 7,2 y duplica la nacional (Gráfico 42).

Gráfico 41.

*Prevalencia de desnutrición global en niños y niñas en menores de cinco años por sexo, etnia e índice de riqueza, Colombia 2015*



Nota:  $\wedge$  Coeficiente de variación igual o mayor a 15 % y menor a 20 %, la precisión es aceptable.  $**$  Coeficiente de variación igual o mayor a 30 %, la precisión es muy baja y por lo tanto debe ser usada con precaución.

Fuente: Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN) 2015.

Por nivel de educación de la madre, la tendencia de la desigualdad está descendiendo. Así mismo, por área de residencia se observa que la desnutrición global es mayor en el área rural que en la zona urbana, con una tendencia decreciente en ambos casos, la brecha de desigualdad por área tendió a la reducción entre 2005 y 2015. En 2015 para el área rural este indicador fue de 4,0 y en área urbana 2,7 (Gráfico 43).

Gráfico 42.

*Ecuplot del porcentaje de desnutrición global en menores de cinco años según nivel educación de la madre y área de residencia 2005, 2010 - 2015*

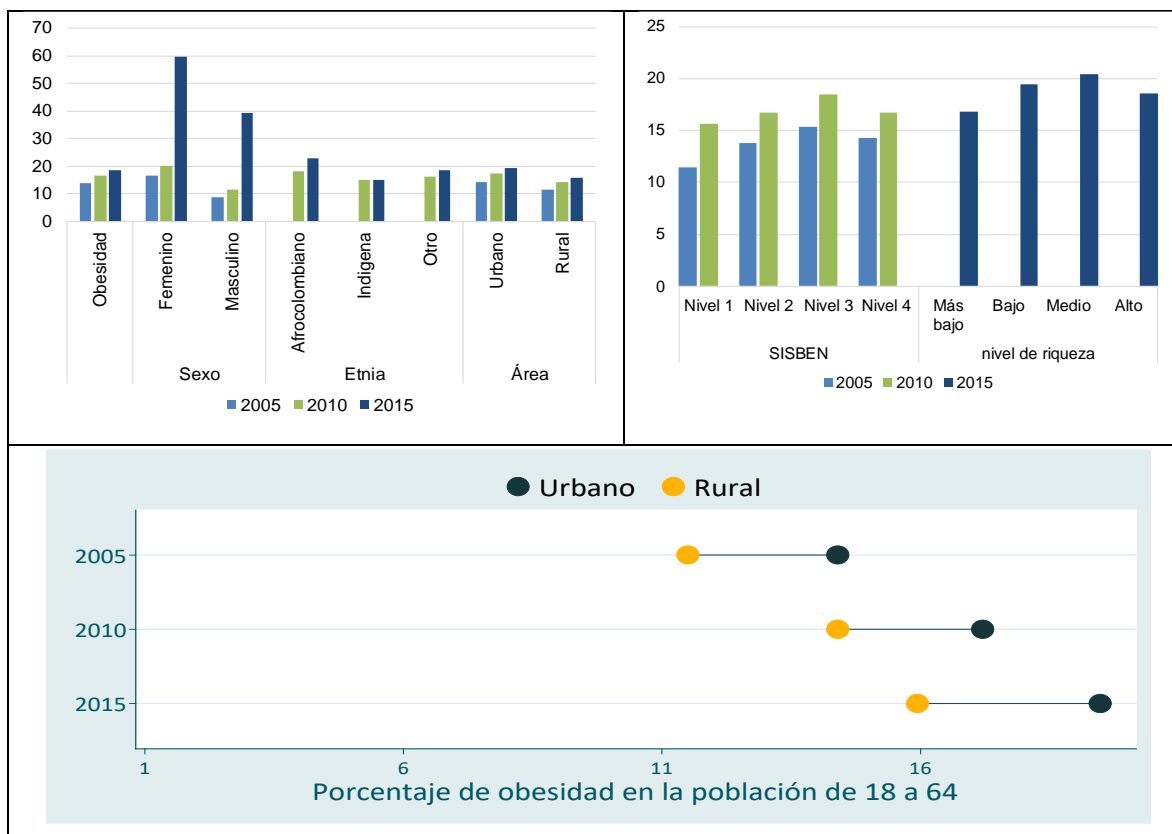


Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), 2000, 2005, 2010 y 2015.

**Obesidad.** En Colombia, la obesidad en las personas entre 18 y 64 años ha tendido al incremento; la prevalencia para 2015 fue de un 13,3% mayor que en 2010 al pasar 16,5 a 18,7, la población con obesidad es mayor en mujeres (22,4%) que en hombres (14,4%), con una diferencia absoluta de 8,0 mujeres; un 18,1% mayor en el área urbana (19,5%) que en la rural (15,9%), con una diferencia absoluta de 3,5 por quintil de riqueza (20,5%) con respecto al quintil más bajo de riqueza (16,8%). 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 cual presentó 56,5% de exceso de peso, de acuerdo con la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia - ENSIN 2015. La tendencia de la brecha de desigualdad por área de residencia graficada a través del equiplot, muestra que la desigualdad para la obesidad se ha mantenido a través del tiempo (Gráfico 44).

Gráfico 43.

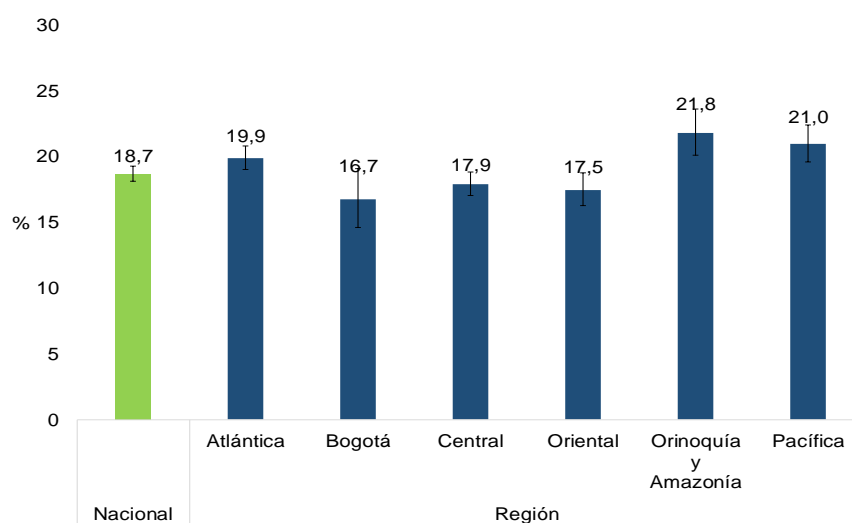
*Porcentaje de obesidad en la población de 18 a 64 años según gradientes, 2005, 2010 y 2015*



La obesidad es más frecuente en las regiones Orinoquía y Amazonía (21,8%), Pacífica (21,0%) y Atlántica (19,9%) que superan el promedio nacional (18,7%). En contraste con el Distrito Capital Bogotá (16,7%), las regiones Oriental (17,5%) y Central (17,9), que registran 2,0, 1,2 y 0,8 puntos porcentuales menos que el promedio nacional, respectivamente (Gráfico 45).

Gráfico 44.

*Porcentaje de obesidad en la población de 18 a 64 años según regiones, 2015*



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia, 2015.

**Anemia.** De acuerdo con la ENSIN 2015, la prevalencia por anemia en el país es de 27,7%, un 0,4% más frecuente en niñas (24,7%) que en niños (24,6%), en área urbana fue de 24,1% y en el área rural fue de 26,1%. Las regiones donde mayor anemia se observan en la Región Orinoquía y Amazonía (33,1%), Bogotá D.C. (29,7%), Región Atlántica (25,7%) y Pacífica (26,6%) en contraste con las Región Central (18,6%) y Oriental (23,8%) que registraron valores por debajo del país. Por grupo étnico los pueblos indígenas (34,0%) y las personas afrodescendientes (33,0%) son los que se ven más afectado por este problema de salud pública. La anemia es un 40,3% más frecuente el quintil de riqueza bajo

(26,8%) comparado con el quintil alto de riqueza (19,2), para una diferencia de ocho puntos porcentuales; **Error! Marcador no definido..**

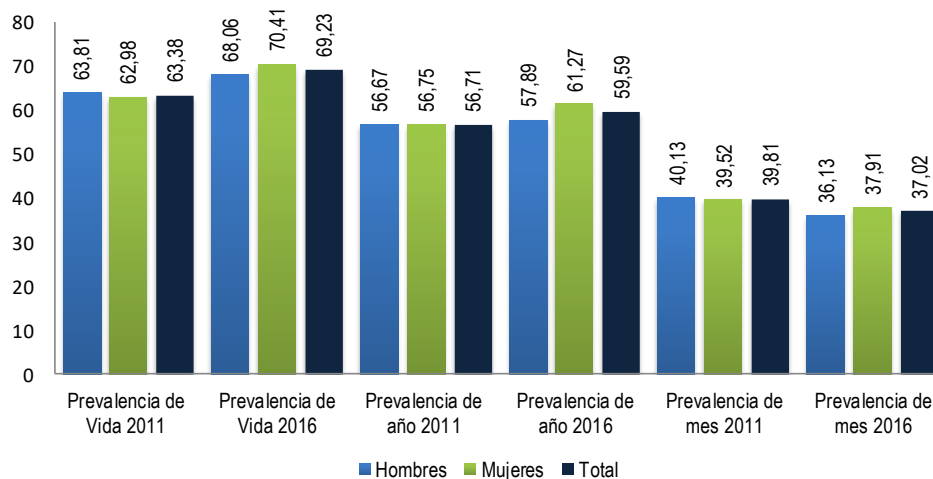
### ***Factores Conductuales, Psicológicos y Culturales***

**Consumo de alcohol.** En Colombia, el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar - Colombia 2016 (Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Educación Nacional y Ministerio de Salud y Protección Social, Control del Abuso de Drogas (CICAD), Organización de los Estados Americanos (OEA), 2016), realizado en población escolar, muestra que la edad de inicio promedio en consumo de alcohol fue de 12,8 años en la población de estudio, en los hombres fue de 12,85 años y en las mujeres fue de 12,86 Latina<sup>5</sup>. Así mismo, el 69,23% de los escolares declaró consumir esta sustancia alguna vez en la vida. La prevalencia de vida en hombres y mujeres se incrementó en 4,3 y 7,4 puntos respectivamente, asimismo, la prevalencia en los últimos años en hombres se aumentó en 1,2 p.p y en las mujeres 4,5 p.p. La prevalencia de mes descendió en hombre 4 p.p. y 2 p.p. en las mujeres (Gráfico 46). En cuanto al consumo de alcohol en el último mes entre los estudiantes, el 37,8% residen en el área urbana y el 32,5% en el área rural, para una diferencia absoluta de 5,3 escolares con abuso del alcohol en el último mes.

Gráfico 45.

*Prevalencia de vida, año y mes del consumo de alcohol en escolares, Colombia 2011 – 2016\**





\*2011 escolares de 11 a 18 años de edad y 2016 escolares de 12 a 18 años de edad.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar - Colombia 2016.

Entre 2011 a 2016, en Colombia se incrementa en tres casos el consumo de alcohol en el último mes por 100 escolares de 12 a 18 años de edad. Los departamentos que han incrementado el consumo de alcohol en el último mes son Caquetá, Arauca, Casanare, Guainía, Vichada, Santander, Magdalena, Huila, Bolívar, La Guajira, Chocó, Sucre, Córdoba, Atlántico y Nariño; pero también se aprecia que disminuyó el consumo de alcohol entre tres y cinco p.p. en Antioquia, Valle del Cauca, Cauca, Quindío, Bogotá D.C., Cundinamarca, Risaralda y Boyacá (Tabla 13).

Tabla 10.

*Prevalencia de consumo de alcohol en el último mes, según departamentos, Colombia, 2011 - 2016*

Departamento	2011	2016	Δ 2011 - 2016	Tendencia
Caqueta	35,95	41,90	5,95	↗
Arauca <sup>^</sup>	37,12	41,70	4,58	↗
Casanare <sup>^</sup>	37,12	41,70	4,58	↗
Guainía <sup>^</sup>	37,12	41,70	4,58	↗
Vichada <sup>^</sup>	37,12	41,70	4,58	↗
Santander	34,27	38,60	4,33	↗
Magdalena	24,56	28,70	4,14	↗
Huila	30,38	34,40	4,02	↗
Bolívar	29,76	32,70	2,94	↗
La Guajira	25,25	28,10	2,85	↗
Chocó	35,04	36,90	1,86	↗
Sucre	24,12	25,60	1,48	↗
Córdoba	31,09	32,50	1,41	↗
Atlántico	29,02	29,40	0,38	↗
Nariño	38,38	38,50	0,12	↗
San Andrés y Providencia	32,12	32,00	-0,12	↘
Cesar	28,57	26,70	-1,87	↘
Tolima	34,32	32,20	-2,12	↘
Amazonas <sup>^</sup>	36,39	34,20	-2,19	↘
Guaviare <sup>^</sup>	36,39	34,20	-2,19	↘
Putumayo <sup>^</sup>	36,39	34,20	-2,19	↘
Vaupés <sup>^</sup>	36,39	34,20	-2,19	↘
Norte de Santander	35,45	33,20	-2,25	↘
Caldas	48,56	46,10	-2,46	↘
Meta	40,22	37,50	-2,72	↘
Antioquia	47,33	44,20	-3,13	↘
Valle del Cauca	41,31	38,00	-3,31	↘
Cauca	37,53	32,90	-4,63	↘
Quindío	40,10	35,30	-4,80	↘
Bogotá	48,02	42,80	-5,22	↘
Cundinamarca	39,61	33,90	-5,71	↘
Risaralda	47,35	41,60	-5,75	↘
Boyacá	45,57	39,20	-6,37	↘
Colombia	39,81	37	-2,81	↘

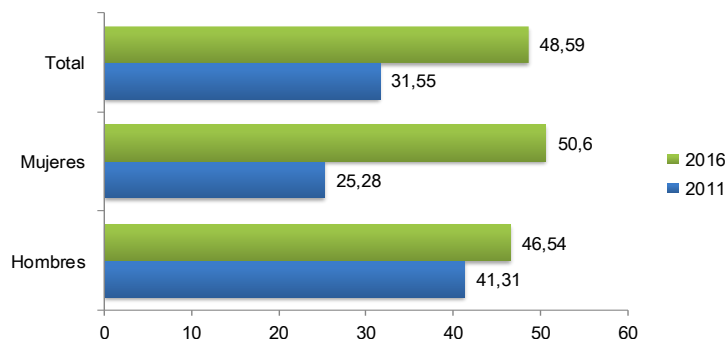
<sup>^</sup> No tienen desagregación representativa para departamentos, solo para la región.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2011 y 2016, Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS).

Entre 2011 y 2016 la tasa de incidencia en el último año de consumo de alcohol se ha incrementado al pasar de 31,55 a 48,59; En 2016, por sexo se reporta una diferencia absoluta muy estrecha de 4,1 más de consumo de alcohol en las mujeres entre 12 a 18 años de edad, al registrar una incidencia de 46,54 en hombre y 50,6 en mujeres (Gráfico 47).

Gráfico 46.

## *Incidencia en el último año de consumo de alcohol en escolares, Colombia 2011 - 2016*



\* 2011 escolares de 11 a 18 años de edad y 2016 escolares de 12 a 18 años de edad.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2011 y 2016, MSPS.

Los datos de la Encuesta de Salud en Escolares (ENSE) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018) de 13 y 17 años de edad, muestran que en 2018 la prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida fue de 68,2%, en hombres fue del 67,1% y en las mujeres fue del 69,2%. Un 5,7 p.p mayor en el área urbana (69,1%) que el área rural (63,4%) el consumo de alcohol en los jóvenes de 13 a 17 años. Por origen étnico, dentro del grupo otros (69,8%) consumen más alcohol comparado con los afrocolombianos (66,9%) y los indígenas (56,8%). Se registró más frecuencia de haber consumido en algún momento de su vida en Medellín (83,7%), Bogotá D.C. (71,6%), Cali (69,0%) y Barranquilla (64,8%).

En relación con el consumo de alcohol antes de los 14 años, la ENSE reportó el 40,9% para el país, el 43,7 por ciento de hombres y el 38,5 de mujeres se iniciaron el consumo de licor antes de los 14 años. Se observa una diferencia de 6,8 p.p. por área de residencia, mayor en el área urbana (42,0%) con respecto al área rural (35,2%). Medellín (52,1%), Bogotá D.C. (47,2%), Cali (40,5%) y Barranquilla (36,8%) registran los valores más altos en el consumo de licor antes de los 14 años de edad.

El estudio de los efectos nocivos del consumo de alcohol ha permitido documentar los efectos sobre el estado de ánimo y el comportamiento que genera,

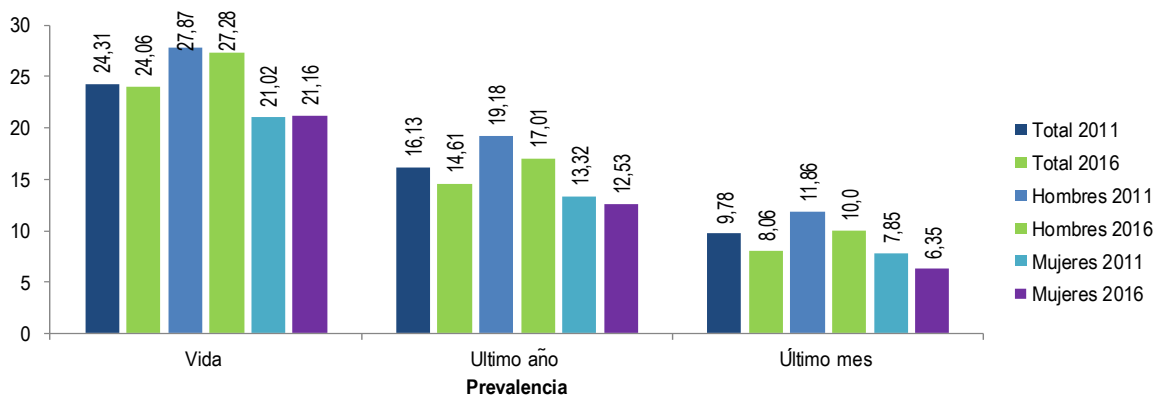
al igual que las consecuencias socialmente lesivas de la embriaguez, como aumento de accidentes automovilísticos, delitos violentos y asesinatos. De la misma manera, se han establecido relaciones entre el consumo de alcohol y la cirrosis hepática, cáncer bucal, de esófago, de laringe y alteraciones psicóticas graves e irreversibles.

**Consumo de Tabaco.** El Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar - Colombia 2016 (Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Educación Nacional y Ministerio de Salud y Protección Social, Control del Abuso de Drogas (CICAD), Organización de los Estados Americanos (OEA), 2016), reportó que la edad de inicio para el consumo de tabaco en Colombia en promedio es de 12,9 años de edad. En hombres la edad de inicio es de 12,85 años y en las mujeres los 12,86 años de edad. El 25% de los escolares manifestaron iniciar el consumo de tabaco a los 12 años de edad, mientras que el 75% de los escolares informó iniciar el uso del tabaco a partir de los 14 años de edad (Organización Mundial de la Salud, 1980.).

En 2016, la prevalencia de vida para el consumo de cigarrillo fue de 24,06 que describe un descenso de 0,25 p.p con respecto al 2011 (24,31%). La prevalencia del último año también muestra un descenso de 1,52 p.p al pasar de 14,61% en 2011 a 16,13% en 2013; y en 2016 se muestra que el consumo entre los hombres es 6,12 p.p más que en las mujeres para la prevalencia de vida, al registrar 27,3% y 21,2% respectivamente. Este mismo comportamiento por sexo se registró en el consumo de tabaco en el último año y en el último mes (Gráfico 48), apreciándose además que, el consumo de cigarrillo en el último mes es 0,7 p.p. más alto en zona urbana (8,1% IC95%: 7,61 – 8,75) en comparación con la rural (7,4% IC95: 5,47 – 9,38) (Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Educación Nacional y Ministerio de Salud y Protección Social, Control del Abuso de Drogas (CICAD), Organización de los Estados Americanos (OEA), 2016),

Gráfico 47.

*Prevalencia de vida, del último mes y año de consumo de tabaco en escolares Colombia 2011 - 2016*



\* 2011 escolares de 11 a 18 años de edad y 2016 escolares de 12 a 18 años de edad.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2011 y 2016, MSPS.

En 2016 Bogotá D.C., Nariño, Caldas, Arauca, Casanare, Vichada, Cundinamarca, Santander, Amazonas, Boyacá, Tolima y Antioquia registran prevalencias superiores al promedio nacional del 8,1% y en 17 están por debajo. Chocó registró el 18,5% menos de la diferencia relativa que el nacional en el consumo de tabaco, con una confianza del 95%. Los otros departamentos no expresan diferencias estadísticamente significativas, con un nivel de confianza del 95%, en relación con el consumo de cigarrillo en el último mes (Tabla 14).

Según datos de la Encuesta Nacional Tabaquismo en Jóvenes (ENTJ) (Ministerio de Salud y protección Social, 2018) de 13 y 15 años de edad, en 2017 la prevalencia de productos derivados del tabaco alguna vez en la vida se distribuyó, así: cigarrillo (22,0%), cigarrillo electrónico (15,4%), productos manufacturados diferentes a cigarrillo (11,7%), narguile o pipa oriental (8,9) y tabaco sin humo (7,9). Un 2,3 p.p mayor en el área urbana (9,4%) el área rural (7,1%) el consumo de cigarrillo en los jóvenes de 13 a 15 años. Por grupo étnico, los indígenas (10,6%) consumen más cigarrillo comparado con las otras etnias (8,1%) y los

afrocolombianos (7,8%). Se registró más frecuencia de fumar en lugares públicos en Bogotá D.C. (45,6), Oriental (35,8), Pacífica (23,1), Central (21,4) en comparación con las regiones Orinoquía y Amazonía (17,9) y Atlántica (17,8). Las ciudades donde se fuman más los jóvenes en lugares públicos son Barranquilla (33,5%), Medellín (26,0%) y Cali (21,5%).

Tabla 11.

*Prevalencia de consumo de cigarrillo en el último mes, según departamentos, Colombia, 2016*

<b>Departamento</b>	<b>2016</b>
Bogotá	13,10
Nariño	13,10
Caldas	11,90
Arauca*	10,80
Casanare*	10,80
Vichada*	10,80
Cundinamarca	10,70
Santander	10,10
Amazonas	9,70
Boyacá	9,10
Tolima	8,90
Antioquia	8,20
Quindío	8,00
Cauca	7,10
Huila	7,00
Risaralda	6,50
Bolívar	6,10
Caquetá	5,90
Valle del Cauca	5,90
Córdoba	5,30
Meta	5,10
Atlántico	4,80
Norte de Santander	4,80
Cesar	4,10
Magdalena	4,00
San Andrés y Providencia	3,90
Sucre	3,70
La Guajira	3,20
Chocó	1,50
Guainía	
Guaviare	
Putumayo	
Vaupés	

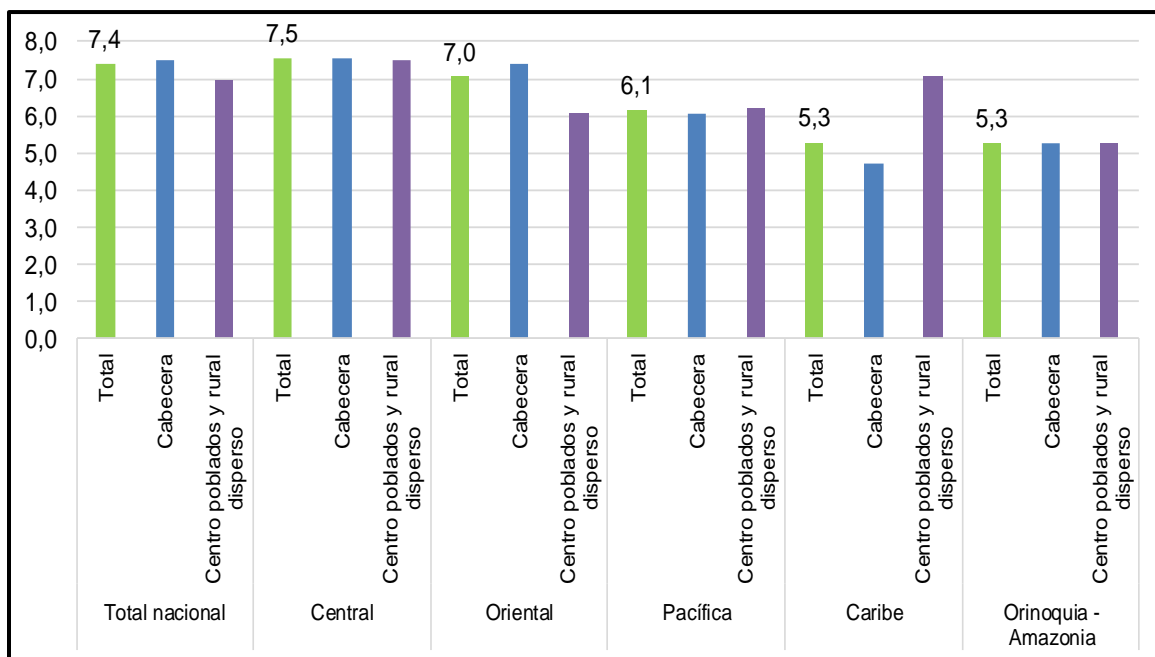
\* Datos para la región Orinoquia. 2016 escolares de 12 a 18 años de edad.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2016, MSPS.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Calidad de Vida - ECV 2018 del DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), 2018), las personas de 10 años y más que fuman actualmente se concentran principalmente en Antioquia (9,5%), Bogotá (9,3%) y Valle del Cauca (7,6%). Las regiones con mayor frecuencia de consumo son la Central (7,5%) y la Oriental (7,0%). Las regiones Pacífica (6,1%), Orinoquia (5,3%) y Caribe (5,3%) son las regiones en que se registra menor consumo de cigarrillo. El país registra una frecuencia de consumo de 7,4 por cada 100 personas de 10 y más años, cabe resaltar que San Andrés (4,3%) registró la frecuencia más baja (Gráfico 49).

Gráfico 48.

*Frecuencia de consumo de tabaco en personas de 10 años y más según regiones, Colombia 2018*

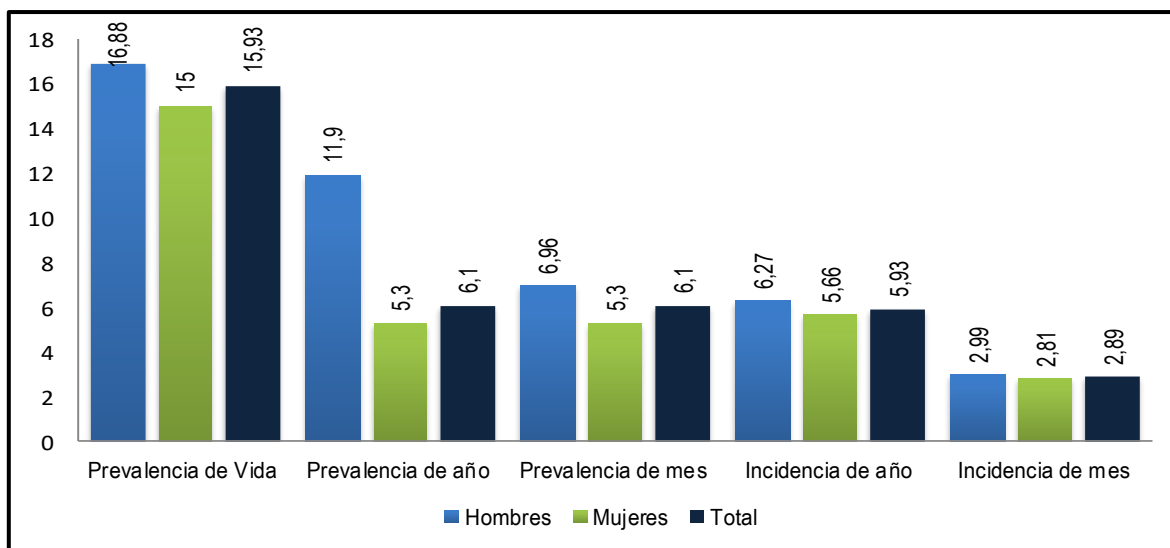


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ECV 2018 del DANE en Colombia.

**Consumo de Sustancias Psicoactivas.** El Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar - Colombia 2016, encontró que un 15,9% de los escolares declararon haber usado al menos una de estas sustancias alguna vez en la vida, con una distribución de 16,9% para los hombres y 15,1% para las mujeres. Se registró una diferencia de seis p.p por área de residencia de los estudiantes encuestados, el 16,8% vivían en zona urbana y el 10,7% en la zona rural. El 6,1% de los encuestados han consumido alguna de estas sustancias en el último mes, y la frecuencia entre los hombres fue de 6,9% y entre las mujeres fue del 5,3%. La prevalencia año es mayor en hombres que en las mujeres, alcanzando porcentajes de 11,90 y 10,2%, respectivamente, para una razón hombre: mujer de 1,16 (Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Educación Nacional y Ministerio de Salud y Protección Social, Control del Abuso de Drogas (CICAD), Organización de los Estados Americanos (OEA), 2016) (Gráfico 50).

Gráfico 49.

*Prevalencia e incidencia del uso de sustancias ilícitas, 2016*



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar - Colombia 2016.

La edad promedio de inicio de consumo es de 13,6, casi sin diferencia entre hombres (13,65) y mujeres (13,55). Cabe resaltar, que la prevalencia en el uso de cualquier sustancia, en las mujeres (62,8%) es superior a la de los escolares



hombres (59,8%). Esta diferencia está explicada por la declaración de mayor uso de alcohol en el último año en las mujeres respecto de los hombres. Cuando se excluye alcohol, tabaco, tranquilizantes y estimulantes, la situación se invierte y es mayor el uso entre los escolares hombres (11,9%) que en las mujeres (10,2%) (Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Educación Nacional y Ministerio de Salud y Protección Social, Control del Abuso de Drogas (CICAD), Organización de los Estados Americanos (OEA), 2016).

**Consumo de Cualquier Sustancia Psicoactiva.** En Colombia durante el 2016, el consumo de alcohol, el hábito tabáquico y el uso de la marihuana fueron las sustancias más frecuentes consumidas por los escolares, el 70,74% de los escolares declararon consumir alguna vez en su vida al menos una sustancia psicoactiva, con un incremento de 4,0 p.p (Tabla 15).

La prevalencia de consumo de marihuana entre 2011 y 2016, se incrementó 4,1 p.p, de cada 100 escolares, el 11,07 consumieron alguna vez en su vida en 2016 (Tabla 14). La edad promedio de inicio del consumo es cercana a los 14 años, sin diferencias por sexos, para hombres (14,01) y mujeres (13,94). Además, 7,97 de cada 100 escolares habían consumido marihuana en el último año. Así mismo, de cada 100 escolares, 4,29 consumieron por primera vez durante el último mes.

Tabla 12.

*Prevalencia de consumo en el último mes, año y de vida de sustancias psicoactivas en escolares, Colombia, 2011 - 2016*

Sustancias	Prevalencia					
	Vida	Vida	Año	Año	Mes	Mes
	2011	2016	2011	2016	2011	2016
Alcohol	63,38	69,23	56,71	59,59	39,81	37,02
Tabaco/Cigarrillo	24,31	24,06	16,13	14,61	9,78	8,06
Marihuana	7,01	11,07	5,22	7,97	2,83	4,29
Dick (Ladys - fragancia)	4,1	3,15	2,73	1,91	1,27	0,95
Pegantes y/o solventes	3,05	4,01	1,83	2,21	0,9	1,21
Cocaína	2,77	3,9	1,87	2,65	1,02	1,5
Popper	2,49	5,02	1,39	3,75	0,59	2,02
Alucinógenos (hongos, LSD, yagé, cacao sabanero)	1,53		0,98		0,43	
Otros alucinógenos		2,21		1,43		0,77
LSD		2,13		1,52		0,83
Éxtasis	1,22	2,12	0,79	1,34	0,38	0,73
Tranquilizantes sin prescripción ( Rivotril, Roche, Rohypnol, Xanax)	1,09	2,96	0,78	1,97	0,37	1,02
Bazuco	0,66	1,32	0,47	0,99	0,22	0,61
Heroína	0,51	1,64	0,36	1,33	0,19	0,95
Estimulantes sin prescripción (Ratalín, Cidrin)	0,33	1,38	0,21	1,02	0,1	0,59
Cualquier sustancia excepto tabaco, alcohol, tranquilizantes, estimulantes	12,06	15,93	8,65	10,97	4,68	6,1
Cualquier sustancia (todas las sustancias)	64,72	70,74	58,04	61,26	41,29	39,1

\* 2011 escolares de 11 a 18 años de edad y 2016 escolares de 12 a 18 años de edad.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2011 y 2016, MSPS

Los departamentos con mayor consumo de marihuana en escolares fueron Caldas (21,6%), Antioquia (18,4%), Risaralda (20,6%), Quindío (18,9%), Orinoquía (15,9%), Bogotá D.C (16,5%) y Amazonía (16,8%). La segunda sustancia con mayor frecuencia de consumo es el popper en Caldas, Antioquia, Risaralda y Quindío. La tercera sustancia es la cocaína, con mayor consumo en Caldas, Antioquia y Quindío, dick en Risaralda, solventes en Orinoquía y Amazonía y popper en Bogotá. El basuco aparece como la droga menos usada entre los escolares de Caldas, Antioquia, Risaralda, Quindío y Bogotá. (Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Educación Nacional y Ministerio de Salud y Protección Social, Control del Abuso de Drogas (CICAD), Organización de los Estados Americanos (OEA), 2016). (Tabla 16).

Tabla 13.

*Prevalencia de vida en el consumo de sustancias psicoactivas en escolares en departamentos de mayor consumo, Colombia, 2016*

Sustancias	Prevalencia de vida						
	Caldas	Antioquia	Risaralda	Quindío	Orinoquía	Bogotá D.C	Amazonía
Marihuana	21,62	18,45	20,6	18,79	15,95	16,48	16,85
Popper	15,08	17,91	11,61	11,63	3,08	6,08	2,33
Cocaína	7,84	5,82	5,82	5,28	2,52	5,06	4,51
Solventes	6,92	3,73	3,73	4,31	4,29	5,28	4,19
Dick	6,97	4,31	4,31	4,13	0,97	7,44	1,36
Otros alucinógenos	3,7	2,85	2,85	3,18	4,55	3,69	3,23
LSD	3,92	3,6	3,6	2,3	4,24	3,54	2,11
Éxtasis	3,79	2,52	2,52	2,87	2,48	3,25	1,87
Heroína	1,62	1,93	1,93	1,66	1,4	2,77	0,89
Bazuco	1,43	1,25	1,25	1,36	1,04	1,38	1,77
Cualquier sustancia	27,92	26,59	26,59	23,7	21,95	21,43	20,44

\* 2011 escolares de 11 a 18 años de edad y 2016 escolares de 12 a 18 años de edad.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2011 y 2016, MSPS.

**Actividad Física.** De acuerdo con los datos de la ENSIN 2015 (Ministerio de Salud y Protección Social. Universidad Nacional. Instituto Nacional de Salud, 2015), en Colombia, el 31,1% de las personas entre 5 y 12 años cumplen con las recomendaciones de actividad física. En hombres, la prevalencia es un 37,6% más alta que en las mujeres.

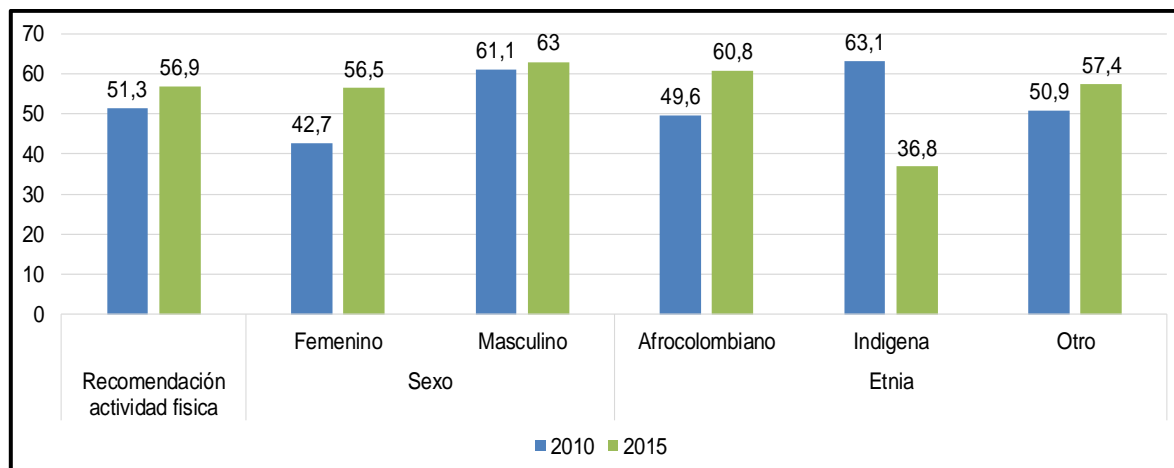
El 13,4% de los adolescentes de 13 y 17 años de edad cumple con la recomendación de realizar actividad física moderada a vigorosa durante 60 minutos diarios por 7 días a la semana. Entre los hombres fue de 18,7% y en las mujeres 7,6%. Se observa una diferencia por área de 1,4 p.p, en el área rural registró 14,4% y área urbana 13,0%. Por etnias, los Afrodescendientes (17,1%) y la población que no reporta pertenencia étnica (13,1%), son los que más siguen las recomendaciones comparado con los indígenas (12,9%). La recomendación de actividad física es 5,3 p.p más frecuente el quintil de riqueza bajo (15,5%) comparado con el quintil alto de riqueza (10,2). Las regiones que muestran valores por encima del valor nacional en la recomendación corresponden a la Central (15,6%), Atlántica (14,6%), Bogotá D.C

(14,4%), Pacífica (13,7%) y regiones como Oriental (12,7%), Orinoquía y Amazonía (11,6%), registraron 0,7 p.p y 1,8 p.p menos que el país (13,4%) (Ministerio de Salud y Protección Social. Universidad Nacional. Instituto Nacional de Salud, 2015).

Entre 2010 y 2015, incrementó en 5,6 p.p las personas que entre los 18 y 64 años cumplen con las recomendaciones de actividad física; al pasar de 51,3 en 2010 a 56,9 en 2015. Así mismo, las mujeres que realizan actividad física se incrementaron en 13,5 p.p. La prevalencia de actividad física para los afrocolombianos es de 60,8%, lo cual indica que 1,1 personas hacen actividad física más por cada 100 personas entre 18 y 64 años que en el grupo de otras etnias y 1,7 más que en la población indígena (Gráfico 51).

Gráfico 50.

*Porcentaje de cumplimiento con las recomendaciones de actividad física en población de 18 a 64 años por sexo, área, etnia y quintil de riqueza, 2015*



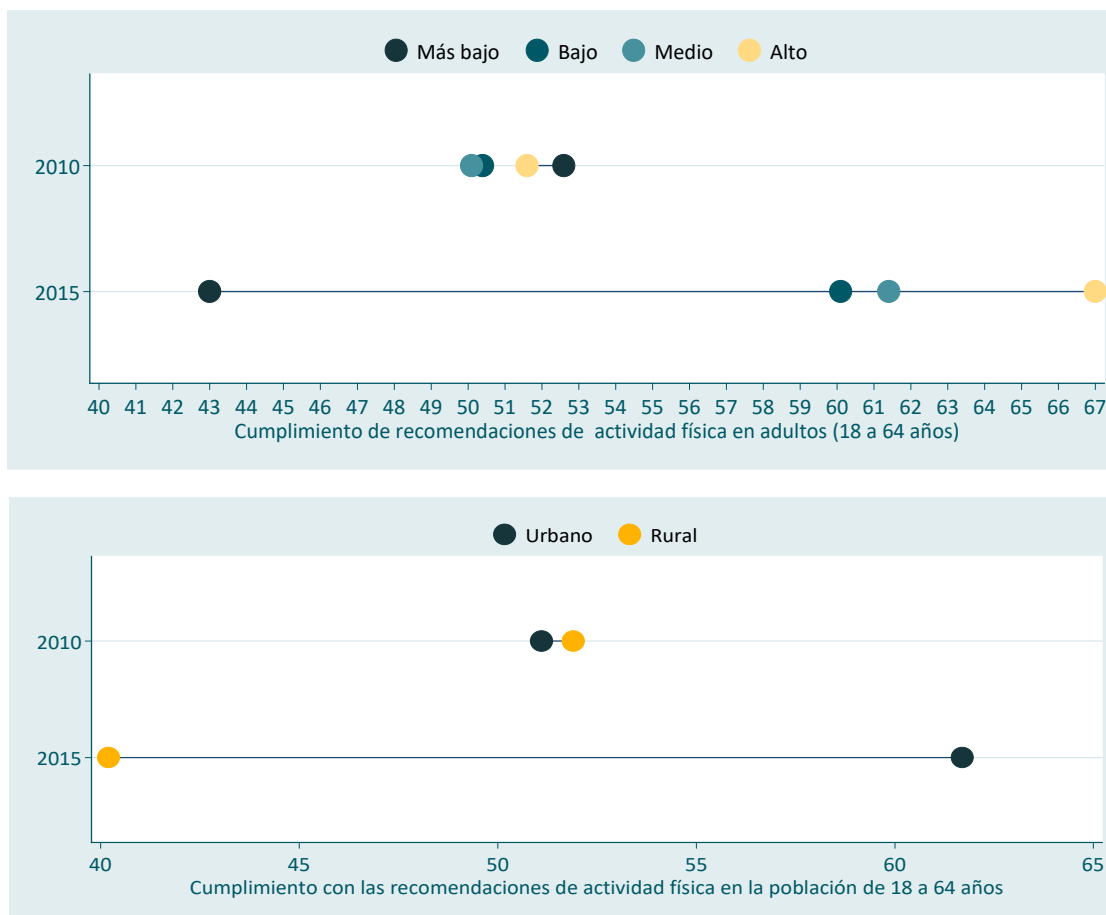
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENSIN en Colombia, 2010 y 2015.

Entre 2010 y 2015, por área de residencia se observa que la prevalencia de la actividad física es 10,6 p.p mayor en el área urbana que en el área rural y su tendencia en ambos casos tiende al incremento y la tendencia de la brecha de desigualdad por área ha incrementado. Por área quintil de riqueza, el quintil más bajo descendió en 9,6 p.p la recomendación de realizar actividad física, en tanto el quintil más alto, aumento en 15,4 p.p. y se observa, que la tendencia de la brecha

de desigualdad por el índice de riqueza se ha mantenido a través del tiempo (Gráfico 52).

Gráfico 51.

*Equiplot del de cumplimiento con las recomendaciones de actividad física en población de 18 a 64 años según Índice de riqueza y área de residencia, 2010 - 2015*

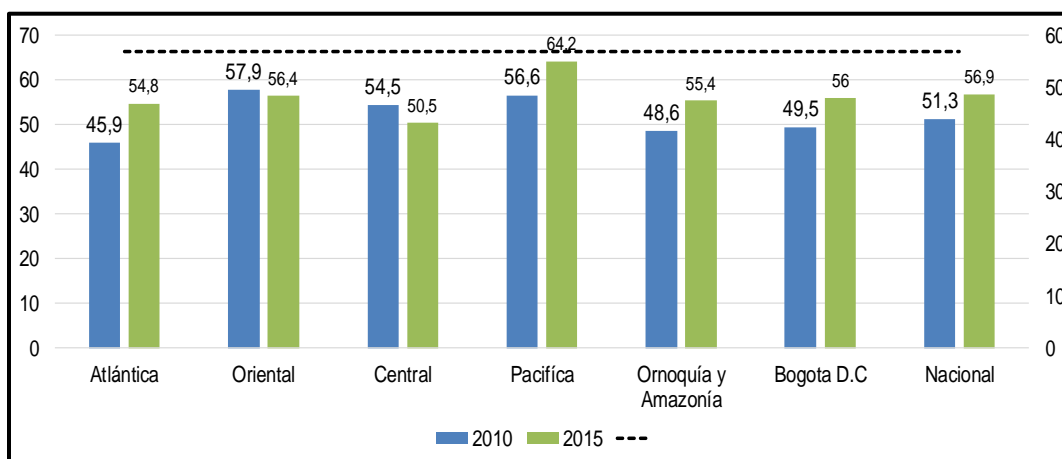


Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENSIN Colombia, 2010 y 2015.

De acuerdo, con datos de la ENSIN 2010 y 2015, la prevalencia del cumplimiento con las recomendaciones de actividad física en la población de 18 a 64 años descendió en las regiones Central y Oriental en 4 p.p, y 1,5 p.p., respectivamente. En las regiones Atlántica, Pacífica, Orinoquía y Amazonía y Bogotá D.C describen una tendencia creciente (Gráfico 53).

Gráfico 52.

*Prevalencia del cumplimiento con las recomendaciones de actividad física en la población de 18 a 64 años según región, 2010 - 2015*



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENSIN Colombia, 2010 y 2015.

**Uso de Métodos Anticonceptivos.** De acuerdo con los datos de la ENDS 2015 (Ministerio de Salud y Protección Social. Profamilia, 2015), el conocimiento de los métodos de planificación es universal, entre las mujeres y hombres encuestados con edades entre 13 y 49 años; los métodos modernos específicos más reportados fueron el condón masculino (98,6%), píldora (97,6%) y la esterilización femenina (94,9%). Los métodos menos conocidos son la espuma/jalea (33,7%), parche anticonceptivo (20,0%), Método de la Amenorrea por Lactancia (MELA) (39,4%) y anillo vaginal (28,6%) (Ministerio de Salud y Protección Social. Profamilia, 2015) .

El 99,8% de todas las mujeres, el 99,9% de las mujeres actualmente unidas y el 100% de las no unidas, pero sexualmente activas hacían uso de algún método anticonceptivo en el momento de la encuesta. Entre los hombres el 99,6% de todos los hombres, el 99,9% de los hombres actualmente unidos y el 100% de los no unidos, pero sexualmente activos hacían uso de algún método anticonceptivo en el momento de la encuesta.

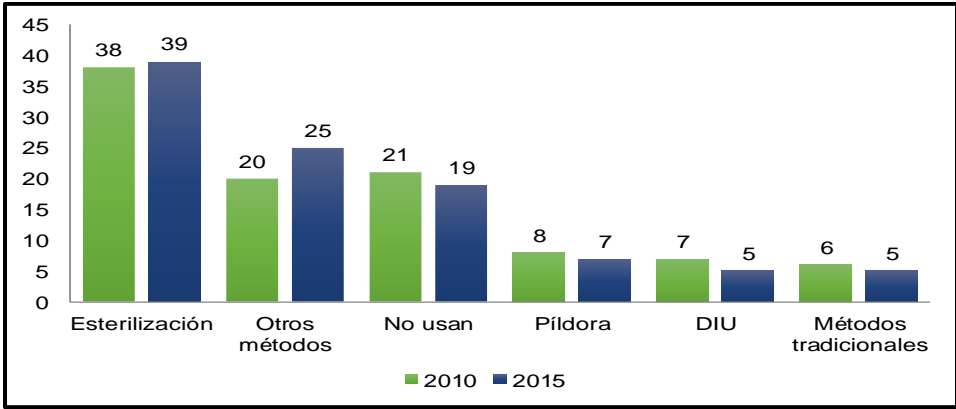
Entre 2005 y 2010, el uso de algún método anticonceptivo aumentó en 4,8 puntos porcentuales en todas las mujeres y ligeramente se incrementó en las

actualmente unidas y en las no unidas sexualmente activas, con 0,9 y 0,6 puntos porcentuales (p.p.), respectivamente. Así mismo, se observó que la proporción de mujeres no unidas menores de 30 años hace más uso de métodos anticonceptivos y a los 35 años o más este disminuye, dando lugar a que las mujeres unidas lideren el porcentaje de uso.

Entre 2010 y 2015, el comportamiento de uso de métodos anticonceptivos entre mujeres en unión de 15 y 49 años de edad se incrementó en 2 puntos porcentuales, respectivamente. Otros métodos moderno aumento en cinco p.p el uso entre las mujeres unidas, los demás métodos se incrementaron en un p.p a excepción del uso del DIU, píldora y métodos tradicionales (Gráfico 54).

Gráfico 53.

*Uso de métodos de anticonceptivos en mujeres en unión entre 15 y 49 años, 2010 - 2015*



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENDS, 2010 y 2015.

En 2010, los Departamentos de Vaupés, La Guajira, Amazonas, Chocó, Guainía, el archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Córdoba y Sucre poseían los porcentajes más bajos de mujeres unidas que hacían uso de algún método anticonceptivo en el país. Para dicho año, este porcentaje de uso de métodos anticonceptivos por mujeres unidas descendió entre 1 y 6 puntos porcentuales con respecto a 2005 en estos departamentos y aumentó entre seis y

cuatro puntos porcentuales en Guaviare, Caquetá, Magdalena, Atlántico y Casanare (Tabla 17).

Entre 2010 y 2015, Casanare, el archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Amazonas, Sucre, Cauca Cesar, Meta, La Guajira, Bogotá, Córdoba, Guainía y Boyacá son los territorios donde se incrementó el uso de métodos anticonceptivos, entre 3 y 7 puntos porcentuales con respecto a 2010. En contraste con Vichada, Atlántico, Cundinamarca, Caldas, Arauca, Putumayo y Vaupés que describen un descenso entre 1 y 16 p.p. con respecto a 2010. Por otra parte, entre 2005 y 2015, Guaviare (13,9), Casanare (10,1) Cauca (8,5), Magdalena (7,8), Caquetá (7,0), Cesar (6,4), Meta (6,3), Valle del Cauca (5,4), Norte de Santander (5,0) y Antioquia (4,7) son los departamentos en los que se ha incrementado el uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres (Tabla 17).

Tabla 14.

*Uso de los métodos anticonceptivos por mujeres unidas según departamento, 2005, 2010 – 2015*



Departamento	2005 (15 - 49 años)	2010 (15 - 49 años)	2015 (13 - 49 años)	$\Delta$ 2005 - 2015	Tendencia
Guaviare	69,70	82,50	83,60	13,90	↗
Casanare	76,90	80,40	87,00	10,10	↗
Cauca	75,70	78,70	84,20	8,50	↗
Magdalena	65,90	71,70	73,70	7,80	↗
Caquetá	71,20	77,30	78,20	7,00	↗
Cesar	69,10	70,90	75,50	6,40	↗
Meta	77,40	79,20	83,70	6,30	↗
Valle del Cauca	78,30	81,00	83,70	5,40	↗
Norte de Santander	76,30	78,30	81,30	5,00	↗
Antioquia	79,40	81,70	84,10	4,70	↗
Risaralda	81,70	84,30	85,70	4,00	↗
Nariño	81,90	84,10	85,90	4,00	↗
Atlántico	69,90	73,90	72,70	2,80	↗
Santander	80,50	81,70	83,20	2,70	↗
Sucre	73,10	70,10	75,70	2,60	↗
Tolima	77,40	78,40	79,90	2,50	↗
La Guajira	64,10	62,10	66,40	2,30	↗
Bogotá	82,50	80,80	84,70	2,20	↗
Córdoba	70,90	69,70	73,00	2,10	↗
Quindío	83,00	83,80	85,00	2,00	↗
Bolívar	74,30	73,50	76,10	1,80	↗
Amazonas	69,50	64,40	70,40	0,90	↗
San Andrés y Providencia	75,10	69,60	75,80	0,70	↗
Huila	80,30	80,40	80,60	0,30	↗
Vichada	75,60	76,00	75,40	-0,20	↘
Boyacá	86,50	83,20	86,30	-0,20	↘
Guainía	72,20	68,10	71,20	-1,00	↘
Chocó	68,50	66,30	66,70	-1,80	↘
Caldas	85,40	85,60	82,90	-2,50	↘
Arauca	78,20	79,20	75,30	-2,90	↘
Putumayo	80,70	82,20	77,80	-2,90	↘
Cundinamarca	84,10	82,90	80,60	-3,50	↘
Vaupés	65,60	59,30	43,70	-21,90	↘
<b>Colombia</b>	<b>78,2</b>	<b>79,1</b>	<b>80,9</b>	<b>2,70</b>	<b>↗</b>

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENDS, 2010, 2015

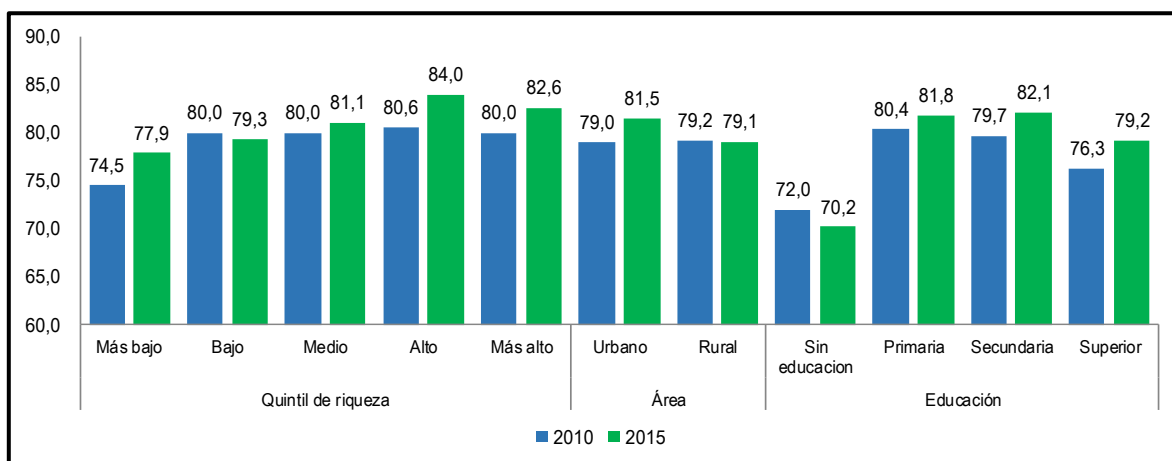
**Métodos Anticonceptivos Modernos.** Según la ENDS 2015 (Ministerio de Salud y Protección Social. Profamilia, 2015), en Colombia el uso de métodos anticonceptivos modernos entre mujeres en edad fértil (15 – 49 años) unidas ha ido en incremento tanto en el área urbana como la rural. En 1990 se observa que el uso de estos métodos era más bajo en la población rural que en la urbana, pero con el tiempo esta brecha ha desaparecido a tal punto que para 2010 en el área urbana es de 79,0 y en el área rural es de 79,2. Entre 2010 y 2015, se incrementó en dos p.p. el uso de métodos anticonceptivos modernos entre mujeres en edad fértil (15 y 49 años), al pasar de 79,1 en 2010 a 81,0 en 2015. Por área se observa un aumento

de 2,5 p.p en el área urbana, al pasar de 79,0 a 81,5 entre 2010 y 2015, respectivamente. En área rural se observa que registra un valor similar entre 2010 (79,2) y 2015 (79,1) (Ministerio de Salud y Protección Social. Profamilia, 2015). La tendencia de la brecha de desigualdad muestra que la desigualdad por área se ha incrementado a través del tiempo (Gráficos 55 y 56).

Entre 2010 y 2015, según el nivel educativo, se observa que las mujeres unidas sin educación, con educación primaria y con educación secundaria hacen uso de los métodos anticonceptivos con menor frecuencia en comparación con las de nivel de educación superior. Se observa cómo la brecha entre las mujeres sin educación y con educación superior se ha ido incrementando a través del tiempo: para 2010 fue 72,0 y 76,3 para el nivel sin educación y nivel superior, en tanto para 2015 fue 70,2 y 79,2 para el nivel sin educación y nivel superior (Gráficos 55 y 56).

Gráfico 54.

*Mujeres en unión que usan métodos anticonceptivos modernos, según quintil de riqueza nivel de educación y área, 2010 – 2015*



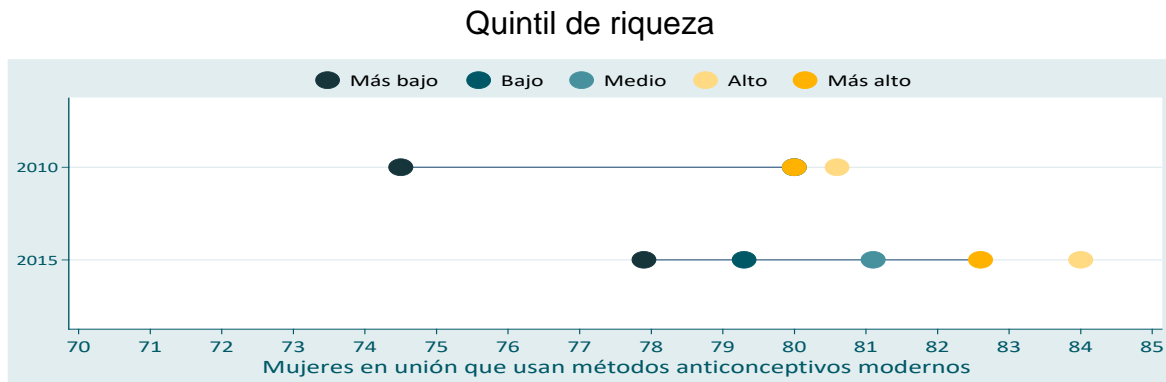
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENDS, 2010, 2015

Según el quintil de riqueza, se observa que entre 2010 y 2015, en todos los quintiles se incrementó el uso de métodos de anticoncepción moderna en las mujeres con la excepción del quintil que se redujo en 0,7 p.p. Los quintiles más bajo y alto registraron un aumento de 3,4 p.p. en el uso de métodos anticonceptivos

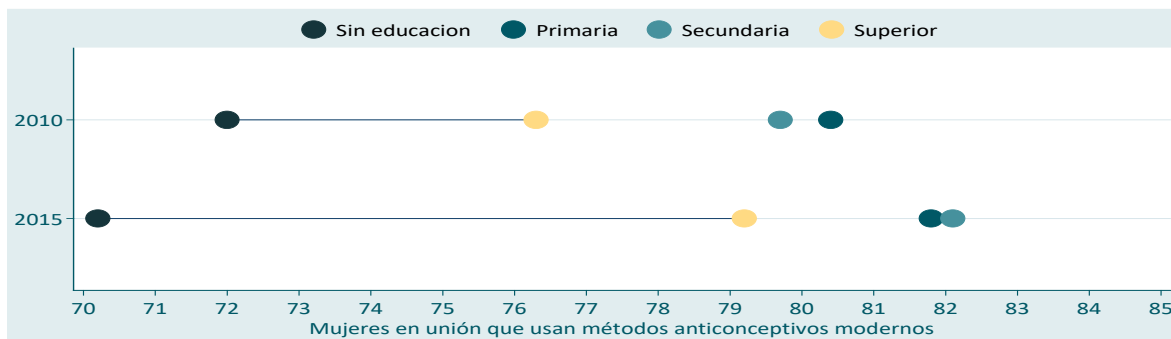
(Gráfico 56). La tendencia de la brecha, muestra que la desigualdad por quintil de riqueza es más estrecha y se ha mantenido a través del tiempo (Gráficos 55 y 56).

Gráfico 55.

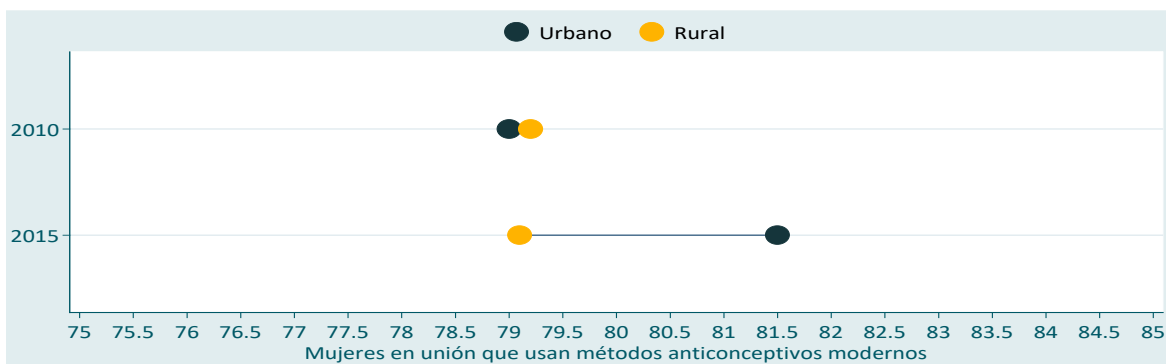
*Equiplot de las mujeres en unión que usan métodos anticonceptivos modernos, según quintil de riqueza, nivel de educación y área, 2010 - 2015*



Nivel de educación



Área de residencia

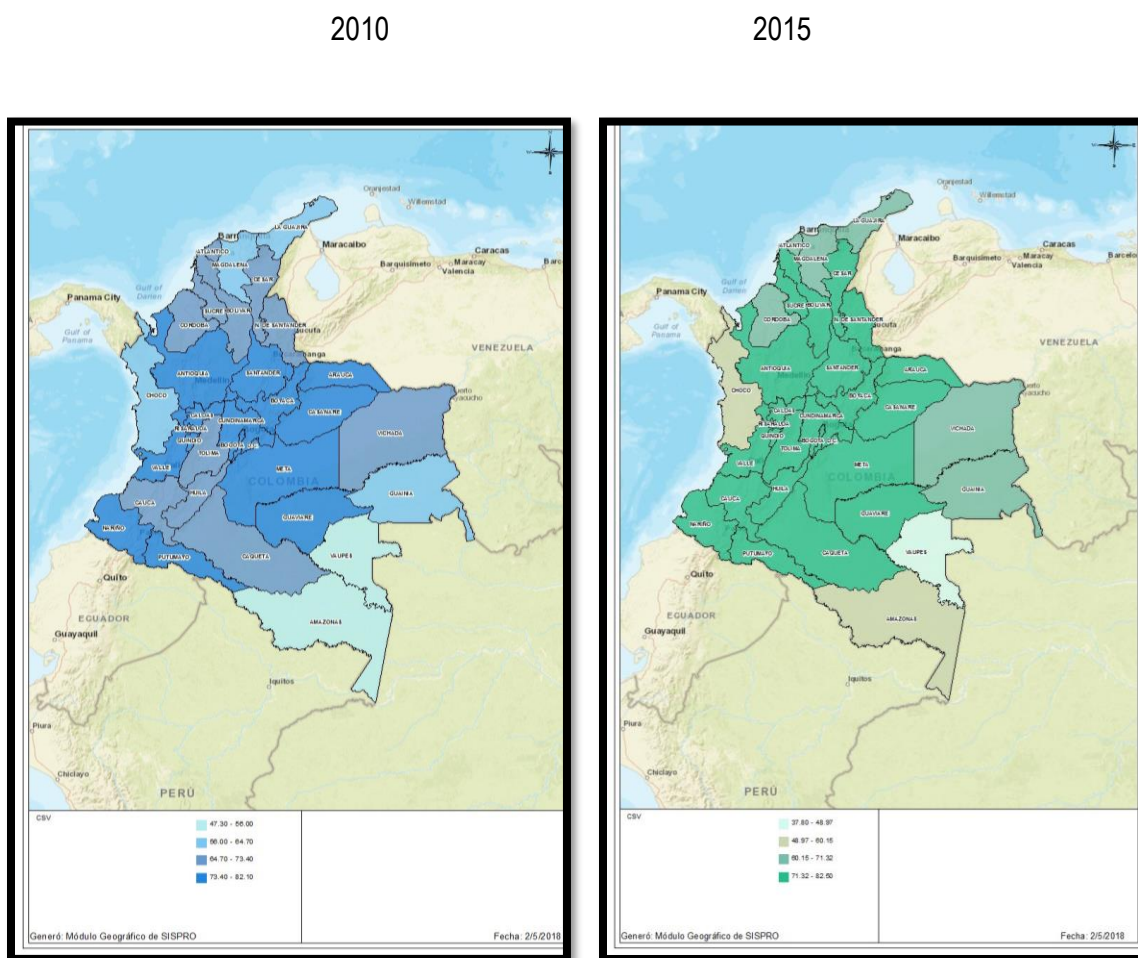


Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENDS, 2010, 2015.

Entre 2010 y 2015, Santander, Vichada, Arauca, Caldas, Cundinamarca, Chocó y Vaupés son los territorios donde descendió el uso de métodos anticonceptivos modernos, este descenso fue de 0,2 y 9 puntos porcentuales con respecto a 2010 (Mapa 21) (Tabla 18).

Mapa 9.

*Uso de los métodos anticonceptivos modernos en mujeres unidas por departamento, 2010 - 2015*



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENDS, 2010, 2015 SISPRO, MINSALUD

Tabla 15.

*Uso de métodos anticonceptivos modernos por mujeres unidas según departamento, 2010 – 2015*

Departamento	2010	2015	$\Delta$ 2010 - 2015	Tendencia
Cauca	68,2	77,7	9,5	↗
Sucre	65,0	73,0	8,0	↗
Casanare	74,5	81,5	7,0	↗
Magdalena	64,5	71,2	6,7	↗
Amazonas	53,5	59,4	5,9	↗
Guainía	60,5	66,1	5,6	↗
Bolívar	67,2	71,9	4,7	↗
Bogotá, D.C.	75,7	80,2	4,5	↗
Cesar	67,3	71,8	4,5	↗
Caquetá	70,4	74,8	4,4	↗
Meta	73,9	78,3	4,4	↗
Tolima	70,1	74,3	4,2	↗
Norte de Santander	70,4	74,5	4,1	↗
Valle del Cauca	75,5	79,5	4,0	↗
Archipiélago de San Andrés, Providencia	66,0	70,0	4,0	↗
Antioquia	76,0	79,9	3,9	↗
Córdoba	65,5	69,3	3,8	↗
La Guajira	57,6	61,2	3,6	↗
Boyacá	76,8	80,3	3,5	↗
Risaralda	77,7	81,2	3,5	↗
Nariño	76,6	79,8	3,2	↗
Huila	69,7	72,8	3,1	↗
Atlántico	65,1	67,0	1,9	↗
Guaviare	79,4	81,3	1,9	↗
Quindío	81,1	81,3	0,2	↗
Putumayo	75,2	75,3	0,1	↗
Santander	75,6	75,4	-0,2	↘
Vichada	72,2	71,1	-1,1	↘
Arauca	74,1	72,7	-1,4	↘
Caldas	80,7	79,3	-1,4	↘
Cundinamarca	77,3	75,7	-1,6	↘
Chocó	61,8	59,0	-2,8	↘
Vaupés	47,3	37,8	-9,5	↘
<b>Colombia</b>	<b>72,9</b>	<b>75,9</b>	<b>3,0</b>	<b>↗</b>

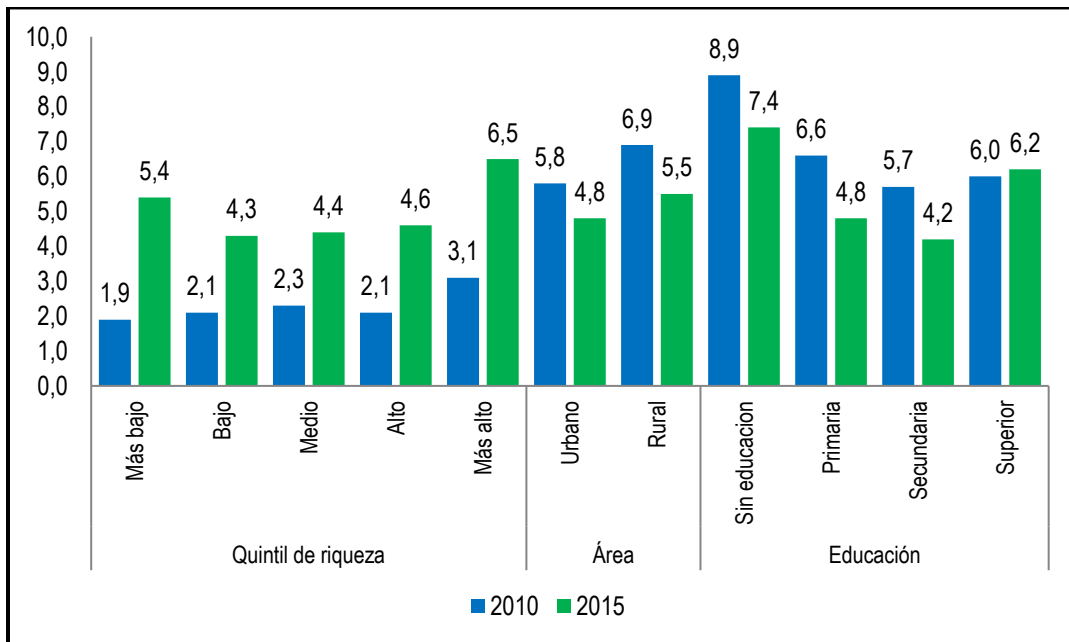
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENDS, 2010, 2015 SISPRO, MINSALUD

**Métodos Anticonceptivos Tradicionales.** Entre 2010 y 2015 por índice riqueza, en todos con quintiles se incrementó el uso de métodos de anticoncepción tradicionales en las mujeres. Los quintiles más bajo y más alto registraron un aumento de 3,5 y 3,4 p.p. en el uso de métodos anticonceptivos, respectivamente (Gráfico 57). La tendencia de la brecha, muestra que la desigualdad por quintil de riqueza es más estrecha y se ha mantenido a través del tiempo (Gráfico 58).

Según datos de las ENDS entre 2010 y 2015 (Ministerio de Salud y Protección Social. Profamilia, 2015), el nivel educativo de las mujeres unidas que usan métodos tradicionales ha descendido un punto porcentual en todos los niveles de educación, con excepción en el nivel superior. La brecha entre las mujeres sin educación y con educación superior se ha ido incrementando a través del tiempo (Gráficos 57 y 58).

Gráfico 56.

*Mujeres en unión que usan métodos anticonceptivos tradicionales, según quintil de riqueza, nivel de educación y área, 2010 – 2015*

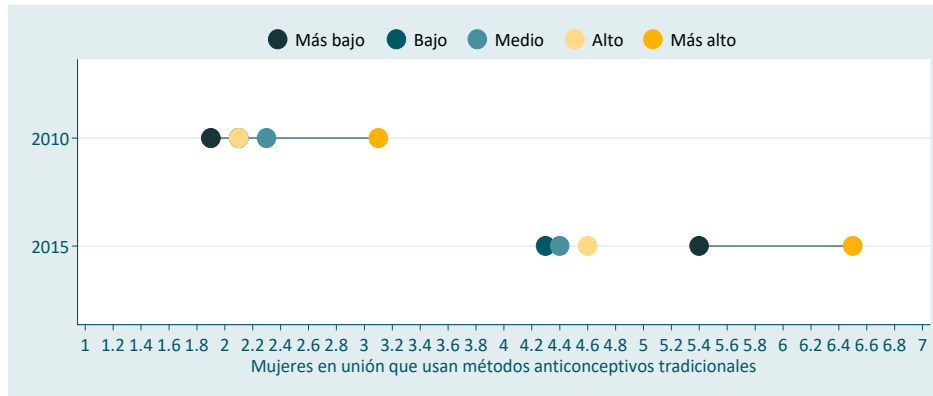


Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENSIN Colombia, 2010 y 2015.

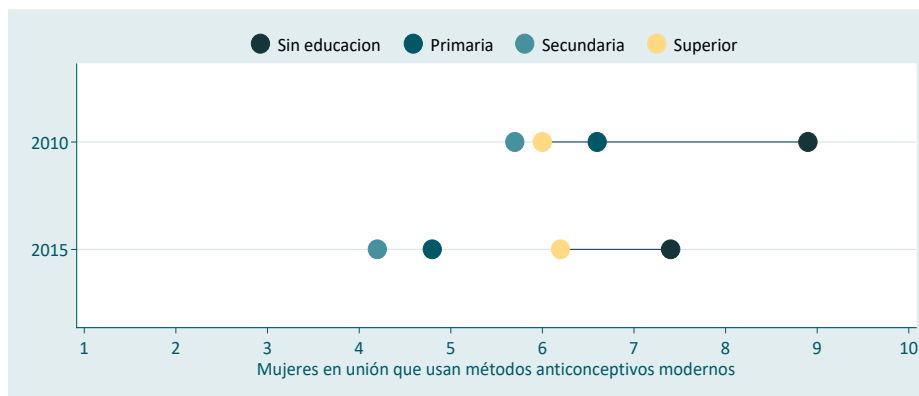
Gráfico 57.

*Equiplot de las mujeres en unión que usan métodos anticonceptivos tradicionales, según quintil de riqueza, nivel de educación y área, 2010 - 2015*

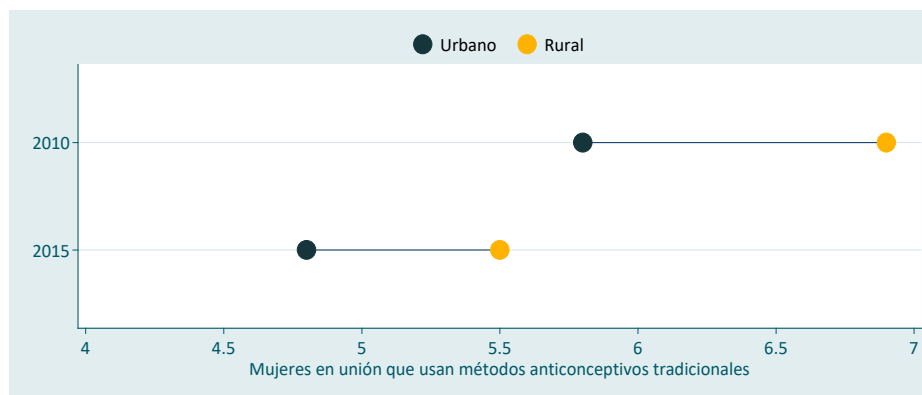
Quintil de riqueza



Nivel de educación



Área de residencia



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENDS, 2010, 2015.

**Uso de Métodos Anticonceptivos en Hombres.** Según datos de la ENDS 2015, para los hombres en unión (de 13 a 49 años), los métodos modernos de anticoncepción de uso actual más frecuente son la inyección (14,8%), el condón masculino (8,7%) y la píldora (7,3%). En hombre sin unión (de 13 a 49 años), los métodos modernos más frecuentes son el condón masculino (46,0%), inyección (14,9%) y píldora (11,4%). Por departamento se observa que Córdoba, Putumayo, Bolívar, Atlántico, Chocó, Vichada, Magdalena, Amazonas, Guainía, La Guajira y Vaupés no superan el promedio nacional (79,4%). Prevalencias mayores al promedio nacional, en el uso métodos anticonceptivos, se registraron en 21 de los 32 departamentos y en el Distrito Capital de Bogotá (Tabla 19).

Tabla 16.

*Uso de los métodos anticonceptivos por hombres unidos según departamento, 2015*

Departamento	2015 (13 - 49 años)	Departamento	2015 (13 - 49 años)
Tolima	88,1	San Andrés y Providencia	81,9
Caldas	87,9	Caquetá	81,4
Nariño	87,9	Guaviare	81,1
Cauca	87,8	Arauca	80,8
Cundinamarca	87,6	Cesar	80,0
Boyacá	86,7	Sucre	80,0
Bogotá	86,0	Córdoba	78,4
Casanare	85,9	Putumayo	76,3
Santander	85,7	Bolívar	74,5
Risaralda	85,6	Atlántico	74,4
Antioquia	84,5	Chocó	74,1
Meta	84,4	Vichada	74,1
Quindío	84,3	Magdalena	72,8
Valle del Cauca	82,7	Amazonas	69,7
Huila	82,5	Guainía	69,5
Norte de Santander	82,4	La Guajira	62,4
San Andrés y Providencia	81,9	Vaupés	55,1
		<b>Colombia</b>	<b>79,4</b>

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENDS, 2015

**Violencia Intrafamiliar.** Entre 2004 y 2019, se registraron 1.269.856 casos de incidentes de violencia intrafamiliar, con una media anual de 79.366 y una desviación estándar de 9.067,6, evidenciada un incremento del 10,6% en la tasa de incidencia lo que se traduce en 15,1 más por cada 100.000 habitantes. Cabe anotar

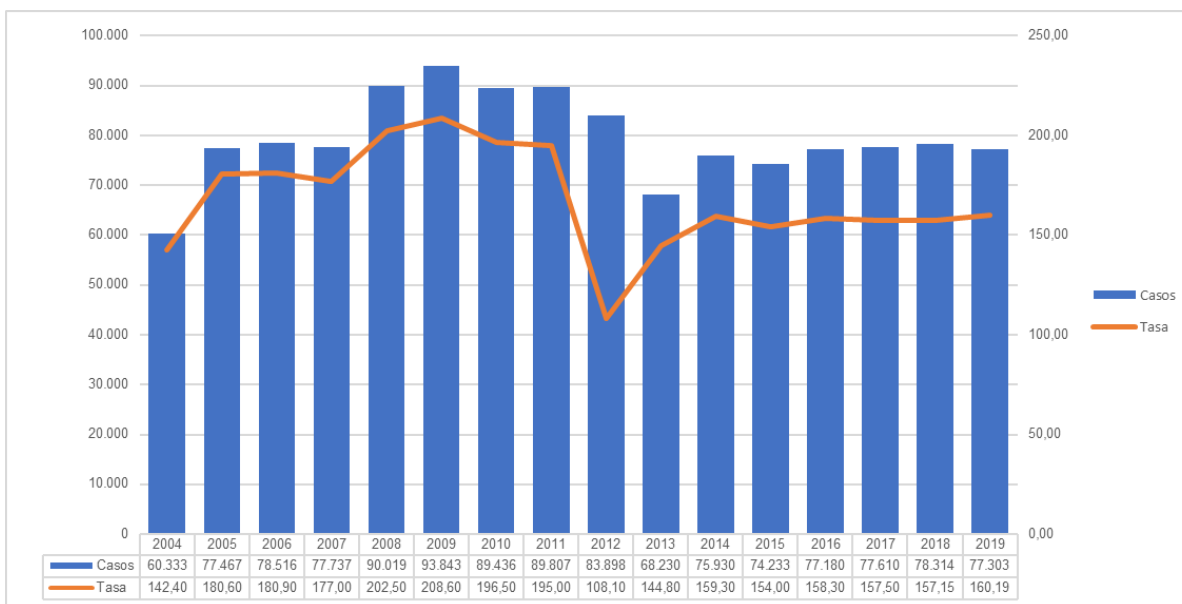


que durante 2012 se registró descenso en 35 casos por cada 100.000 habitantes, con respecto al 2011 (Gráfico 59).

En el 2019, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) registró 1.011 casos menos por violencia intrafamiliar (violencia contra niños, niñas y adolescentes, violencia contra la población adulta mayor, violencia de pareja y la violencia entre otros familiares), al pasar de 78.314 casos en 2018 a 77.303 casos de violencia intrafamiliar en 2019, de estos, 10.468 (13,5%) corresponden a casos que ocurrieron en niños, niñas y adolescentes con una tasa de 73,7 por cada 100.000 habitantes. Asimismo, se registraron 2.369 (3,1%) casos de violencia contra la población adulta mayor, con una tasa de 36,4. En los 15.440 casos (20,0%), casos de violencia entre otros familiares, con una tasa de 53,8 (Gráfico 60).

Gráfico 58.

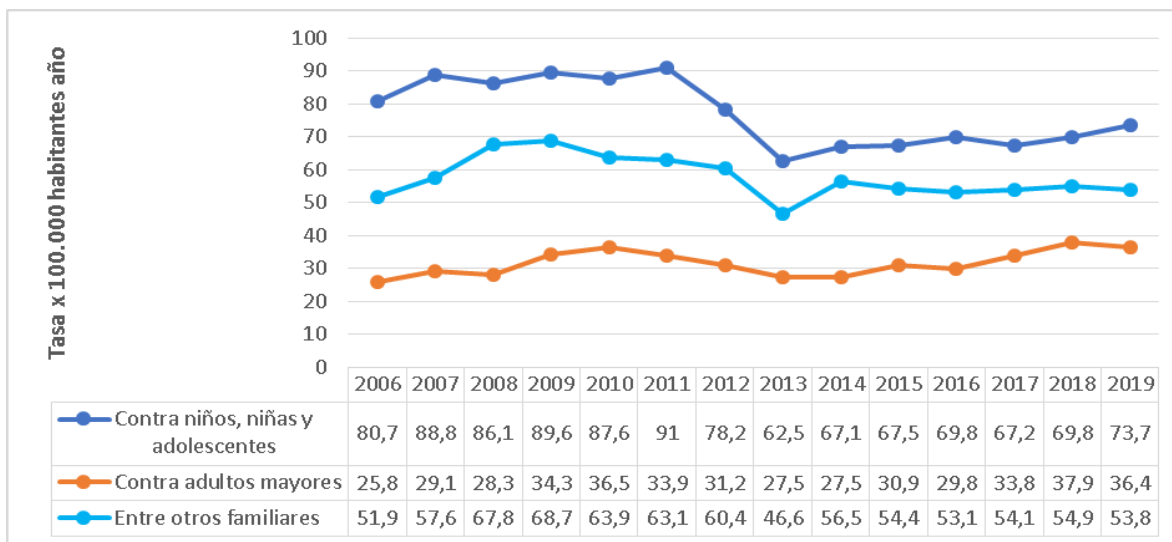
*Violencia intrafamiliar. Casos y tasas por 100.000 habitantes, 2004-2019*



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del FORENSIS, Colombia, 2004 a 2019

Gráfico 59.

*Tasa de Violencia intrafamiliar, 2006-2019*



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del FORENSIS, Colombia, 2006 a 2019.

Para el 2017 los territorios que reportan más casos por violencia intrafamiliar son Bogotá, D.C. (19.705), Antioquia (8.988), Cundinamarca (5.812), Valle del Cauca (5.242) y Medellín (5.105). La tasa de violencia intrafamiliar en Cauca fue la tasa más alta del país siendo 3,0 veces más alta que la nacional con un valor de 234,4 por cada 100.000 habitantes y un total de 1.569 casos registrados. Así mismo en Arauca, Archipiélago de San Andrés, Providencia, Meta, Amazonas, Bogotá, D.C., Cundinamarca, Boyacá, Huila, Santander y Quindío registran valores por encima del promedio nacional, con una diferencia estadísticamente significativa al 95% de nivel de confianza. Cabe resaltar que Cauca, Arauca, Boyacá y Huila, describen una tendencia creciente, en comparación con 2016. En contraste reportaron tasas por debajo de promedio nacional (Tabla 20).

Tabla 17.

*Tasa de violencia intrafamiliar por 100.000 habitantes según departamento de ocurrencia del hecho, 2016 – 2017*

Departamento	Tasa violencia intrafamiliar x 100.000 hab. 2016	Tasa violencia intrafamiliar x 100.000 hab. 2017	Δ 2016 - 2017	Tendencia
Cauca	170,85	436,06	265,2	↗
Arauca	297,90	340,31	42,4	↗
Archipiélago de San Andrés, Meta	640,72	291,93	-348,8	↘
Amazonas	384,40	276,71	-107,7	↘
Bogotá, D.C.	325,60	248,88	-76,7	↘
Cundinamarca	341,48	243,85	-97,6	↘
Boyacá	378,23	210,37	-167,9	↘
Huila	7,59	204,62	197,0	↗
Santander	19,85	179,67	179,8	↗
Quindío	360,89	179,58	-181,3	↘
Norte de Santander	358,66	168,79	-189,9	↘
Tolima	239,96	154,11	-85,8	↘
Magdalena	301,87	152,18	-149,7	↘
Risaralda	235,22	151,55	-83,7	↘
Cesar	235,15	145,66	-89,5	↘
Atlántico	264,79	142,58	-122,2	↘
Antioquia	236,99	138,57	-98,4	↘
Sucre	182,05	135,91	-46,1	↘
Putumayo	196,30	119,52	-76,8	↘
Casanare	199,69	112,12	-87,6	↘
Valle del Cauca	381,56	111,74	-269,8	↘
Guainía	202,89	111,34	-91,6	↘
Bolívar	4,75	100,52	95,8	↗
Caldas	179,65	95,82	-83,8	↘
Nariño	226,58	93,96	-132,6	↘
Caquetá	204,14	91,02	-113,1	↘
La Guajira	135,17	85,70	-49,5	↘
Guaviare	126,24	74,24	-52,0	↘
Chocó	15,98	67,42	51,4	↗
Córdoba	104,55	57,05	-47,5	↘
Vaupés	98,84	36,54	-62,3	↘
Vichada	2,27	6,70	4,4	↗
<b>Colombia</b>	<b>82,77</b>	<b>2,70</b>	<b>-80,1</b>	<b>↘</b>

**Rojo:** el indicador es significativamente más alto en el departamento comparado con el indicador nacional con un nivel de confianza del 95%

**Amarillo:** el indicador no es significativamente diferente en el departamento comparado con el indicador nacional con un nivel de confianza del 95%

**Verde:** el indicador es significativamente más bajo en el departamento comparado con el indicador nacional con un nivel de confianza del 95%

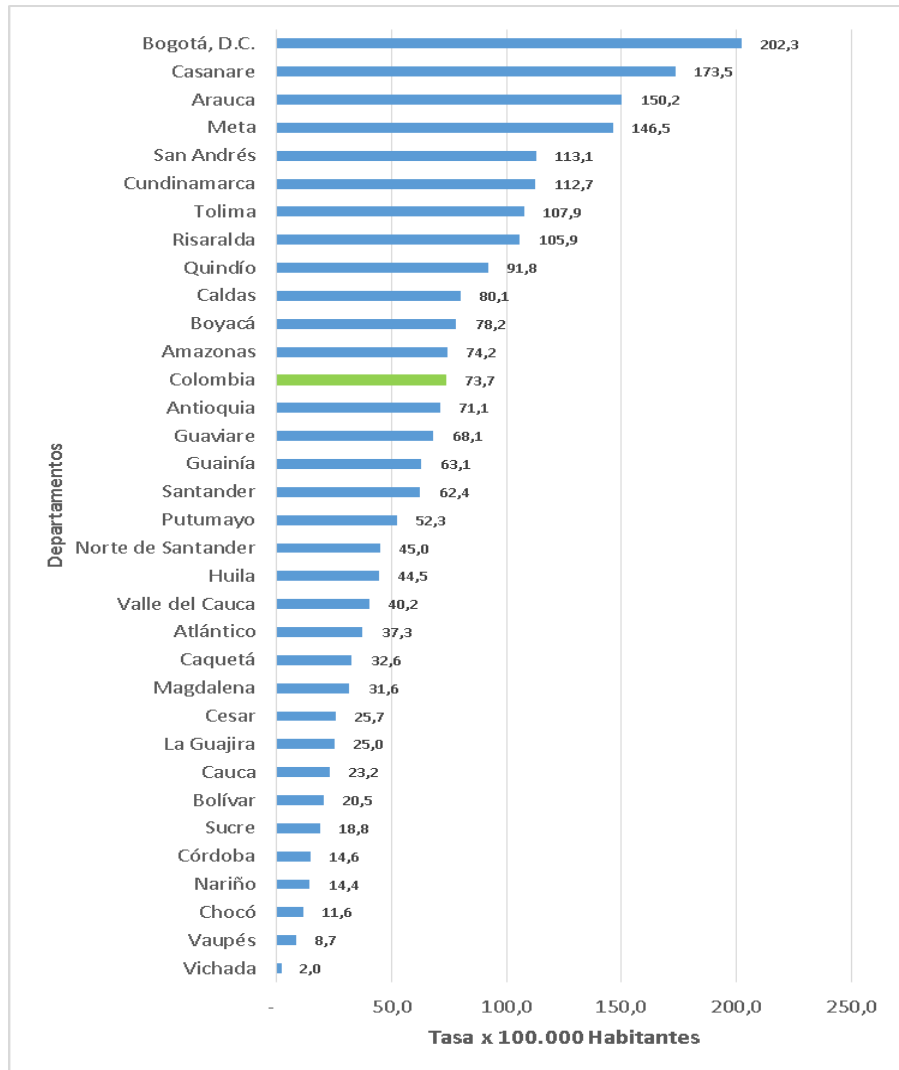
Fuente: elaboración propia a partir de los datos del “Datos para la Vida”, FORENSIS, INMCLF, Colombia, 2016 – 2017

**Violencia contra Niños, Niñas y Adolescentes.** La violencia contra niños, niñas y adolescentes (NNA), reporta una tendencia decreciente al pasar de 13.580 en 2013 a 10.468 casos en 2019. Este último año, la tasa de violencia contra NNA en Bogotá fue la más alta del país con 202,3 casos por cada 100.000 habitantes y un total de 3.599 casos registrados. En segundo lugar, se ubica Casanare con un total de 245 registros y una tasa de 173,5 casos por cada 100.000 habitantes. Arauca, Meta, San Andrés, Cundinamarca, Tolima, Risaralda, Quindío, Caldas,

Boyacá y Amazonas registran valores por encima de la tasa del promedio nacional (Gráfico 61).

Gráfico 60.

*Tasa de violencia contra niños, niñas y adolescentes por 100.000 habitantes según departamento de ocurrencia del hecho, 2019*



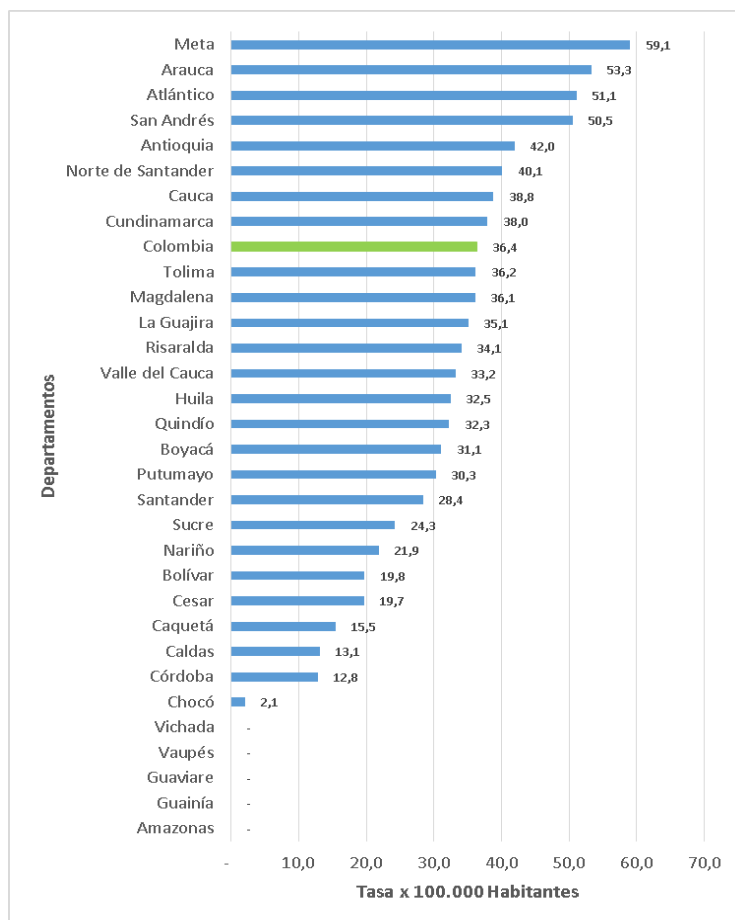
Fuente: elaboración propia a partir de los datos del "Datos para la Vida", FORENSIS, INMCLF, Colombia, 2019

**Violencia Contra Adultos Mayores.** Entre 2008 y 2019 se reportaron 20.011 eventos, con una tendencia creciente al pasar de 1.175 en 2008 a 2.369 casos en 2019. Así mismo, entre 2018 y 2019, describe un incremento en números absolutos de 108 casos. En 2019 el departamento del Meta tuvo la tasa más alta de violencia contra adultos mayores con un valor de 59,1 casos por cada 100.000 habitantes,

superando el promedio nacional de 36,4 que también superaron departamentos como Arauca, Atlántico, San Andrés, Antioquia, Norte de Santander, Cauca y Cundinamarca (Gráfico 62).

Gráfico 61.

*Tasa de violencia contra adultos mayores por 100.000 habitantes según departamento de ocurrencia del hecho, 2019*



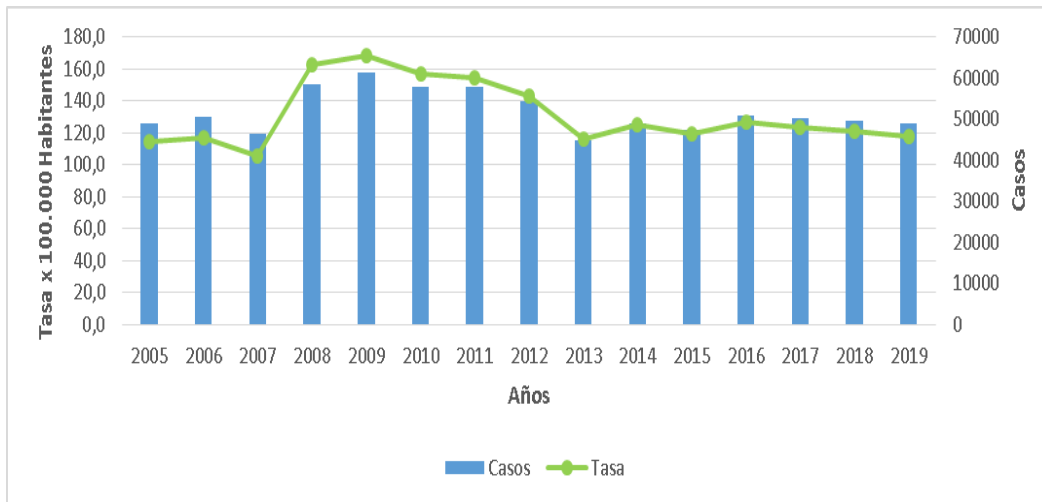
Fuente: elaboración propia a partir de los datos del "Datos para la Vida", FORENSIS, INMCLF, Colombia, 2019

**Violencia de Pareja.** Entre 2005 y 2019 se reportaron 775.463 eventos por violencia de pareja entre mujeres y hombres, y un promedio de 51.698 casos por año. La tasa más alta por cada cien mil habitantes se registró en 2009 (168,13) y la más baja en el 2013 (116). En 2019 la tasa fue de 117,8 casos por 100.000 habitantes, reduciendo 643 casos con respecto al 2018 (Gráfico 63).

Para 2019 el 85,9% (42.134) de los casos ocurren en mujeres de los cuales 41.033 suceden en mayores de 8 años. La serie de datos muestra un comportamiento estable de las tendencias en los últimos seis años.

Gráfico 62.

*Violencia de pareja. Casos y tasas por 100.000 habitantes, 2005-2019*

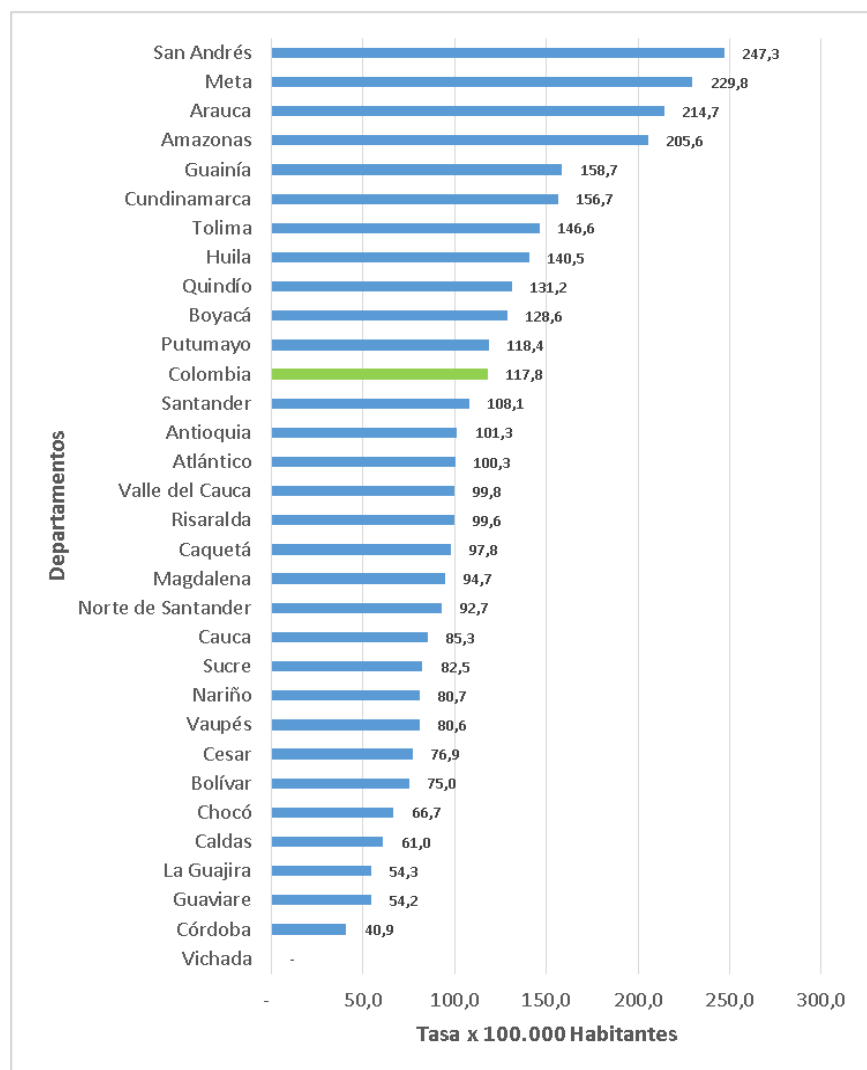


Fuente: elaboración propia a partir de los datos del *FORENSIS, Colombia, 2005 a 2019*.

En el 2019, San Andrés cuenta con la tasa más alta del país, encontrándose por encima de la nacional (117,8) alcanzando los 247,3 casos por cada 100.000 habitantes. Los departamentos de Meta, Arauca, Amazonas, Guainía, Cundinamarca, Tolima, Huila, Quindío, Boyacá y Putumayo también presentaron tasas mayores que la nacional. El mismo año, los departamentos con el mayor número de casos registrados fueron Bogotá (12.063), Antioquia (5.703), Cundinamarca (4.109), Valle de Cauca (3.808). En contraste con los departamentos que registraron el menor número de eventos, son Guainía (57), Guaviare (36) y (24) Vaupés (Gráfico 64).

Gráfico 63.

*Tasa de violencia de pareja por 100.000 habitantes según departamento de ocurrencia del hecho, 2019*



Fuente: elaboración propia a partir de "Datos para la Vida", FORENSIS, INMCLF, Colombia, 2019.

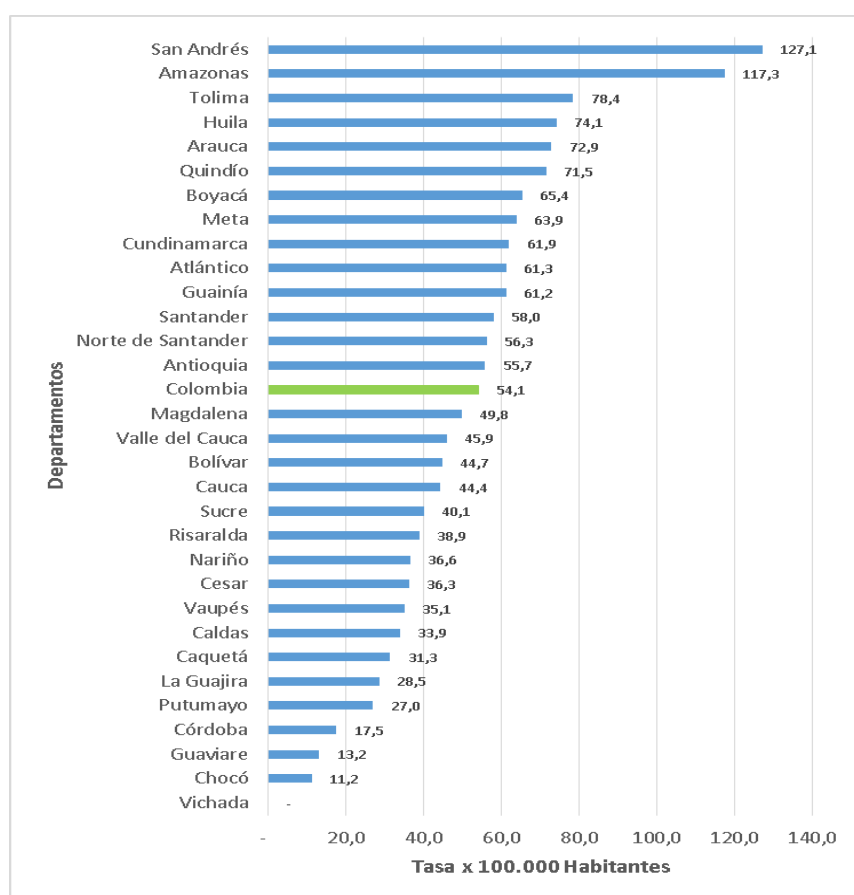
**Violencias entre Otros Familiares.** Durante el periodo 2008 a 2019, se reportaron 185.619 casos por violencia entre otros tipos de familiares; con una tendencia decreciente, con 1.404 casos menos, al pasar de 16.613 y 15.440 eventos registrados para este periodo. En 2013 (12.415) se registró el menor número de lesionados en los últimos doce años.

En 2019 las mujeres fueron las más afectadas (10.034) en comparación con los hombres (5.406), del total de casos (15.440), se produjo un aumento de 150 casos con respecto al 2018 (15.590). En San Andrés la tasa de violencia de pareja fue más alta que la nacional (54,1) alcanzando un valor de 122,1 casos por cada 100.000 habitantes, para un registro de 48 casos. Amazonas (117,3), Tolima (78,4),

Huila (74,1), Arauca (72,9), Quindío (71,5), Boyacá (65,4), Meta (63,9), Cundinamarca (61,9), Atlántico (61,3), Guainía (61,2), Santander (58,0), Norte de Santander (56,3) y Antioquia (55,7) registraron tasas mayores que la nacional (Gráfico 65).

Gráfico 64.

*Tasas de violencia entre familiares por 100.000 habitantes según departamento de ocurrencia del hecho, 2019*



Fuente: elaboración propia a partir de "Datos para la Vida", FORENSIS, INMCLF, Colombia, 2019

### **Condiciones Laborales**

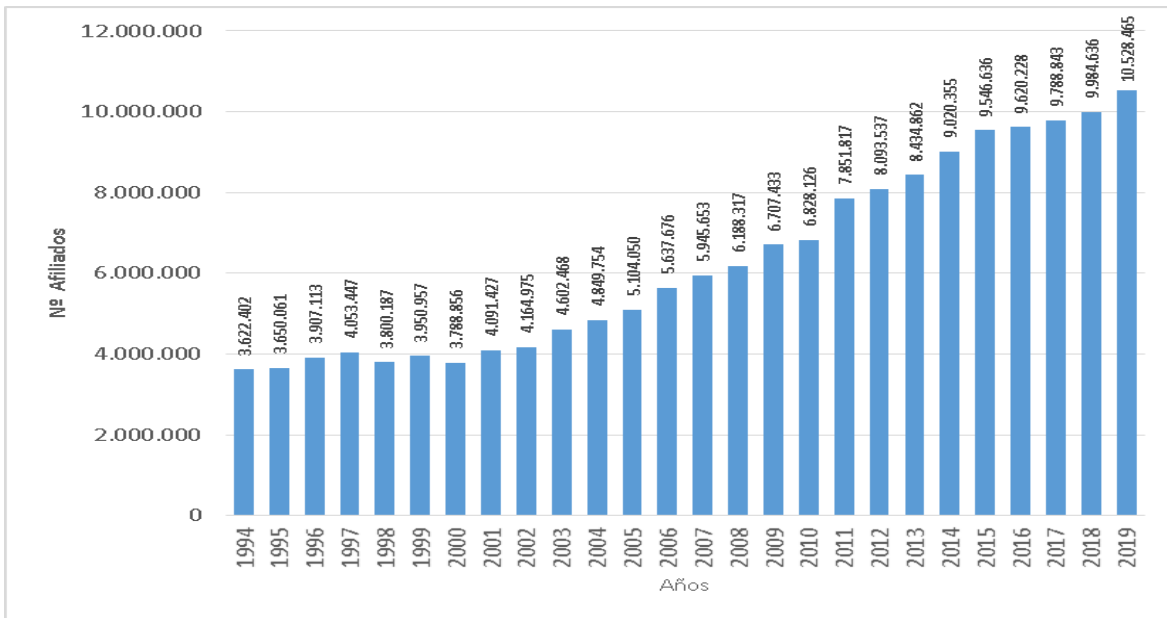
**Trabajadores Afiliados Dependientes e Independientes.** La afiliación al SGSSS y al Sistema General de Riesgos Laborales (SGRL) tiene una tendencia creciente desde 1994, observándose que entre 2005 y 2019 que su aumento ha sido considerable al pasar de 5.104.050 en 2005 a 10.528.465 en 2019 trabajadores



vinculados al SGRL. El 90,6% (9.534.505) corresponde a trabajadores dependientes y el 6,2% (648.474) corresponde a trabajadores independientes. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018) (Gráfico 66).

Gráfico 65.

*Número de trabajadores afiliados a las Administradoras de Riesgos Laborales Colombia, 1994 - 2019*



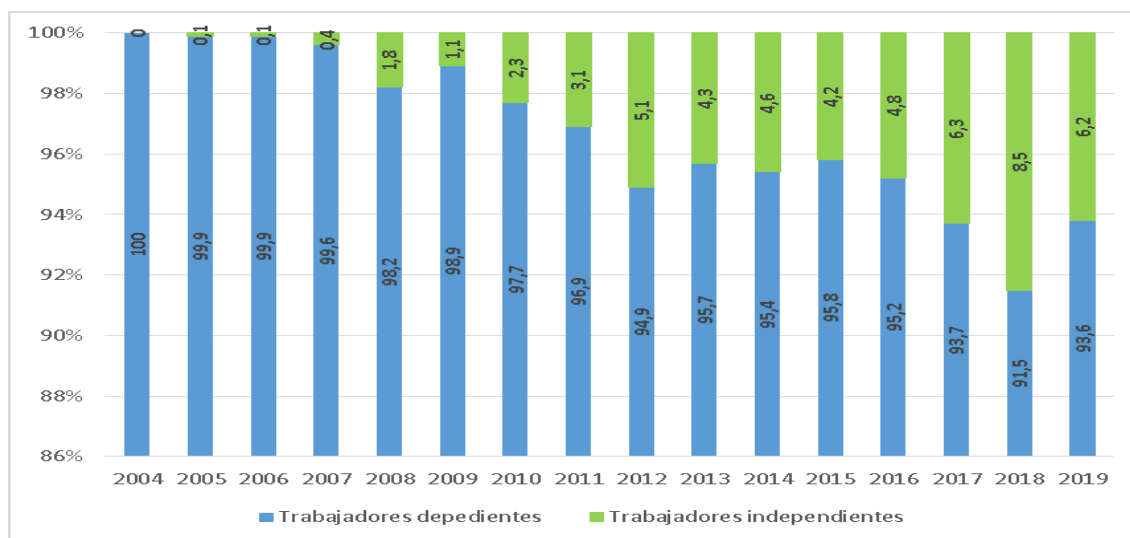
Fuente: elaboración propia a partir de datos del MSPS. Aseguramiento. Indicadores de Riesgos Laborales 2019.

Cabe resaltar, que la afiliación al SGRL de los trabajadores independientes muestra una tendencia creciente, al pasar de 0,03% (1.350) en 2014 a 6,2% (648.474) en 2019, esto podría explicarse por el fortalecimiento de las acciones de Inspección, Vigilancia y Control (IVC) y la expedición de normatividad que amplía la cobertura.

En el periodo entre 2004 y 2019, los empleados dependientes, describen una tendencia oscilante entre 2004 y 2009, siendo estos los años con mayor registro de personas vinculadas al SGRL. En tanto, los trabajadores independientes, reflejan un incremento en la afiliación en años como 2010 (2,3%), 2011 (3,1%), 2012 (5,1%), 2014 (4,6%), 2016 (4,8%), 2017 (6,3%) y (8,5%) 2018 (Gráfico 67).

Gráfico 66.

*Proporción de trabajadores dependientes e independientes afiliados a las Administradoras de Riesgos Laborales. Colombia, 2004 y 2019*



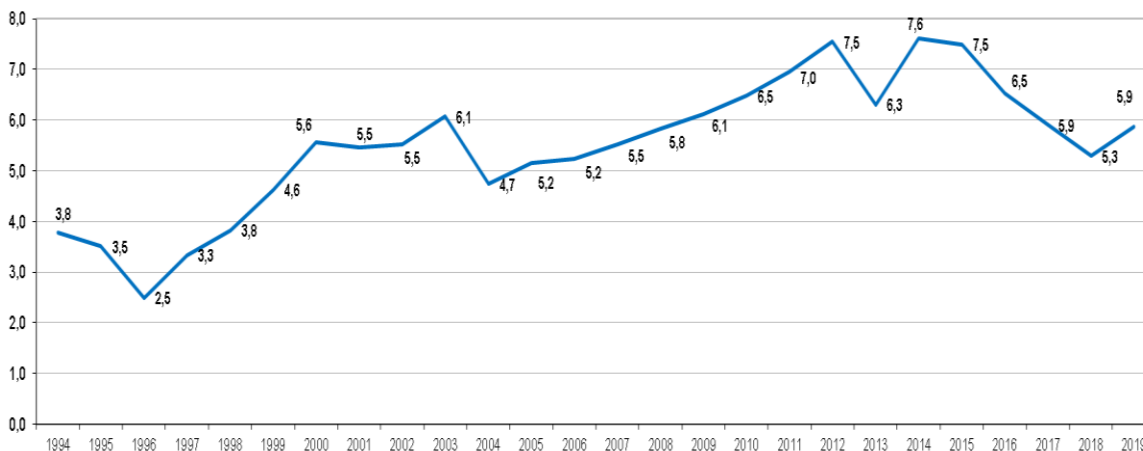
Fuente: elaboración propia a partir de datos del MSPS. Aseguramiento. Indicadores de Riesgos Laborales 2019.

En relación con el tipo afiliado al SGRL por sectores económicos, se observa que los trabajadores dependientes pertenecen a empresas dedicadas al servicio inmobiliario (24,5%), el comercio (13,3%), la industria manufacturera (11,8%) y la construcción (9,4%). En cuanto a los trabajadores independientes, el 21,9% trabajan en los sectores de administración pública y defensa; 21,7% en servicios sociales y de salud; 13,2% en el sector inmobiliario y transporte; y el 12,7% en almacenamiento y comunicaciones.

**Accidente de Trabajos Calificados.** Desde 1994 hasta 2019 la tasa de accidentes de trabajo se incrementó 2,1 accidentes por cada cien trabajadores, pasando de 3,8 a 5,9 respectivamente. En lo corrido del periodo se reportaron las mayores tasas de accidentabilidad en 2012 (7,5), 2014 (7,6) y (7,5) 2015 (Gráfico 68).

Gráfico 67.

*Tasa de accidente de trabajo calificado. Colombia, 1994 a 2019*



Fuente: elaboración propia a partir de datos del MSPS. Aseguramiento. Indicadores de Riesgos Laborales 2019.

Entre 2013 y 2018, se han reportado 390.159 accidentes calificados de origen laboral. Ahora, en orden de magnitud, el 13,81% (323.844) de los accidentes calificados ocurrieron en Bogotá D.C., Antioquia, Valle del Cauca, Cundinamarca, Atlántico, Santander, Bolívar y Risaralda. Seguido del 11,76% (45.869) en Meta, Caldas, Tolima, Magdalena, Norte de Santander, Boyacá, Cesar y Cauca. Los territorios Quindío, Huila, Córdoba, Nariño, Casanare, Sucre, Caquetá y San Andrés presentaron el 4,75% (18.539). Los departamentos con menos accidentabilidad fueron La Guajira, Arauca, Choco, Putumayo, Guaviare, Amazonas, Guainía, Vichada y Vaupés lo que representa el 0,48% (1.891). Cabe señalar, que Norte de Santander (19), Casanare (15), San Andrés (7), Putumayo (4), Guainía (4) y Amazonas (3), reportaron un descenso de accidentes calificados entre 2013 y 2017 (Tabla 21) (Mapa 22).

Tabla 18.

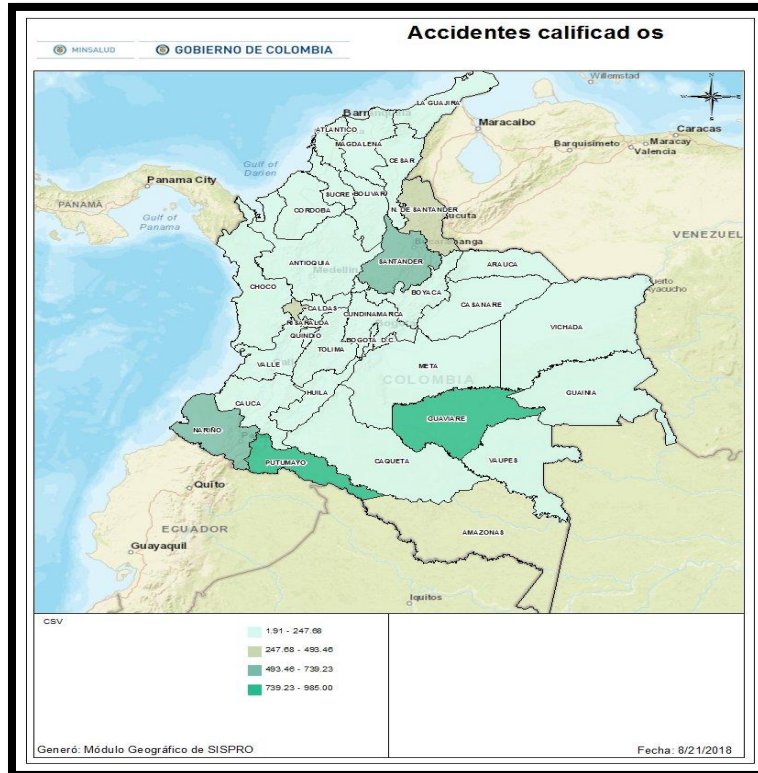
*Número de accidentes de trabajo calificado por 100, Colombia, 2013 a 2018\**

Departamento	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total	Tendencia
Bogotá D.C.	13.689	18.219	14.516	14.516	11.670	14.296	118.279	
Antioquia	9.269	11.065	11.511	11.511	9.186	11.452	86.008	
Valle del Cauca	5.256	6.333	6.375	6.375	5.143	6.257	40.988	
Cundinamarca	2.484	2.992	3.074	3.074	2.886	3.145	22.919	
Atlántico	2.529	2.830	2.609	2.609	2.107	2.752	20.944	
Santander	2.105	2.766	2.325	2.325	1.946	2.313	16.306	
Bolívar	1.148	1.194	1.159	1.159	1.050	1.183	9.718	
Risaralda	1.119	1.420	1.269	1.269	1.094	1.239	8.682	
Meta	943	1.423	1.071	1.071	973	893	7.613	
Caldas	747	900	1.059	1.059	748	1.093	7.092	
Tolima	830	886	836	836	757	915	5.870	
Magdalena	616	792	867	867	797	1.075	5.692	
Norte de Santander	705	688	774	774	793	946	5.524	
Boyacá	486	783	794	794	679	765	5.479	
Cesar	541	542	547	547	404	644	4.463	
Cauca	449	556	632	632	466	582	4.136	
Quindío	447	629	689	689	558	605	4.043	
Huila	408	539	466	466	410	469	3.510	
Córdoba	349	412	421	421	334	436	3.279	
Nariño	296	439	565	565	456	637	3.265	
Casanare	219	307	235	235	250	344	1.911	
Sucre	92	121	186	186	159	150	984	
Caquetá	66	116	133	133	111	118	898	
San Andrés	68	83	99	99	106	105	649	
La Guajira	67	93	87	87	80	107	587	
Arauca	41	71	61	61	45	73	450	
Choco	28	42	49	49	43	39	329	
Putumayo	29	56	38	38	42	54	294	
Guaviare	14	7	17	17	15	22	113	
Amazonas	3	12	11	11	14	9	62	
Guainía	1	4	2	2	6	10	28	
Vichada	3	2	6	6	5	5	28	
Vaupés	3	3	1	1	1	4	16	
<b>País</b>	<b>45.050</b>	<b>56.325</b>	<b>52.484</b>	<b>52.484</b>	<b>43.334</b>	<b>52.737</b>	<b>390.159</b>	

Fuente: elaboración propia a partir de datos del MSPS. Protección Social. Aseguramiento. Indicadores de Riesgos Laborales. Facilitados por la Subdirección de Riesgo Laborales 13/08/2018. \*2018: corte a abril.

## Mapa 10.

*Accidentes de trabajo calificados. Colombia, 2013 a 2018\**



Fuente: elaboración propia a partir de datos del MSPS. Protección Social. Aseguramiento. Indicadores de Riesgos Laborales. Facilitados por la Subdirección de Riesgo Laborales 13/08/2018. \*2018: corte a abril.

## Prestaciones Económicas

***Pensiones de Invalidez Pagadas por Accidente de Trabajo.*** En Colombia se han incrementado en 1.835 (20,5%) de las pensiones de invalidez entre 2003 y 2017, que guarda relación con el incremento de los accidentes de trabajo. En este periodo se han registrado en promedio anual de 597 pensiones, para un total de 8.950 pensiones. En 2008 (8,1%), 2016 (16,2%) y 2017 (24,3%) son los años con mayor registro de pensiones por invalidez.

El incremento, tanto en prestaciones económicas, como en las asistenciales, puede estar directamente relacionado con un aumento en la siniestralidad de los trabajadores, y en algunos casos, con que los accidentes que se han presentado sean más severos y catastróficos e impliquen un mayor costo en las prestaciones (FASECOLDA. Zambrano AM, 2013).

**Incapacidad Permanente Parcial Pagada por Accidente de Trabajo.** Entre 2003 y 2017, las compañías pagaron 138.845 pensiones de invalidez, lo que representa un aumento de 7.878 casos en el periodo de análisis. Durante el mismo periodo de tiempo, las ARL pagaron en promedio anual 9.256 incapacidades, los casos de indemnizaciones por incapacidad parcial permanente, se registraron más en 2012 (9,12%), 2014 (10,02%) y 2015 (10,67%).

**Pensiones de Invalidez Pagadas por Enfermedad Profesional.** De acuerdo con datos de la Subdirección de Riesgos Laborales, entre 2013 y abril de 2018, las ARL pagaron 112 pensiones de invalidez por enfermedades profesionales, lo que representa un aumento de 45 casos en comparación con el 2017. Durante el mismo periodo de tiempo, las compañías que reportaron la mayoría de los pagos se ubican en Bogotá D.C., Atlántico, Bolívar, Cundinamarca, Antioquia, Norte de Santander, Valle del Cauca, Santander y Risaralda (Tabla 22).

Tabla 19.

*Pensiones de invalidez pagadas por enfermedad profesional por departamento Colombia, 2013 - 2018\**

Departamento	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total	Tendencia
Bogotá D.C.	2	2	2	3	33	13	55	
Atlántico	4	0	0	0	7	2	13	
Bolívar	0	0	0	0	1	8	9	
Cundinamarca	0	3	2	0	2	1	8	
Antioquia	0	0	4	0	1	1	6	
Norte de Santander	0	2	1	0	3	0	6	
Valle del Cauca	0	1	0	0	1	4	6	
Santander	0	1	0	0	2	0	3	
Risaralda	0	1	0	0	0	1	2	
Cauca	0	0	0	0	0	1	1	
Cesar	0	0	0	0	0	1	1	
Huila	0	0	0	0	1	0	1	
Magdalena	0	1	0	0	0	0	1	
<b>País</b>	<b>6</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>51</b>	<b>32</b>	<b>112</b>	

Fuente: elaboración propia a partir de datos del MSPS. Protección Social. Aseguramiento. Indicadores de Riesgos Laborales. Facilitados por la Subdirección de Riesgo Laborales 13/08/2018. \*2018: corte a abril.

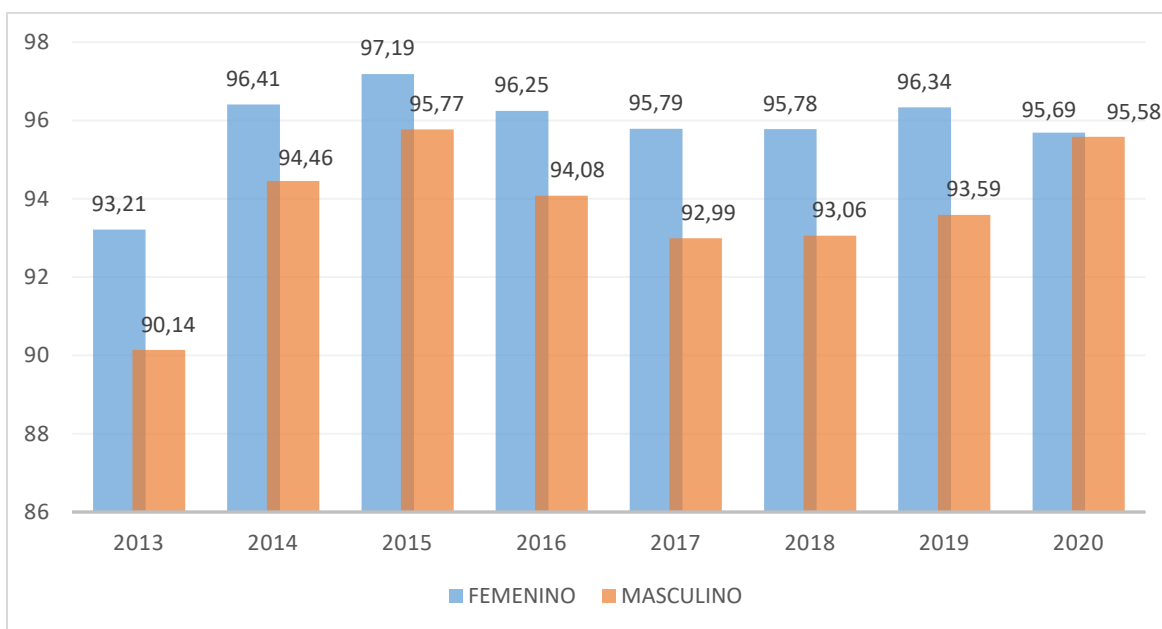
## El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS): Determinante de la Salud Poblacional

### **Cobertura de Afiliación del SGSSS**

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 (Gráfico 69).

Gráfico 68.

*Coberturas de afiliación al SGSSS según sexo, 2013 – 2020*



Fuente: elaboración propia a partir de los datos dispuestos en Reportes ASIS 2\_SISPRO\_MSPS, indicadores de cobertura de afiliación por sexo. Consultado el 25 de enero de 2022.

Para diciembre de 2020 la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) dispuestos en el cubo BDUA del SISPRO, el 97,9% de la población del país (sin contar afiliados de Fuerzas Militares y Policía Nacional) se encontraba afiliada al SGSSS.

Los departamentos de Guaviare, Risaralda, Bogotá D.C., Huila, Sucre, Bolívar, Caquetá, Archipiélago de San Andrés, Valle del Cauca, Antioquia, La Guajira, Quindío, Atlántico, Santander, Tolima, Norte De Santander, Magdalena, Meta, Guainía, Casanare, Arauca, Amazonas, Cesar, Boyacá, Córdoba, Nariño, Caldas, Putumayo y Cauca cuenta con coberturas superiores al 85%. En Chocó, Cundinamarca y Vaupés las coberturas están entre 66% y 85%. El departamento de Vichada (63,9%) registro la más baja cobertura de afiliación al SGSSS (Tabla 23).

Adicionalmente, a pesar de que a nivel nacional el porcentaje de afiliados al régimen subsidiado (47,7%) es similar al de afiliados al régimen contributivo (46,2%), en Guaviare, Sucre, Meta, Caquetá, Casanare, Caldas, Boyacá, Córdoba, Arauca, Huila, Bolívar, Choco, Amazonas, Norte de Santander, Tolima, Putumayo, Vaupés más del 60% de afiliados pertenece al régimen subsidiado. En Bogotá D.C., Archipiélago de San Andrés, Antioquia, Risaralda, Valle del Cauca y La Guajira se tiene un porcentaje de afiliación al régimen contributivo mayor del 50%, mientras que en Caldas, Meta, Vaupés y Choco tienen menos del 15% de afiliados que pertenecen a este régimen (Tabla 23).

Tabla 20.

*Coberturas de afiliación al SGSSS según departamentos y régimen, 2020*



Departamento	Subsidiado	Contributivo	Excepción	Total
Guaviare	118,69%	38,17%	3,67%	160,52%
Risaralda	43,21%	58,36%	1,63%	103,20%
Bogotá D.C.	18,99%	81,76%	1,72%	102,47%
Huila	69,90%	29,77%	2,15%	101,83%
Sucre	81,91%	16,51%	2,32%	100,74%
Bolívar	68,53%	29,73%	1,88%	100,15%
Caquetá	78,33%	17,87%	2,42%	98,61%
Archipiélago de San Andrés	29,47%	67,53%	1,49%	98,49%
Valle del Cauca	41,38%	55,79%	1,29%	98,46%
Antioquia	36,36%	60,48%	1,55%	98,38%
La Guajira	45,02%	51,03%	1,75%	97,80%
Quindío	52,73%	42,74%	1,36%	96,83%
Atlántico	44,12%	48,86%	2,94%	95,93%
Santander	56,19%	37,48%	1,87%	95,54%
Tolima	66,34%	27,44%	1,65%	95,43%
Norte De Santander	67,06%	26,31%	2,03%	95,39%
Magdalena	51,93%	40,81%	1,71%	94,46%
Meta	81,60%	11,22%	1,63%	94,45%
Guainía	54,77%	37,24%	2,21%	94,22%
Casanare	75,68%	16,46%	1,94%	94,07%
Arauca	69,92%	21,59%	2,42%	93,93%
Amazonas	67,23%	24,62%	1,84%	93,68%
Cesar	52,83%	37,91%	2,37%	93,11%
Boyacá	72,30%	17,44%	2,19%	91,94%
Córdoba	70,35%	16,74%	1,91%	88,99%
Nariño	39,54%	46,96%	1,96%	88,45%
Caldas	72,52%	12,91%	2,48%	87,90%
Putumayo	65,71%	19,08%	1,75%	86,54%
Choco	68,33%	9,08%	2,21%	79,62%
Cundinamarca	27,95%	46,28%	0,94%	75,17%
Vaupés	60,33%	9,14%	2,40%	71,87%
Vichada	54,66%	8,14%	1,16%	63,96%
<b>Total</b>	<b>47,70%</b>	<b>46,02%</b>	<b>4,18%</b>	<b>97,90%</b>

Fuente: elaboración propia a partir de los datos BDUA\_CUBO\_Sispro, MSPS, fecha de actualización julio 12 de 2021

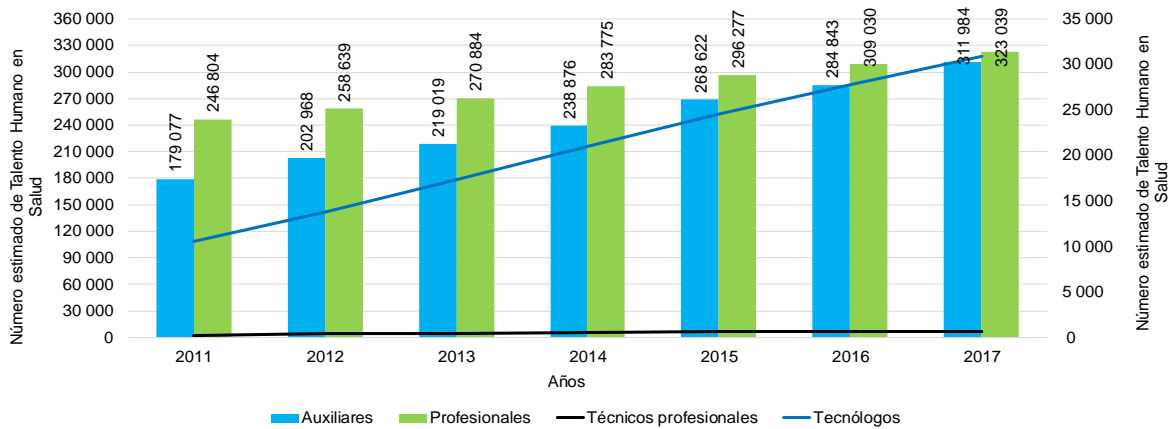
## Talento Humano

**Número Estimado de Talento Humano en Salud.** 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 (Gráfico 70).

Gráfico 69.

*Número estimado de talento humano en salud, según niveles de formación. Colombia 2011 - 2017*

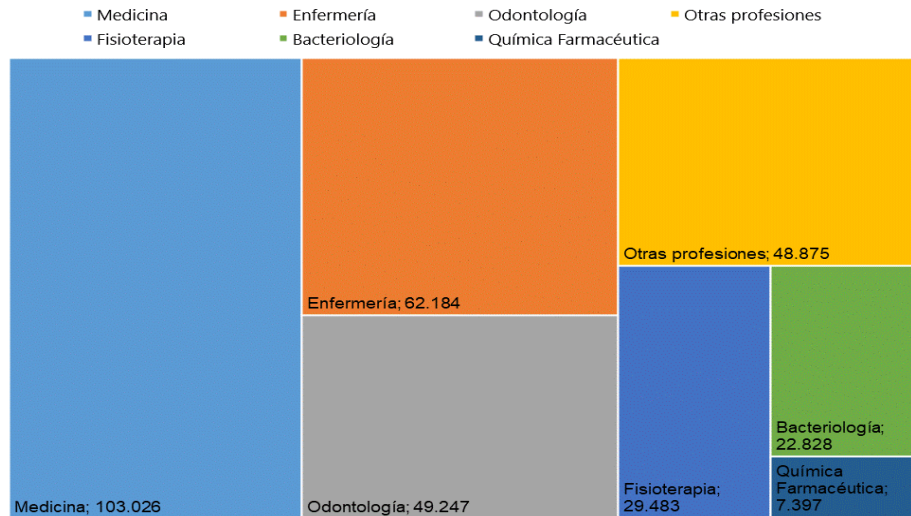


Fuente: MSPS, OTHS. Consultado el 28 de enero de 2022.

Según datos del OTHS de MINSALUD, en 2017, de los profesionales de salud, que más dispone el país según el área del conocimiento corresponde a medicina (31,9%), seguidos de enfermería (19,2%), odontología (15,2%) y otras profesiones (15,1%). Cabe señalar que fisioterapia (9,1%), bacteriología (7,1%) y química farmacéutica (2,3%) registran valores por debajo del 10% durante el año de análisis (Gráfico 71).

Gráfico 70.

*Número estimado de talento humano en salud por perfil de formación, Colombia 2017*



Fuente: MSPS, OTHS. Consultado el 28 de enero de 2022.

**Densidad Estimada de Profesionales en Medicina y Enfermería (por 10.000 habitantes).** Entre 2011 y 2017, este indicador tuvo una tendencia al aumento, pasando de 26,16 a 33,52 respectivamente, así pues, esta densidad calculada para el año 2017 presenta un incremento del 28,1% sobre la estimada para el año 2011. Durante todo el periodo observado, se cuenta con un valor para este indicador que permite afirmar que Colombia ha venido cumpliendo con la meta regional sobre recurso humano en salud (que se refiere a médicos, enfermeras y parteras) de 25 profesionales por cada 10.000 habitantes asumida en la 27.a Conferencia Sanitaria Panamericana y 59.a Sesión del Comité Regional de la OPS/OMS.

**Densidad Estimada de Talento Humano en Salud (por 10.000 habitantes).** Entre 2011 y 2017, este indicador en Colombia describe una tendencia hacia el aumento, pasando de 94,82 a 135,24 respectivamente (no se incluyeron especialidades en el cálculo). La densidad calculada para 2017 presentó un incremento del 42,6% sobre la estimada para el año 2011.

Para 2017, Colombia contaba con 21 médicos por cada 10.000 habitantes, se observa una mayor densidad en Bogotá, D.C. (39,5), Atlántico (26,9), Risaralda (23,4), Santander (23,2), Valle del Cauca (21,5), Huila (21,2) y Antioquia (19,9). En

Chocó (5,6) y Vaupés (3,8) son territorios donde se observa menor densidad (Tabla 24) (Mapa 23).

En este mismo año, el país contaba con 13 enfermeras por cada 10.000 habitantes, con mayor presencia en los territorios de Bogotá, D.C. (22,1), Risaralda (18,8), Santander (16,8), Atlántico (15,7), Caldas (14,3), Cesar (14,3) y Quindío (13,6). En Norte de Santander (10,4), Boyacá (10,2), Nariño (10,1), Magdalena (10,1), Sucre (9,9), Huila (9,5), Arauca (9,4), Bolívar (9,3), Tolima (9,1), Cauca (9,1), Vaupés (9,0), Antioquia (8,7), Cundinamarca (8,4), Putumayo (7,5), Córdoba (6,8), La Guajira (6,5), Chocó (6,3), Caquetá (5,5), registraron valores por debajo de la densidad promedio nacional para enfermería (Tabla 24) (Mapa 23).

Se disponen de 10 profesionales en odontología por cada 10.000 habitantes en el país en 2017. En Bogotá, D.C. (22,2), Amazonas (16,6), Quindío (11,3), Caldas (10,9), y Casanare (10,5) son los territorios donde se concentran más estos profesionales. Por otra parte, el mismo año Colombia contaba con seis fisioterapeutas por cada 10.000 habitantes y los territorios donde se observa mayor presencia son Bogotá, D.C., Valle del Cauca, Santander, Norte de Santander y Cauca. Se observa déficit de esta profesión en Caquetá, Guaviare, Chocó y Vaupés.

Además, se registraron a nivel nacional cinco profesionales en bacteriología por cada 10.000 habitantes. La mayor concentración de bacteriólogos se observó en Bogotá, D.C. (8,9), Amazonas (7,8), Arauca (7,1), Santander (6,6), Norte de Santander (6,5), Cesar (6,0), Casanare (5,5) y Atlántico (5,1). Vaupés y Chocó registraron una densidad inferior a dos bacteriólogos por cada 10.000 habitantes (Tabla 24) (Mapa 23).

A nivel nacional, por cada 10.000 habitantes, se disponen de 2,4 profesionales de fonoaudiología, 2,2 profesionales de instrumentación quirúrgica, 1,6 profesionales en nutrición y dietética. Las profesiones de terapia ocupacional y

química farmacéutica cuentan con 1,4 y terapia respiratoria con el 1,2 por cada 10.000 habitantes (Mapa 23).

Tabla 21.

*Densidad estimada de talento humano en salud por 10.000 personas. Colombia, 2017*

Departamento	Medicina		Enfermería		Odontología		Bacteriología	
	Densidad	Número	Densidad	Número	Densidad	Número	Densidad	Número
Bogotá, D.C.	39,5	31.914	22,1	17.863	22,2	17.970	8,9	7.184
Atlántico	26,9	6.770	15,7	3.957	7,6	1.920	5,1	1.286
Risaralda	23,4	2.252	18,8	1.808	8,5	823	3,2	313
Santander	23,2	4.837	16,8	3.496	10,3	2.139	6,6	1.373
Valle del Cauca	21,5	10.128	12,0	5.662	9,6	4.526	3,0	1.423
Huila	21,2	2.511	9,5	1.123	6,0	711	2,8	334
Antioquia	19,9	13.168	8,7	5.742	8,8	5.839	3,4	2.225
Caldas	19,6	1.945	14,3	1.417	10,9	1.077	4,6	456
Cesar	18,5	1.947	14,3	1.503	5,3	557	6,0	627
Quindío	18,3	1.044	13,6	780	11,3	645	3,9	221
Bolívar	17,1	3.673	9,3	1.989	6,3	1.359	4,8	1.033
Casanare	15,9	587	10,6	393	10,5	388	5,5	202
Boyacá	15,1	1.930	10,2	1.300	8,2	1.048	4,3	547
Amazonas	15,0	117	13,1	102	16,6	130	7,8	61
Meta	14,0	1.395	12,0	1.202	9,2	919	3,8	378
Sucre	13,9	1.206	9,9	859	4,9	425	4,2	367
Tolima	13,6	1.919	9,1	1.287	7,3	1.039	3,2	451
Magdalena	13,4	1.723	10,1	1.297	5,9	754	2,9	379
Norte de Santander	12,8	1.767	10,4	1.431	7,2	993	6,5	902
Nariño	12,6	2.247	10,1	1.807	6,7	1.192	2,3	414
Arauca	12,4	332	9,4	252	7,0	187	7,1	190
Cauca	11,9	1.669	9,1	1.276	4,7	663	2,0	284
Córdoba	11,8	2.076	6,8	1.201	4,4	784	3,4	592
Cundinamarca	10,9	3.009	8,4	2.323	6,0	1.658	2,9	790
Putumayo	9,7	343	7,5	266	5,3	187	3,0	107
Caquetá	9,5	466	5,5	269	4,5	222	2,4	118
La Guajira	9,2	934	6,5	654	3,3	330	2,8	287
Chocó	5,6	288	6,3	322	2,8	141	1,8	92
Vaupés	3,8	17	9,0	40	6,0	27	1,7	7
Archipiélago de San Andrés	0,0	571	0,0	305	0,0	388	0,0	81
Guainía	0,0	53	0,0	66	0,0	58	0,0	26
Guaviare	0,0	114	0,0	110	5,2	59	0,0	29
Vichada	0,0	73	0,0	83	0,0	92	0,0	49
<b>Colombia</b>	<b>20,9</b>	<b>103.026</b>	<b>12,6</b>	<b>62.184</b>	<b>10,0</b>	<b>49.247</b>	<b>4,6</b>	<b>22.828</b>

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Observatorio De Talento Humano en Salud, OTHS. Consultado el 25 de noviembre de 2020

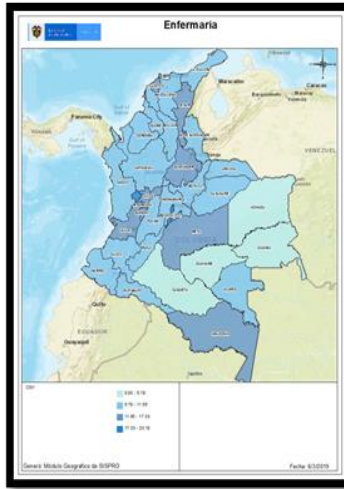
Mapa 11.

*Densidad estimada de Talento Humano en Salud (por 10.000 habitantes), según departamentos Colombia, 2017*

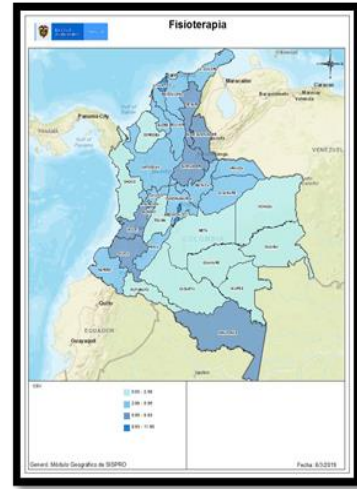
## Medicina



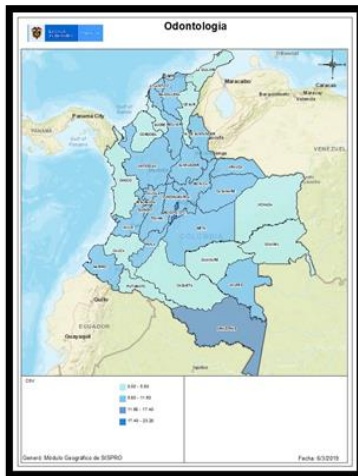
## Enfermería



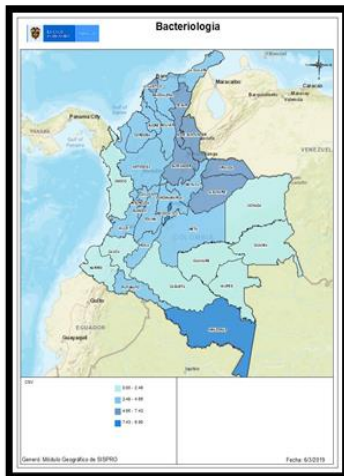
## Fisioterapia



## Odontología



## Bacteriología



## Química farmacéutica

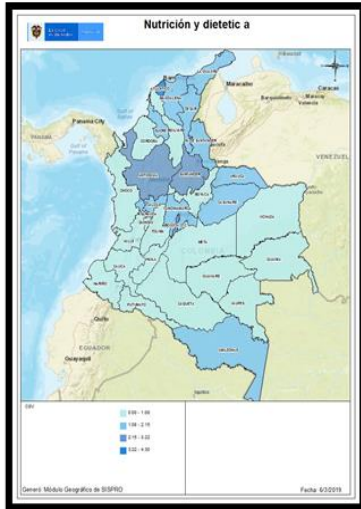


## Nutrición y dietética

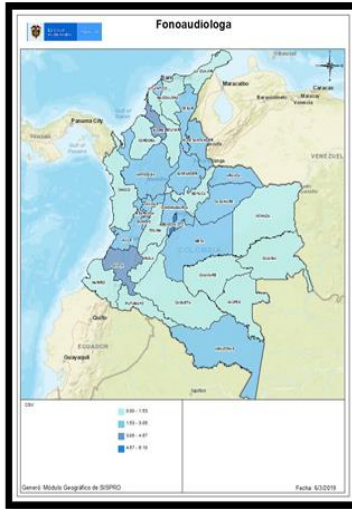
## Fonoaudiología

## Terapia respiratoria

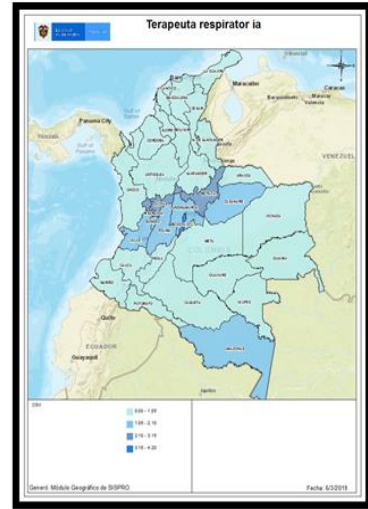




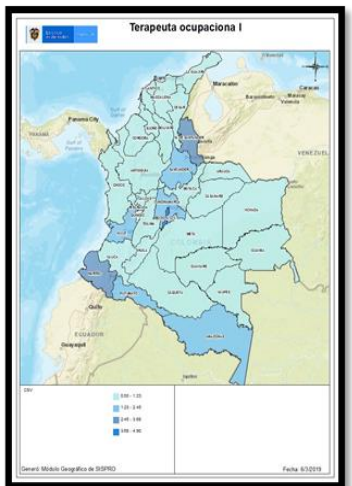
**Optimetría**



**Terapia ocupacional**



**Instrumentación  
quirúrgica**



Fuente: MSPS, OTHS. Consultado el 30 de noviembre de 2019. Elaborado el 30 de noviembre de 2019. Visor geográfico SISPRO

### **Infraestructura**

**Disponibilidad de IPS.** 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 concentrados en los departamentos con mayor densidad poblacional y desarrollo urbano (Tabla 25) (Mapa 24).

Tabla 22.

*Distribución de Instituciones Prestadoras de Salud según naturaleza jurídica por departamentos Colombia, 2021*

DEPARTAMENTO	IPS PRIVADA	IPS PÚBLICA	IPS MIXTA	IPS TOTAL
BOGOTA D.C.	2.849	134	1	2.984
ANTIOQUIA	1.866	273	7	2.146
VALLE DEL CAUCA	1.575	328	1	1.904
ATLANTICO	1.104	83	41	1.228
SANTANDER	915	168	0	1.083
BOLIVAR	783	210	0	993
CORDOBA	625	229	0	854
CUNDINAMARCA	613	179	0	792
NARIÑO	407	355	3	765
MAGDALENA	492	195	0	687
CESAR	487	147	0	634
SUCRE	515	78	1	594
BOYACA	414	150	0	564
TOLIMA	417	122	1	540
NORTE DE SANTANDER	390	134	0	524
CAUCA	339	143	0	482
META	413	68	0	481
LA GUAJIRA	260	143	0	403
HUILA	282	83	0	365
RISARALDA	312	50	0	362
CALDAS	285	69	1	355
CHOCO	254	36	2	292
QUINDIO	214	31	0	245
CASANARE	173	31	1	205
ARAUCA	104	50	1	155
PUTUMAYO	92	29	0	121
CAQUETA	79	26	0	105
VAUPES	1	49	0	50
GUAVIARE	19	12	0	31
ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES	21	4	0	25
AMAZONAS	12	12	0	24
GUAINIA	11	0	0	11
VICHADA	7	4	0	11
COLOMBIA	16.330	3.625	60	20.015

Fuente: elaboración propia a partir del visor geográfico SISPRO - REPS, consultado febrero 3 de 2022. Ministerio de Salud y Protección Social.

Mapa 12.

*Distribución de IPS 2021*





Fuente: MSPS, elaboración 3 de febrero de 2022 visor geográfico SISPRO.

El 50,9% de las IPS privadas se concentran en Bogotá D.C (17,4%), Antioquia (11,4%), Valle del Cauca (9,6%), Atlántico (6,8%) y Santander (5,6%); mientras que los territorios con mayor porcentaje de las públicas se encuentran en Nariño (9,8%), Valle del Cauca (9,0%), Antioquia (7,5%), Córdoba (6,3%), Bolívar (5,8%), Magdalena (5,4%), Cundinamarca (4,9%), Santander (4,6%), Boyacá (4,1%), Cesar (4,1%), Cauca (3,9%), La Guajira (3,9%), Bogotá D.C. (3,7%), Norte de Santander (3,7%) y (3,4%) Tolima (Tabla 25) (Mapa 24).

**Disponibilidad de Transporte Asistencial.** Para 2019, se disponía de 6.129 ambulancia, con un promedio de 186 ambulancias a nivel departamental. Según la modalidad el 98,0% (6.009) son ambulancias terrestres, el 0,8% (49) corresponden ambulancias aéreas. El 0,96% (59) y 0,20% (12) son ambulancias de tipo fluvial y marítima respectivamente.

En 2019, los territorios que concentran más del 57,9% de las ambulancias básicas se ubican en Bogotá D.C (545), Valle del Cauca (544), Antioquia (507), Santander (308), Cundinamarca (299), Boyacá (211), Tolima (206) y Atlántico (198). En tanto que el transporte medicalizado se registró más del 51,4% en Bogotá D.C (213), Antioquia (96), Valle del Cauca (85), Atlántico (68), Cesar (67), Bolívar (65) y Santander (54). En el 42,4% (14) de los departamentos la razón de ambulancias es superior al valor del país, que se encuentra en 1,2 por 10.000 habitantes, según, la OMS la norma internacional es de 1 ambulancia por 25.000 habitantes, el país cumple con la recomendación. Sin embargo, el único departamento con déficit de ambulancia es Guainía. (Tabla 26).

Tabla 23.

*Ambulancias por cada 10.000 habitantes, departamentos de Colombia 2019*

Departamentos	Ambulancia			Proporción total	Razón por cada 10.000 habitantes
	Básica	Medicalizada	Total		
Bogotá D.C	545	213	758	12	1,0
Valle del cauca	544	85	629	10	1,3
Antioquia	507	96	603	10	0,9
Santander	308	54	362	6	1,7
Cundinamarca	299	46	345	6	0,9
Atlántico	198	68	266	4	0,6
Tolima	206	50	256	4	1,8
Boyacá	211	27	238	4	0,9
Meta	181	46	227	4	1,1
Nariño	186	29	215	4	2,2
Cesar	141	67	208	3	1,2
Bolívar	137	65	202	3	0,9
Huila	141	39	180	3	1,2
Cauca	154	24	178	3	2,5
Norte de Santander	137	33	170	3	1,2
Córdoba	124	43	167	3	0,6
Caldas	141	19	160	3	1,9
Magdalena	111	31	142	2	1,0
Sucre	90	43	133	2	1,5
Risaralda	99	20	119	2	1,4
La Guajira	60	51	111	2	1,5
Casanare	74	23	97	2	1,5
Putumayo	40	49	89	1	1,2
Quindío	71	10	81	1	2,4
Caquetá	62	13	75	1	1,6
Arauca	49	8	57	1	2,1
Chocó	28	3	31	1	1,9
Guaviare	8	6	14	0	0,2
San Andrés y Providencia	5		5	0	1,2
Vichada	5		5	0	0,6
Amazonas	3		3	0	0,4
Vaupés	2		2	0	0,4
Guainía	1		1	0	1,2
<b>Colombia</b>	<b>4.868</b>	<b>1.261</b>	<b>6.129</b>	<b>100,00</b>	<b>1,2</b>

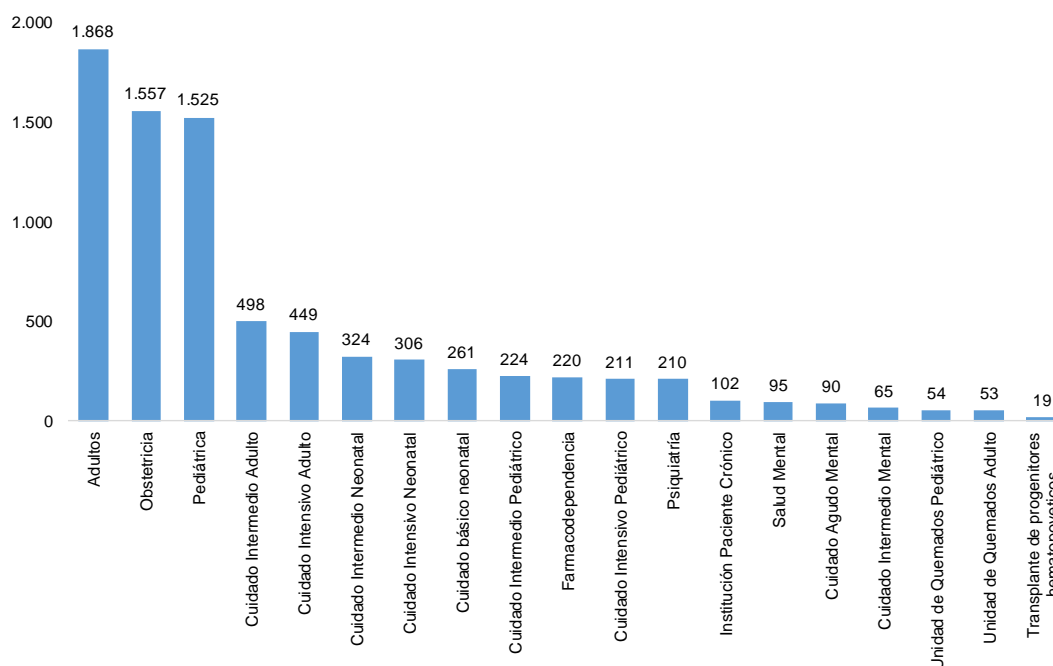
Fuente: REPS – Consultado abril de 2019.

## Disponibilidad de Camas.

**Camas de Cuidado Intermedio e Intensivo Neonatal.** Según el REPS a abril de 2019, Colombia disponía de 8.131 camas, distribuidas por modalidad: adultos con el 23,0 (1.868), obstetricia con el 19,1% (1.557), pediátrica con el 18,8% (1.525), cuidado intermedio adulto con el 6,1% (498), cuidado intensivo adulto con el 5,5% (449), cuidado intermedio neonatal con el 4,0 (324), cuidado intensivo neonatal con el 3,8% (306), cuidado básico neonatal con el 3,2% (261), cuidado intermedio pediátrico (224) con el 2,8% (Gráfico 72).

Gráfico 71.

*Número camas según área del conocimiento, Colombia 2019\**



Fuente: REPS - \*Consultado abril de 2019.

Los territorios de Antioquia (12,2%), Bogotá D.C (10,0%), Atlántico (8,1%), Valle del Cauca (7,0%), Bolívar (5,5%), Santander (5,5%) y Cesar (3,9%) concentran el 52,4% (4.257) de todas las modalidades de camas registradas en el

REPS\*\*\*\*\*. En contraste Vaupés y Guainía registraron 9 y 6 camas, respectivamente (Tabla 27).

Tabla 24.

*Distribución de camas de cuidado intermedio e intensivo neonatal, Colombia 2019\**

Departamento	Numero de camas	Población 2019	Razón por cada 10.000
Antioquia	994	6.768.388	1,5
Bogotá D.C	817	8.281.030	1,0
Atlántico	658	2.573.591	2,6
Valle del cauca	569	4.804.489	1,2
Bolívar	449	2.195.495	2,0
Santander	449	2.100.704	2,1
Cesar	321	1.077.770	3,0
Córdoba	319	1.813.854	1,8
Magdalena	307	1.312.428	2,3
Tolima	277	1.423.719	1,9
Cundinamarca	272	2.845.668	1,0
Nariño	250	1.830.473	1,4
Sucre	249	885.835	2,8
Norte de Santander	237	1.402.695	1,7
Cauca	216	1.426.938	1,5
Meta	198	1.035.256	1,9
Huila	189	1.211.163	1,6
Boyacá	188	1.284.375	1,5
Caldas	182	995.822	1,8
Chocó	159	520.296	3,1
La Guajira	155	1.067.063	1,5
Risaralda	126	972.978	1,3
Quindío	117	578.268	2,0
Caquetá	102	502.410	2,0
Casanare	100	381.554	2,6
Putumayo	75	363.967	2,1
Arauca	40	273.321	1,5
Amazonas	35	79.739	4,4
Guaviare	30	117.494	2,6
Vichada	21	79.134	2,7
San Andrés y Providencia	15	79.060	1,9
Vaupés	9	45.367	2,0
Guainía	6	44.134	1,4
<b>Colombia</b>	<b>8.131</b>	<b>50.374.478</b>	<b>1,6</b>

Fuente: REPS - Consultado abril de 2019.

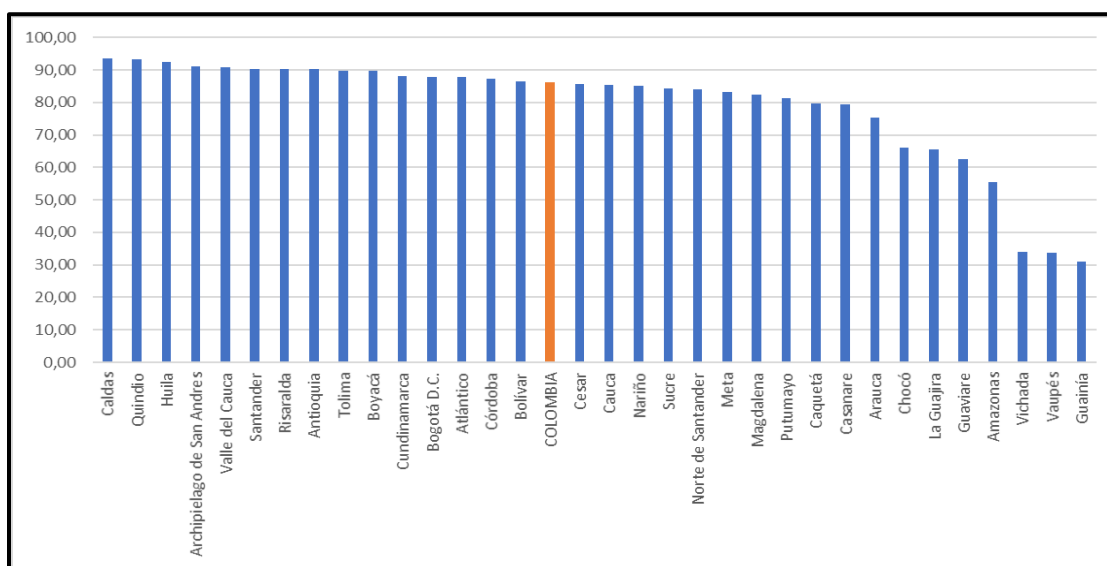
\*\*\*\*\* Camas incluye las modalidades: adultos, obstetricia, pediátrica, cuidado intermedio adulto, cuidado intensivo adulto, cuidado intermedio neonatal, cuidado intensivo neonatal, cuidado básico neonatal, cuidado intermedio pediátrico, farmacodependencia, cuidado intensivo pediátrico, psiquiatria, institución paciente crónico, salud mental, cuidado agudo mental, cuidado intermedio mental, unidad de quemados pediátrico, unidad de quemados adulto y **trasplante** de progenitores hematopoyéticos.

## Acceso a Servicios Básicos de Salud

En Colombia, según la ENDS 2015 (Ministerio de Salud y Protección Social. Profamilia, 2015), el 92,9% de las mujeres entre 13 y 49 años recibieron atención prenatal de un profesional médico. De acuerdo con los registros de estadísticas vitales, para 2017 el 87,7% de los nacidos vivos tuvieron cuatro o más controles prenatales. En la mayoría de los departamentos este indicador se encuentra por encima del 80%. Entre tanto, en los territorios de Chocó (68,4%), Guaviare (65,8%), Amazonas (56,3%), Vichada (48,4%), Vaupés (37,9%) y Guainía (33,4%) se registran por debajo del 70% siendo los porcentajes significativamente más bajos que el nacional, con un nivel de confianza del 95% (Gráfico 73).

Gráfico 72.

*Porcentaje de recién nacidos con cuatro o más controles prenatales según departamentos, 2018*



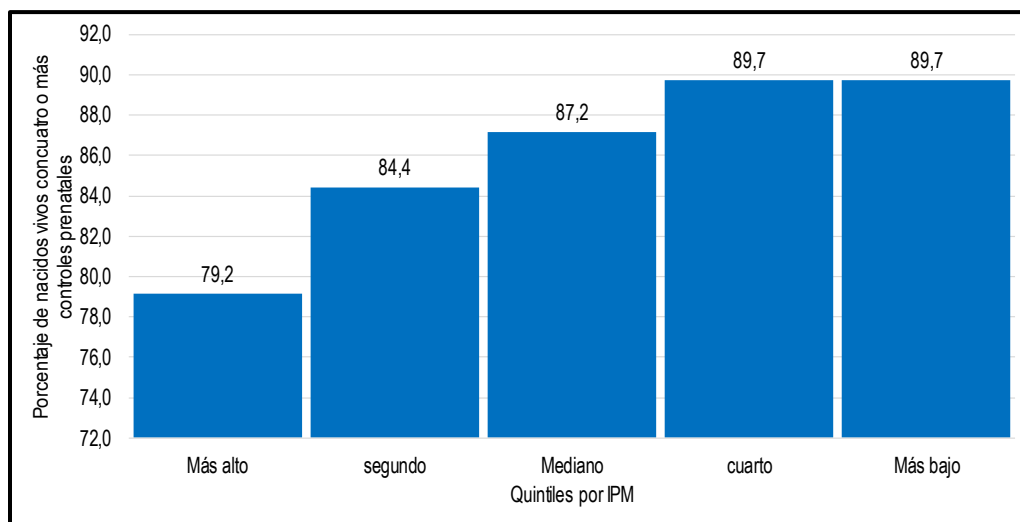
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE. Cubo de indicadores MSPS. Consultado 25 de noviembre de 2020

Según quintil de IPM, se observa que los departamentos en mayor desventaja económica experimentan 11 puntos porcentuales menos de cobertura

de control prenatal que los departamentos más aventajados económicamente (Gráfico 74).

Gráfico 73.

*Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales según quintil desarrollo sostenible, 2017*

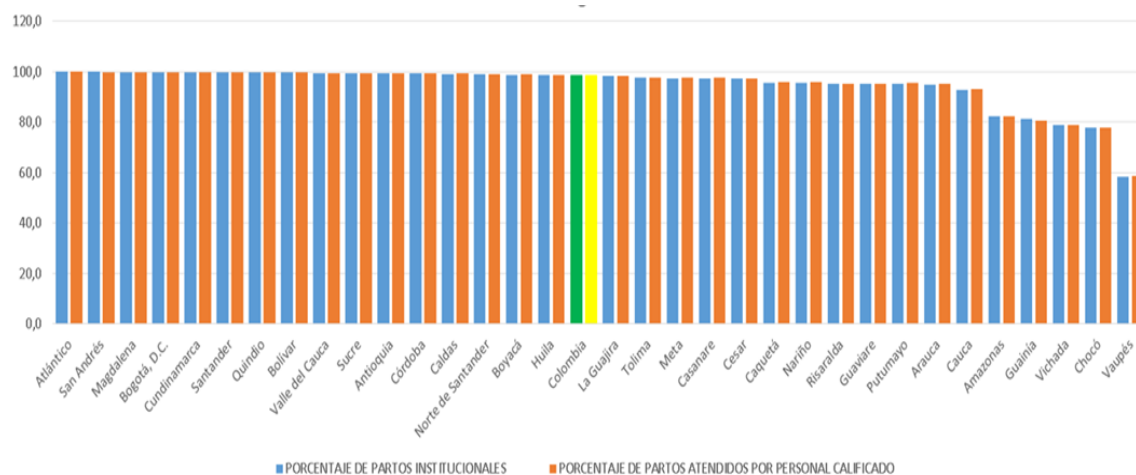


Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de indicadores, del MSPS. Consultado noviembre de 2020.

Durante el periodo 2005 a 2018 los partos en Colombia fueron atendidos por profesional calificado en más del 96,6% de los casos, con una tendencia creciente al pasar de 96,6% (2005) a 98,4% (2018) respectivamente. De acuerdo con la ENDS 2015 el 95,9% de los partos fue atendido por personal calificado. Consecuentemente según estadísticas vitales para 2018 el 98,3% de los partos fueron atendidos institucionalmente, aumentando en 1,7 puntos porcentuales con respecto al 2005. Los departamentos tuvieron porcentajes de atención por debajo del 90% fueron Amazonas (82,3%), Guainía (81,3%), Vichada (78,9%), Chocó (77,7%) y Vichada (58,4%). Este comportamiento departamental es similar para los dos indicadores. (Gráfico 75)

Gráfico 74.

Porcentaje de partos atendidos por profesional calificado y atención institucional, 2018

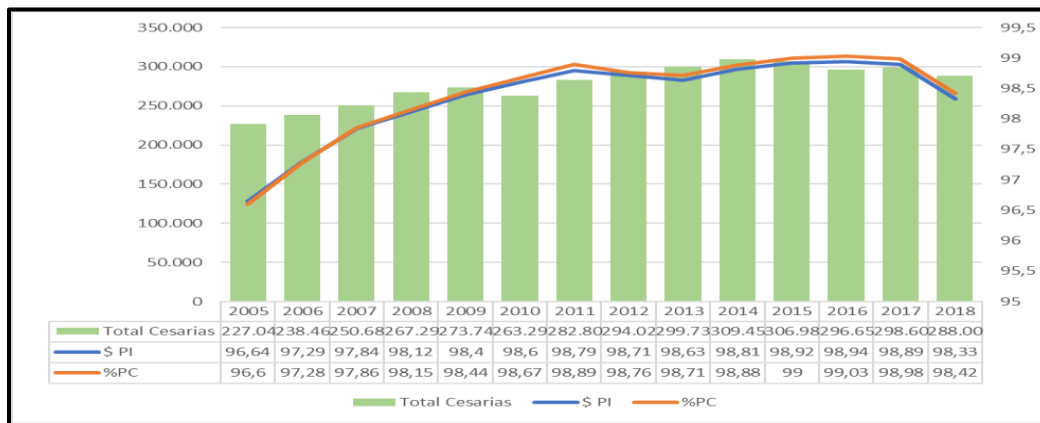


Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de indicadores, del MSPS. Consultado noviembre de 2020.

La atención del parto por personal calificado fue más alta en el área urbana (99,6%) en relación con el área rural dispersa (92,8%), es decir 6,8 puntos porcentuales más en la zona urbana para 2018. En Colombia, el porcentaje de partos por cesárea se ha incrementado en 13 p.p. entre 2005 y 2018, y los partos atendidos institucionalmente se ha mantenido en niveles altos. (Gráfico 76).

Gráfico 75.

Porcentaje de partos atendidos por cesárea, 2005 - 2018

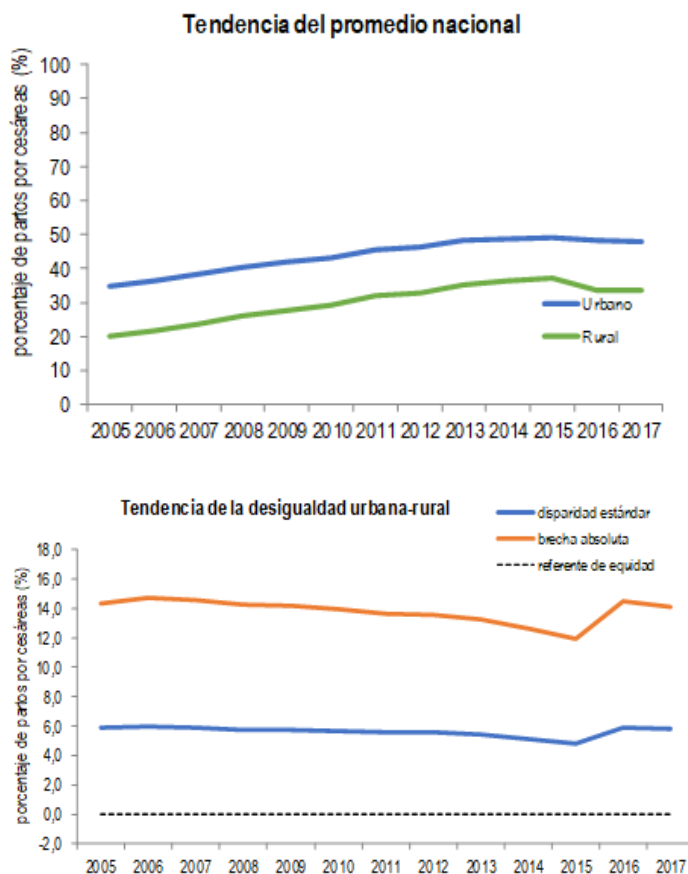


Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE. Cubo de indicadores del MSPS. Consultado el 25 noviembre de 2020

En 2018 el parto por cesárea fue de 47,0% en la zona urbana y 32,4% en el área rural dispersa, mostrando un aumento de 12,4 p.p y 13,5 p.p respectivamente entre 2005 y 2018. En el mismo periodo, el porcentaje de partos por cesáreas en Colombia paso de 31,5% a 44,4%. La tendencia de la brecha de desigualdad medida a través del índice de Kuznets absoluto (brecha absoluta) y el índice de disparidad estándar entre grupos, muestra que la desigualdad por área tendió a la reducción entre 2005 y 2015 para luego incrementar la desigualdad a favor del área urbana (Gráfico 77).

Gráfico 76.

*Tendencia del promedio y de la desigualdad urbano-rural, para porcentaje de parto por cesárea. Colombia, 2005-2017*





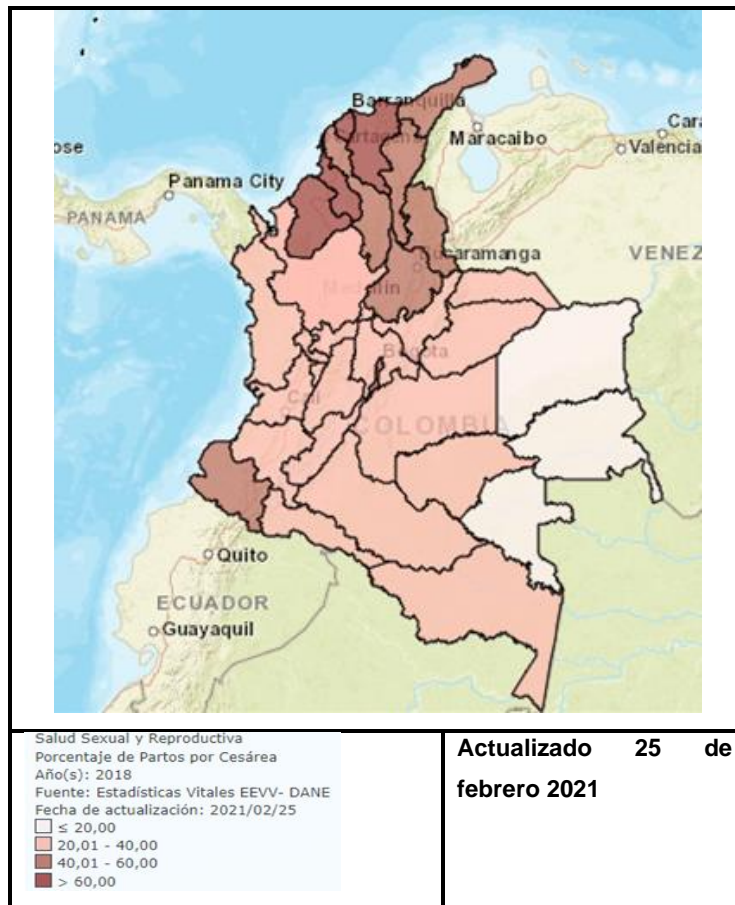
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE. Cubo de indicadores, del MSPS.

Consultado el 2 de mayo de 2019.

Existen grandes diferencias en el país en cuanto a la atención del parto por cesárea por departamentos, así pues, se observa que en el Archipiélago de San Andrés (73,0%), Sucre (70,5%), Atlántico (67,6%), Córdoba (66,8%), Magdalena (65,4%), Cesar (58,6%), Bolívar (58,4%), Norte de Santander (53,4%), Santander (52,2%) y Nariño (50,9%) el porcentaje de cesáreas es mayor que en el resto del país superando el 50% de los partos atendidos por cesárea (Mapa 25).

Mapa 13.

*Porcentaje de cesáreas según departamento, 2018*



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, 3 de febrero de 2022 visor geográfico SISPRO.

## Situación Epidemiológica

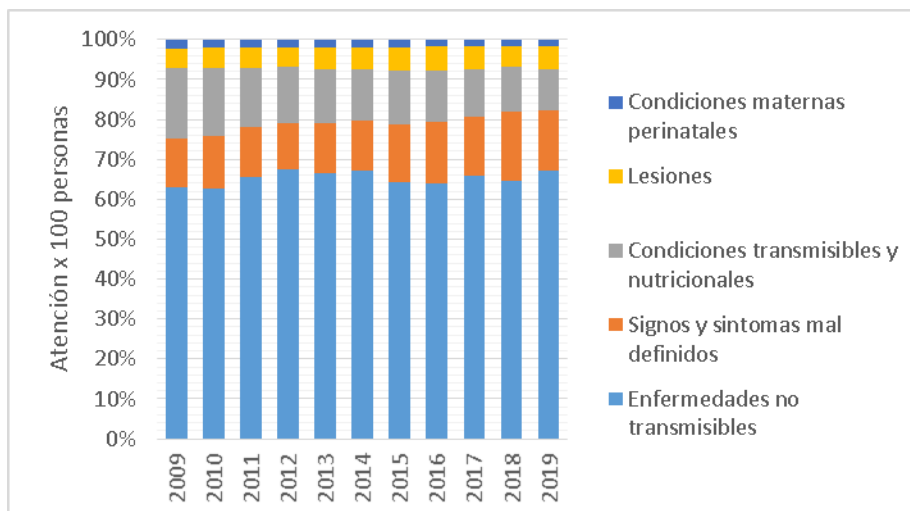
### **Morbilidad**

**Morbilidad Atendida.** Los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) muestran que entre 2009 y 2019 se atendieron 57.535.390 personas y se prestaron 1.054.617.506 atenciones, es decir que en promedio una persona recibió 18 atenciones. En promedio se prestaron 95.874.318,7 atenciones anuales durante el periodo. El mínimo de atenciones se registró en 2010 (58.683.120) y el máximo de atenciones se reportó en 2019 (140.518.149). El 59,5% (627.110.788), de las atenciones se prestaron en el régimen contributivo, el 34,7% (366.263.045) en el régimen subsidiado y el 2,9% (31.022.444) de las atenciones se registró en población pobre no asegurada.

Las atenciones que se encuentran en primer lugar responden al motivo de consulta enfermedades no transmisibles y aportan el 65,6% (691.792.750) de las atenciones realizadas a 48.902.368 personas, con una razón de 14 atenciones por persona, le siguen las condiciones transmisibles y nutricionales con 31.496.942 personas que demandaron el 13,1% (137.984.096) de las atenciones para una razón de 4 atenciones por persona. Las lesiones causaron el 5,4% (56.963.126) de las atenciones prestadas a 17.901.321 personas y responden a una razón de 3 atenciones por persona. Las condiciones maternas y perinatales causaron el 1,9% (20.215.337) de las atenciones prestadas a 4.624.798 personas siendo una razón de 4 atenciones por persona. En general todas las causas muestran una tendencia creciente. (Gráfico 78)

Gráfico 77.

*Morbilidad atendida según agrupación de causas, 2009-2019*

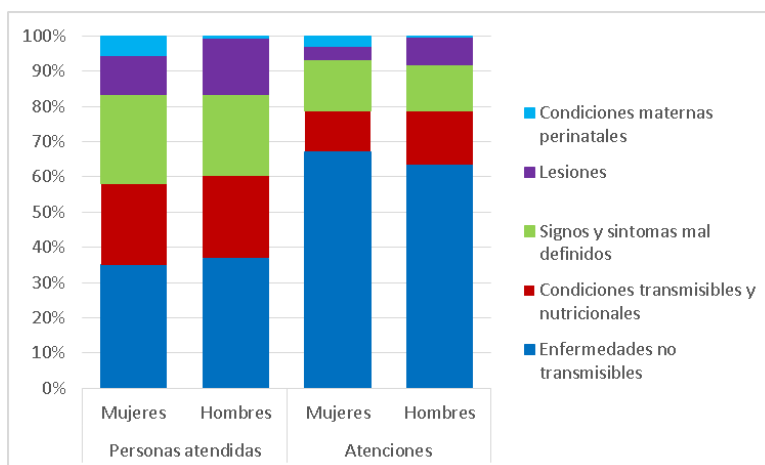


Fuente: elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el cubo de RIPS, del MSPS. Consultado el 30 de septiembre de 2020.

Entre 2009 y 2019, la proporción según sexo es de un 61,3% (661.845.301) en las mujeres y un 38,7% (417.791.863) en los hombres, para una razón de mujer: hombres de 1,58. Entre las mujeres, las enfermedades no transmisibles aportaron el 67,1% del total de las atenciones prestadas, seguidas por las condiciones transmisibles y nutricionales con el 11,6% de las atenciones. Con un comportamiento similar en los hombres, las enfermedades no transmisibles aportaron el 63,5% y las condiciones transmisibles y nutricionales el 15,2%. La tercera causa para mujeres y hombres son las lesiones con 3,8% y 7,9% respectivamente. (Gráfico 79)

Gráfico 78.

*Morbilidad atendida según agrupación de causas y sexos, 2009-2019*



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el cubo de RIPS, del MSPS.  
Consultado el 30 de septiembre de 2020.

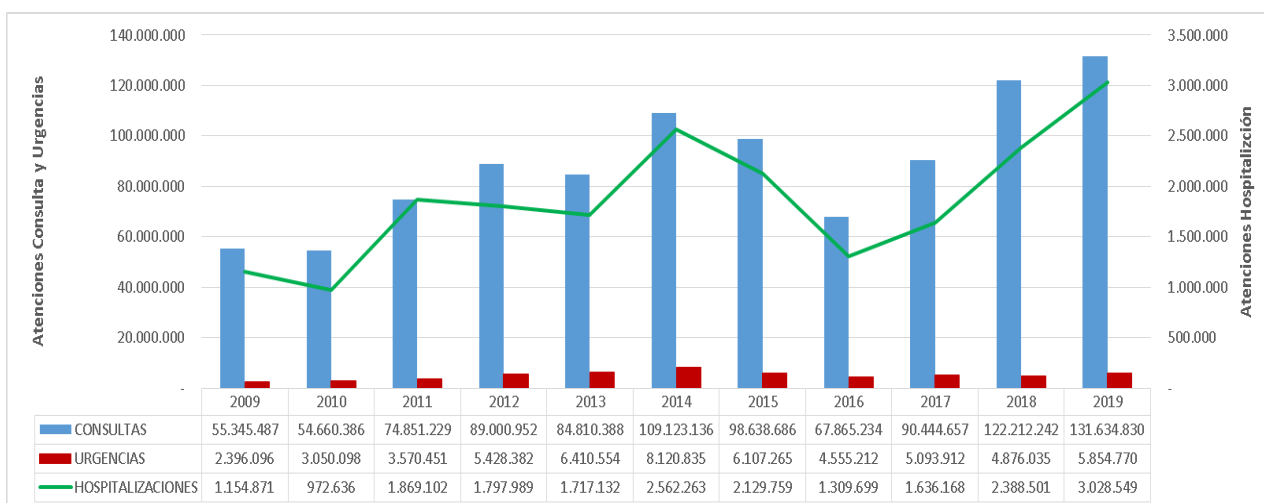
El acumulado de las atenciones en los servicios de salud entre 2009 y 2019 muestra que el 92,8% (1.005.117.218) de las atenciones fueron en consulta con media anual de 91374292,5 atenciones. El 5,2% (56.673.261) en urgencias, con media anual de 5152114,6. Y el 2,0% (21.141.207) en hospitalización, con media anual de 1921927,9.

La tendencia anual durante el periodo 2009 a 2019 muestra fluctuaciones especialmente en relación a las atenciones realizadas por consulta externa y hospitalización, se observa más estable en el caso de urgencias. En cuanto a las hospitalizaciones, se observa un pico alto en el año 2014 con 2.562.263 atenciones aportadas en un 56,6% por las enfermedades no transmisibles que son la causa más frecuente de hospitalización para ese año y presentan un comportamiento similar en los demás años, sin embargo, el número más alto de atenciones en este servicio se presenta en el año 2019 con 3.028.549. En consulta externa, se observa que en los dos últimos años se ha reportado el mayor número de atenciones (año 2018 con 122.212.242 y año 2019 con 131.634.830 respectivamente) y el motivo principal de consulta también corresponde a las enfermedades no trasmisibles que para 2019 corresponde al 68,9% del total de atenciones reportadas. Para el servicio de urgencias el único pico se presenta en el 2014 con 8.120.835 atenciones los demás años muestran un comportamiento similar, con respecto al motivo de

atención el principal corresponde en concordancia a los demás servicios las enfermedades no transmisibles son el 27,6% de las atenciones y se comporta de la misma manera para el resto del periodo analizado (Gráfico 80)

Gráfico 79.

*Tendencia de atenciones realizadas según tipo de atención, 2009-2019*



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el cubo de RIPS, del MSPS.

Consultado el 1 de noviembre de 2020

### **Morbilidad Atendida por Momento del Curso de Vida**

**Primera infancia (0 a 5 años).** Entre 2009 y 2019 se atendieron a 94.544.560 niños y niñas menores de cinco años de edad, con una media anual 8.594.960, el mínimo de atenciones se registró en 2016 (6.482.185) y máximo en 2019 (11.359.224).

Durante el periodo comprendido entre 2009 y 2019 la primera causa de consulta en este grupo de edad son las condiciones transmisibles y nutricionales con un 39,7% (37.533.656) de las atenciones, seguido de las enfermedades no transmisibles que causaron el 36,2% (34.271.767) de las atenciones, estas últimas presentan un aumento en la demanda de atención con respecto a 2018. No se observan diferencias entre el porcentaje de atenciones según sexos. (Tabla 28)

**Infancia (6 a 11 años).** Entre 2009 y 2019 se atendieron a 59.285.700 niños y niñas en este grupo de edad, con una media anual 5.389.609, el mínimo de

atenciones se registró en 2010 (3.429.311) y máximo en 2014 (6.946.813). Las enfermedades no transmisibles fueron la primera causa de atención durante el periodo, generando el 54,2% (32.122.342) de la demanda, luego se encuentran, las condiciones transmisibles y nutricionales con 22,3% (13.247.770) de las atenciones, sin presentar diferencias importantes según sexo. (Tabla 27)

**Adolescencia (12 a 17 años).** En el periodo de observación 2009 - 2019 se atendieron a 100.540.296 adolescentes y una media anual 9.140.027, el mínimo de atenciones se registró en 2010 (5.816.244) y máximo en 2019 (12.179.250). Las enfermedades no transmisibles son la primera causa de atención durante el periodo, generando el 57,9% (58.222.279) de la demanda. En tercer lugar, están, las condiciones transmisibles y nutricionales aparecen con el 13,8% (13.922.342) de las atenciones. Por sexos no se observan diferencias importantes. (Tabla 28)

**Juventud (18 a 28 años).** Entre 2009 y 2019 se atendieron a 156.674.204 jóvenes, con una media anual 14.243.109, el mínimo de atenciones se registró en 2010 (10.009.654) y máximo en 2019 (19.589.828). Las enfermedades no transmisibles fueron la primera causa de atención durante el periodo, generando el 56,1% (87.830.035) de la demanda. En tercer lugar, están las condiciones transmisibles y nutricionales, con el 13,9% (21.756.470) de las atenciones, no hay diferencias importantes por sexo. (Tabla 28)

**Adulthood (29 a 59 años).** Entre 2009 y 2019 se atendieron a 410.204.455 adultos entre 29 y 59 años de edad, con una media anual de 37.291.314, el mínimo de atenciones se registró en 2010 (22.675.674) y máximo en 2019 (53.225.583). Las enfermedades no transmisibles fueron la primera causa de atención con el 71,0% (291.165.609) de la demanda. En tercer lugar, las condiciones transmisibles y nutricionales aportaron el 9,5% (39.118.284) de las atenciones, sin diferencias importantes por sexo. (Tabla 28)

**Persona mayor (mayor de 60 años).** Entre 2009 y 2019 se atendieron a 230.223.719 adultos mayor, con una media anual 20.929.429, el mínimo de atenciones se registró en 2009 (9.274.075) y máximo en 2019 (36.727.112). Las enfermedades no transmisibles fueron la primera causa de atención, generando el

81,1% (186.668.167) de la demanda, las condiciones transmisibles y nutricionales aparecen con el 5,1% (11.635.659) de las atenciones. (Tabla 28)





**Morbilidad Atendida por Causas y Departamentos.** Entre 2009 y 2019, la mayoría de los departamentos describen el mismo patrón nacional en la frecuencia de atenciones por causas: enfermedades no transmisibles, condiciones transmisibles y nutricionales, lesiones, signos y síntomas mal definidos y condiciones maternas y perinatales. Bogotá D.C, es la ciudad más poblada, por lo que aporta la mayor demanda de atenciones en salud, generando alrededor del 18,98% de las atenciones del país, lo cual hace que repunte para todas las causas. (Tabla 29)

La relación entre condiciones transmisibles y nutricionales y enfermedades no transmisibles muestra que, a través del tiempo, en general, en todos los departamentos las condiciones transmisibles y nutricionales se han hecho menos frecuentes que las enfermedades no transmisibles.

Cabe resaltar, que entre 2009 y 2019, los territorios de Córdoba, Cesar, Cauca, Chocó, Sucre, Huila, Putumayo, Arauca, Norte de Santander, Casanare, Guaviare, Guainía y Vaupés, según la proporción de las atenciones para este periodo la principal causa de consulta son las condiciones maternas perinatales la diferencia en puntos porcentuales está alrededor entre 0,01 y 2,97 p.p con respecto a las enfermedades no transmisibles. (Tabla 29)

Tabla 26.

*Proporción de atenciones según departamento, 2009-2019*

Departamentos	Condiciones perinatales	Condiciones transmisibles y nutricionales	Enfermedades no transmisibles	Lesiones	Condiciones mal clasificadas
Bogotá, D.C.	15,21	17,24	19,52	18,58	18,73
Antioquia	12,78	12,81	14,48	14,77	12,99
Valle del Cauca	8,75	7,89	9,11	10,46	7,91
Atlántico	5,23	5,33	4,81	4,20	6,66
Cundinamarca	4,85	4,50	5,14	5,53	5,34
Santander	4,04	4,34	5,14	4,50	4,06
Nariño	5,55	5,99	4,06	4,55	3,00
Bolívar	3,21	4,54	3,75	3,05	4,92
Córdoba	6,10	4,03	3,13	2,60	3,57
Boyacá	2,52	2,27	2,73	2,54	2,41
Magdalena	2,52	2,83	2,13	2,10	3,26
Huila	2,67	2,55	2,28	2,32	2,39
Tolima	1,88	2,27	2,36	2,42	2,33
Cauca	2,90	2,68	2,27	2,73	2,00
Risaralda	1,61	2,23	2,45	2,17	1,38
Norte de Santander	2,34	2,28	2,17	2,28	1,97
Caldas	0,91	1,58	2,08	1,91	1,53
Cesar	2,47	1,94	1,67	1,63	2,27
Meta	1,26	1,62	1,53	1,45	1,93
Sucre	1,80	1,64	1,40	1,19	2,38
Quindío	1,11	1,22	1,21	1,18	0,82
La Guajira	1,57	1,72	0,91	0,86	1,68
Caquetá	1,01	1,08	0,67	0,80	0,82
Putumayo	0,74	0,65	0,44	0,62	0,68
Casanare	0,57	0,44	0,48	0,53	0,51
Chocó	0,70	0,32	0,26	0,35	0,65
Arauca	0,50	0,30	0,27	0,34	0,28
Guaviare	0,12	0,11	0,08	0,11	0,08
Vichada	0,06	0,10	0,05	0,04	0,06
Amazonas	0,05	0,07	0,05	0,04	0,05
Archipiélago de San Andrés	0,08	0,05	0,04	0,08	0,05
Guainía	0,07	0,04	0,03	0,03	0,03
Vaupés	0,02	0,01	0,01	0,02	0,01

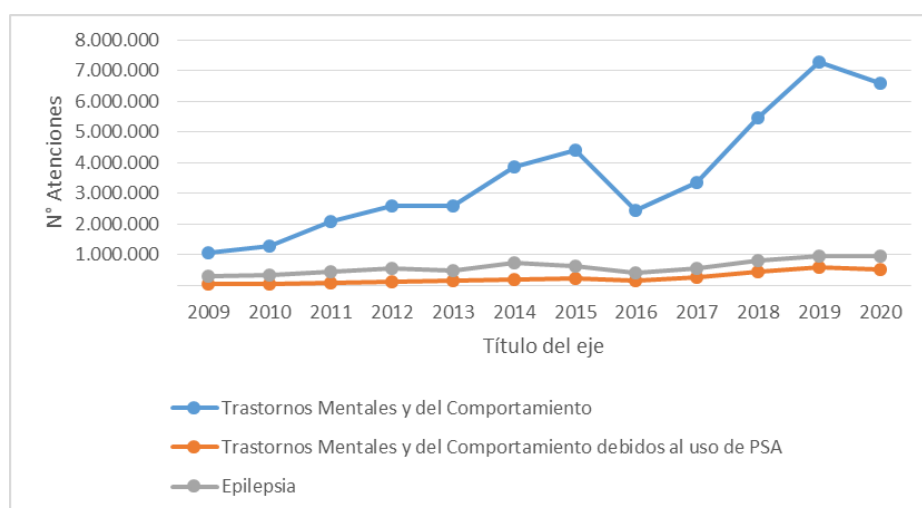
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el cubo de RIPS, del MSPS. Consultado el 1 de noviembre de 2020.

## Morbilidad en Salud Mental.

A partir del reporte de las atenciones realizadas entre 2009-2020, se encuentra un aumento significativo en las consultas por trastornos mentales y del comportamiento con un total de 7.286.499 consultas para el año 2020, lo que muestra la necesidad de priorizar las intervenciones en la población para el manejo adecuado de los procesos relacionados con la salud mental. En cuanto a los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de PSA y la Epilepsia se observa una tendencia incremental una poco más controlada como se puede ver en el Gráfico 85

Gráfico 80.

*Atención en los servicios de salud para el manejo de la salud mental, Colombia 2009 – 2020*



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el cubo de RIPS, del MSPS.

El comportamiento de la atención en salud mental según sexo, muestra que la diferencia para el último año tiene un mayor aumento en epilepsia en hombres con un 0.92 p.p. con respecto al año anterior, mientras tanto, en las mujeres es de 0,26 p.p. (Tabla 30). Se observa una diferencia importante en el número de atenciones para los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas en hombres con un total de 2.618.380 para el periodo de análisis mientras que en las mujeres fueron 695.547 atenciones (Gráfico 86). En

relación con la epilepsia se observa un comportamiento muy similar en aumento sostenido pero mínimo en ambos sexos.

Tabla 27.

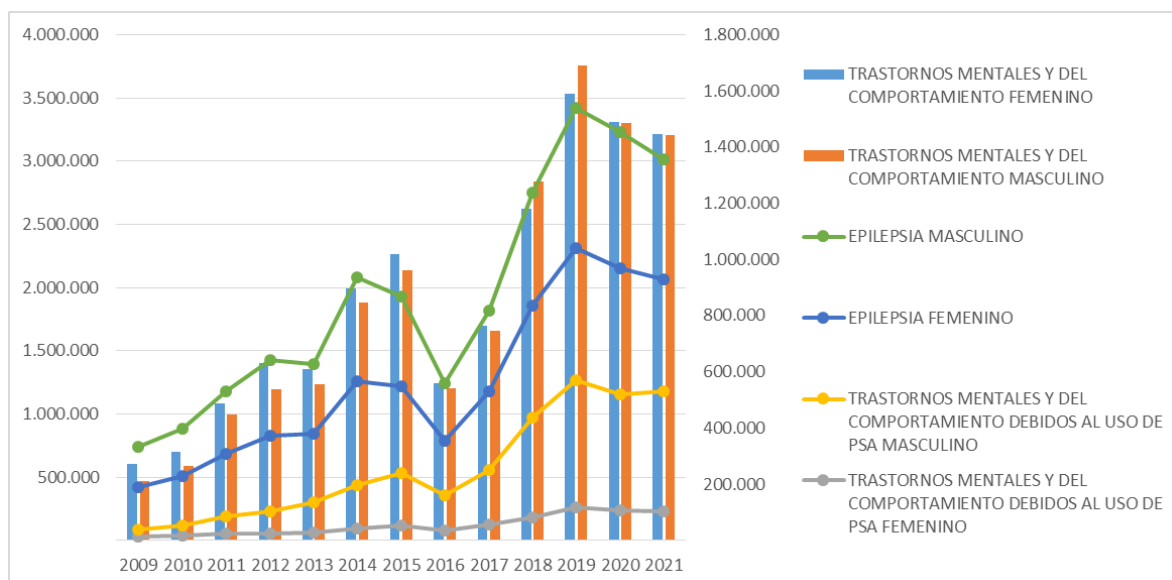
*Atención en los servicios de salud para el manejo de la salud mental según sexo, Colombia 2009 – 2020*

SEXO	Morbilidad en Salud Mental	Total												Δ pp 2020-2019
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
TOTAL	Trastornos mentales y del comportamiento	76,3	76,5	79,6	80,2	80,5	80,6	83,5	81,4	80,4	81,5	82,6	82,0	-0,57
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	2,8	3,1	3,2	3,2	4,2	4,1	4,5	5,3	6,0	6,5	6,5	6,4	-0,04
	Epilepsia	20,9	20,4	17,2	16,6	15,3	15,3	12,0	13,3	13,6	12,0	11,0	11,6	0,6
HOMBRES	Trastornos mentales y del comportamiento	73,1	74,4	77,8	77,5	77,8	78,2	80,9	78,5	77,6	78,9	79,8	78,7	-1,09
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	4,1	4,5	4,7	5,2	6,6	6,5	7,0	8,1	9,0	9,9	9,7	9,8	0,17
	Epilepsia	22,7	21,1	17,6	17,3	15,6	15,3	12,1	13,4	13,4	11,2	10,6	11,5	0,92
MUJERES	Trastornos mentales y del comportamiento	79,0	78,4	81,4	82,6	83,2	82,9	86,2	84,4	83,4	84,5	85,8	85,6	-0,17
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	1,7	1,8	1,8	1,4	1,8	1,7	2,0	2,4	2,8	2,6	2,8	2,7	-0,09
	Epilepsia	19,4	19,8	16,8	16,0	15,0	15,4	11,9	13,3	13,8	12,9	11,4	11,7	0,26

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el cubo de RIPS, del MSPS.

Gráfico 81.

Atención en los servicios de salud para el manejo de la salud mental según sexo, Colombia 2009 – 2020



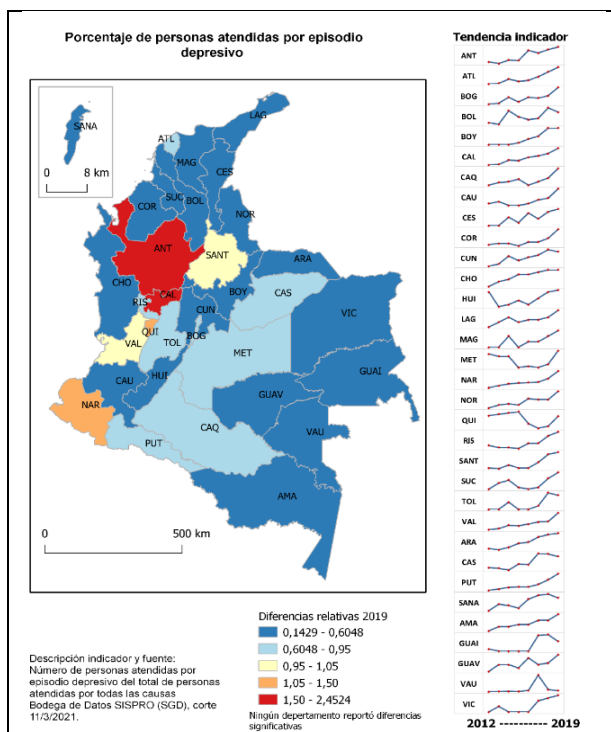
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el cubo de RIPS, del MSPS.

El panorama por departamentos/distritos demuestra que los tres primeros con mayor número de consultas por trastornos mentales y del comportamiento son en su orden Bogotá (18,6%), Antioquia (13,5%) y Valle del Cauca (9,1%) que acumulan el 41,3% de las atenciones realizadas en el tema, y que puede estar relacionado por la cantidad de población que concentran estas entidades, entre otros fenómenos. En cuanto a las consultas por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas son Antioquia (13,1%), Bogotá (13%), Bolívar (7,1%) y Nariño (6,3%) quienes concentran el 39,6% de las atenciones; por su parte las atenciones por epilepsia se concentran en Bogotá (19,8%), Antioquia (13,3%) y Valle del Cauca (7,7%).

**Personas Atendidas por Episodio Depresivo.** La tendencia de las personas atendidas por episodio depresivo tuvo un comportamiento fluctuante entre 2012 y 2015. Según observa en el mapa 37, los departamentos con el mayor porcentaje de consultas por episodio depresivo fueron Antioquia, Caldas, Nariño y Quindío en el 2019.

## Mapa 14.

*Diferencias relativas del porcentaje de personas atendidas por episodio depresivo en Colombia en 2019 y tendencias por departamento 2012-2019.*

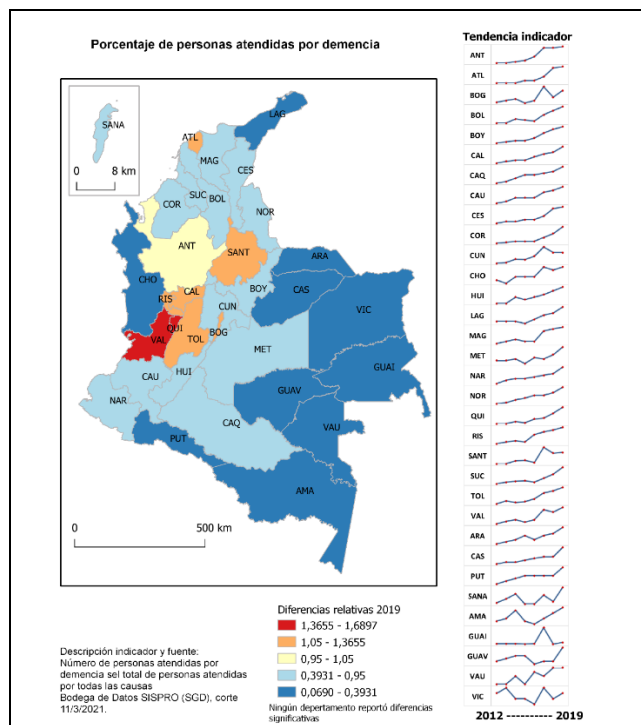


Fuente: elaboración propia de los autores.

**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. Según observa en el mapa 38, el porcentaje de consultas más alto por este evento en 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.

## Mapa 15.

*Diferencias relativas del porcentaje de personas atendidas por violencia en Colombia en 2019 y tendencias por departamento 2012-2019*



Fuente: elaboración propia de los autores.

***Incidencia de Intento de Suicidio.*** La tendencia nacional de la tasa de incidencia del intento de suicidio viene en incremento, en particular desde 2017. En el año 2017, la tasa estuvo entre 40 casos por cada 100.000 habitantes y para 2019 supera los 60 casos por cada 100.000 habitantes. En el mapa 39 se puede observar que Caldas, Risaralda, Quindío, Tolima, Huila, Nariño, Putumayo y Vaupés presentaron las tasas más altas y con una diferencia estadísticamente significativa de la tasa nacional.

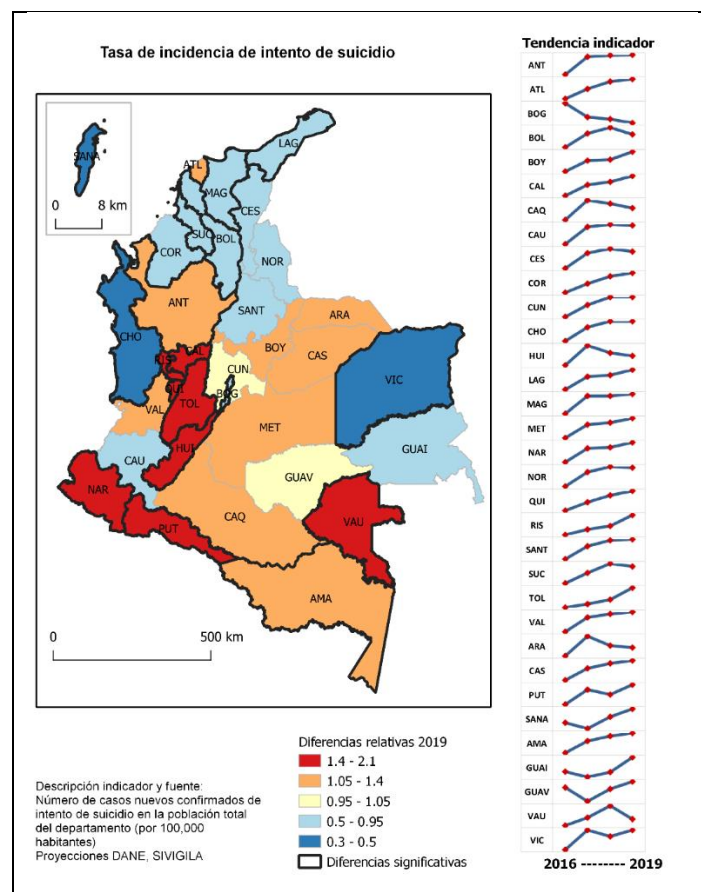
Se observa que esta tasa ha venido en aumento según el estratificador de años promedio de educación. Para todos los años, el quintil con mayor promedio de años de educación es el que tiende a presentar las tasas más bajas comparado con el resto de quintiles. Aunque el año con menor brecha entre quintiles 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.

Mapa 16.

*Diferencias relativas de tasa de incidencia de intento de suicidio Colombia en 2019 y tendencias por departamento 2016-2019.*



Fuente: elaboración propia de los autores.

**Eventos de Alto Costo.** En la actualidad, los sistemas de información en Colombia se encuentran en fase de desarrollo y fortalecimiento, por lo cual no se cuenta con información para todos los eventos. La Cuenta de Alto Costo (CAC)



dispone de los datos e información de la situación de salud de la ERC y de la situación del VIH-SIDA la cual se presenta a continuación:

**Enfermedad Renal Crónica -ERC-**. La ERC es un evento en salud de alto costo, progresivo, no trasmisible y estrechamente ligada a otras enfermedades, como las cardiovasculares y la diabetes mellitus. La incidencia, prevalencia y mortalidad de la ERC es creciente en Colombia, a pesar de que existen políticas que orientan el proceso de prevención y manejo. En el país, las principales causas de ERC las constituyen las enfermedades precursoras como la Hipertensión Arterial (HTA) y otros tipos de enfermedad cardiovascular (ECV), la diabetes mellitus tipo II y la uremia, entre Otras enfermedades asociadas con la ERC son las enfermedades autoinmunes, la insuficiencia renal aguda y el VIH.<sup>6</sup>

De acuerdo con los datos de la Cuenta de Alto Costo, para 2020 en Colombia habían 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<sup>7</sup>. (Tabla 31).

Tabla 28.

*Porcentaje de personas con ERC según estadios, 2016 – 2020*

Estadio	2016	2017	2018	2019	2020
1	22,14	22,09	21,14	16,36	15,09
2	28,24	28,14	30,98	21,56	24,60
3	44,99	43,48	40,26	50,89	43,43
4	5,26	5,17	4,87	6,26	6,28
5	2,92	2,84	2,73	4,92	4,56

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia, 2016 - 2020.

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. Mientras que Arauca, Guaviare, el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Amazonas, Guainía, Vichada, y Vaupés contribuyen con el 0,13%. (Tabla 32)

Tabla 29.

*Número de casos de la ERC según departamentos, 2020*

ENTIDAD TERRITORIAL	CASOS ERC
Bogotá, D.C.	197858
Valle del Cauca	114342
Antioquia	89555
Cundinamarca	50007
Atlántico	34795
Bolívar	33364
Santander	27943
Nariño	22048
Meta	21741
Risaralda	21599
Huila	19985
Norte de Santander	19008
Sucre	17552
Tolima	17416
Córdoba	15133
Boyacá	14936
Magdalena	14307
Cauca	12280
Caldas	10390
Cesar	9806
La Guajira	9065
Quindío	7869
Putumayo	5398
Casanare	2513
Caquetá	1496
Chocó	912
Arauca	544
Guaviare	234
Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	159
Amazonas	71
Guainía	27
Vichada	18
Vaupés	1
<b>Colombia</b>	<b>792372</b>

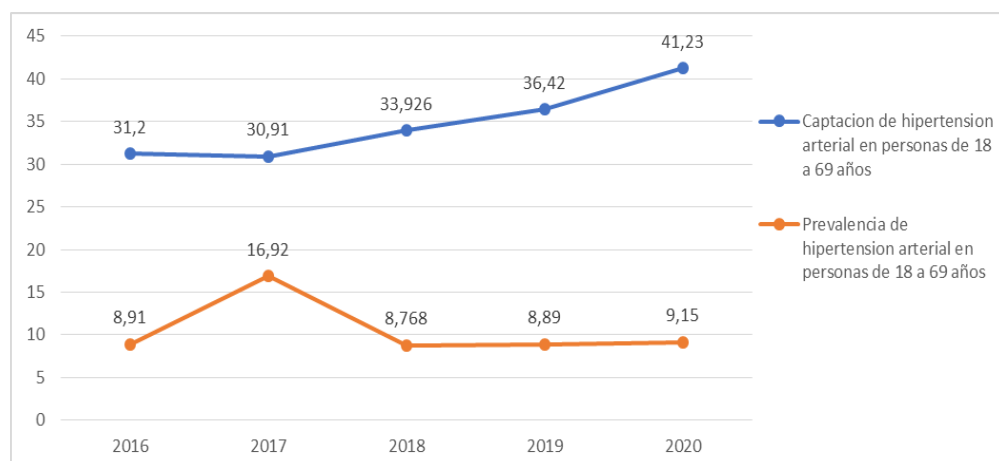
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia, 2020.

**Hipertensión Arterial.** De acuerdo con los datos de la Cuenta de Alto Costo, en Colombia, para el año 2020 había un total 2.549.819 personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud 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 presentando para el año 2020 un valor de 41.23; 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 es al incremento; presentando para el año 2020 una prevalencia de 9,15 por cada 100 afiliados (Gráfica 87)

Gráfico 82.

*Captación y Prevalencia de HTA en personas de 18 a 69 años, 2016 - 2020*

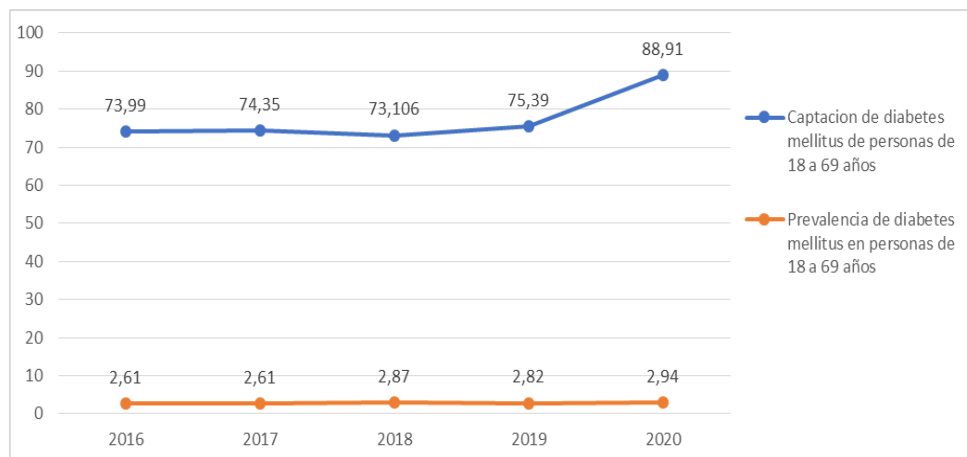


Fuente: Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia, 2016-2020.

**Diabetes Mellitus.** De acuerdo con los datos de la Cuenta de Alto Costo, en Colombia, para el año 2020 se reporta una prevalencia en servicios de salud de 2,94 por cada 100 afiliados en personas de 18 a 69 años, con un porcentaje de captación del 88,91%, mientras que, para el año 2019, presentaba una prevalencia de 2,82, con un porcentaje de captación de 75.39 por cada 100 personas afiliadas de 18 a 69 años (Gráfico 88).

Gráfico 83.

*Prevalencia en servicios de salud de diabetes mellitus según sexos y régimen, 2015 -2017*



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia, 2016-2020.

Para 2020 la prevalencia de diabetes mellitus en personas de 18 a 69 años fue más alta en el Valle del Cauca (4,19), seguido de Risaralda (4,01) y Antioquia (3,48), no hay diferencia estadísticamente significativa entre la prevalencia en servicios de salud nacional y alguna entidad territorial. En tanto, en Arauca, Amazonas, Vichada, Guainía y Vaupés, las prevalencias son menor al 1,0 por debajo de la nacional (Tabla 33).

Tabla 30.

*Prevalencia y casos de diabetes mellitus en personas de 18 a 69 años según Entidad Territorial, 2020*

ENTIDAD TERRITORIAL	CASOS	PREVALENCIA
Valle del Cauca	125386	4,19
Risaralda	26298	4,01
Antioquia	152781	3,48
Quindío	12364	3,43
Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	1358	3,42
Atlántico	54682	3,27
Bolívar	43184	3,21
Huila	21901	3,11
Bogotá, D.C.	164674	3,02
Caldas	17966	3,00
Santander	40695	2,88
Meta	17127	2,73
Cundinamarca	40555	2,62
Tolima	20651	2,58
Norte de Santander	22821	2,36
Sucre	13532	2,33
Boyacá	16129	2,21
Córdoba	22450	2,20
Caquetá	5051	2,10
Magdalena	16573	2,05
Cauca	16345	2,03
Casanare	4903	1,94
Cesar	13548	1,92
Putumayo	3534	1,80
La Guajira	8680	1,71
Nariño	15950	1,70
Chocó	3854	1,62
Guaviare	611	1,21
Arauca	1579	0,98
Amazonas	325	0,78
Guainía	121	0,45
Vichada	159	0,34
Vaupés	27	0,15

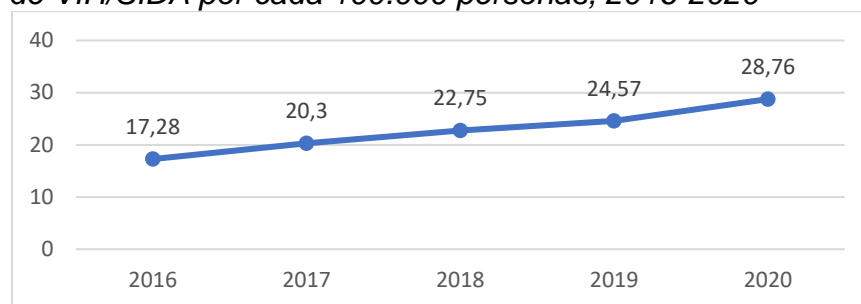
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia, 2020.

**Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).** Según los datos entregados por la Cuenta de Alto Costo, la incidencia reportada para el año 2020 en la base de Indicadores VIH Nacional 2016-2020, 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. (Gráfico 89). Para este mismo periodo, los casos incidentes se concentran entre los 25 a 34 años de edad, le siguen el grupo de 15 a 24 años y de 35 a 44 años<sup>8</sup>.

Gráfico 84.

*Incidencia de VIH/SIDA por cada 100.000 personas, 2016-2020*



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Indicadores VIH Nacional 2016-2020.

De acuerdo con los datos de la Cuenta de Alto Costo, los departamentos con las mayores incidencias, tanto cruda como ajustada, fueron Risaralda y Quindío. Las regiones de Bogotá D.C., Central y Pacífica presentaron una mayor incidencia ajustada comparada con la estimada a nivel nacional. (Tabla 34)

Tabla 31.

*Prevalencia e incidencia del VIH según departamentos, 2020*

Entidad territorial	Población	Prevalencia (100 habitantes)			Incidencia (100.000 habitantes)		
		Casos VIH	Prevalencia cruda	Prevalencia ajustada	Casos nuevos VIH	Incidencia cruda	Incidencia ajustada
Amazonas	77753	99	0,13	0,15	7	9	5,30
Antioquia	6550206	21493	0,33	0,26	2234	34,11	22,52
Arauca	280109	279	0,10	0,10	38	13,57	16,93
Atlántico	2638151	7586	0,29	0,18	745	28,24	37,41
Bogotá, D.C.	7592871	27840	0,37	0,32	2747	36,18	34,13
Bolívar	2130512	4807	0,23	0,29	453	21,26	19,56
Boyacá	1230910	878	0,07	0,05	100	8,12	5,14
Caldas	1008344	2051	0,20	0,25	179	17,75	27,07
Caquetá	406142	437	0,11	0,08	63	15,51	9,80
Casanare	428563	783	0,18	0,20	83	19,37	15,98
Cauca	1478407	1626	0,11	0,16	172	11,63	5,87
Cesar	1252398	2482	0,20	0,25	246	19,64	25,14
Chocó	539933	315	0,06	0,05	29	5,37	7,79
Córdoba	1808439	4217	0,23	0,30	389	21,51	26,37
Cundinamarca	3085522	3318	0,11	0,12	363	11,76	8,06
Guainía	49473	19	0,04	0,10	3	6,06	5,89
Guaviare	84716	122	0,14	0,21	5	5,90	4,59
Huila	1111844	2000	0,18	0,19	249	22,40	26,19
La Guajira	927506	1120	0,12	0,15	128	13,80	12,32
Magdalena	1388832	3002	0,22	0,14	278	20,02	25,20
Meta	1052125	2406	0,23	0,13	253	24,05	16,14

Entidad territorial	Población	Prevalencia (100 habitantes)			Incidencia (100.000 habitantes)		
		Casos VIH	Prevalencia cruda	Prevalencia ajustada	Casos nuevos VIH	Incidencia cruda	Incidencia ajustada
Nariño	1628981	1800	0,11	0,09	232	14,24	11,04
Norte de Santander	1565362	3517	0,22	0,21	288	18,40	15,10
Putumayo	353759	358	0,10	0,13	44	12,44	9,41
Quindío	547855	2444	0,45	0,44	219	39,97	58,00
Risaralda	952511	3445	0,36	0,25	402	42,20	38,63
San Andrés	928984	101	0,16	0,20	194	20,88	29,94
Santander	2237587	4721	0,21	0,17	529	23,64	17,97
Sucre	62482	1977	0,21	0,16	6	9,60	12,08
Tolima	1335313	2219	0,17	0,21	241	18,05	28,03
Valle del Cauca	4506768	15891	0,35	0,35	1606	35,64	48,24
Vaupés	42721	17	0,04	0,14	0	0,00	0,00
Vichada	110599	120	0,11	0,10	3	2,71	3,30
<b>Colombia</b>	<b>49.395.678</b>	<b>123.490</b>	<b>0,25</b>	<b>0,25</b>	<b>12.528</b>	<b>25,36</b>	<b>25,15</b>

Fuente: Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo Situación VIH en Colombia, 2020.

**Transmisión Materno Infantil del VIH.** De acuerdo con los casos reportados a través de la Cuenta de Alto Costo, en 2018, se registraron 761 mujeres en gestación con VIH, esta cifra descendió en 87 casos comparada con el 2017 (674). Para 2018 la prevalencia del VIH en las mujeres gestantes fue del 0,18 %. La edad media fue de 27,4 años. El rango de edad estuvo entre 15 y 49 años. El grupo de 20 a 24 años concentro el 28,8% de los casos, seguido de las mujeres entre los 25 a 29 años de edad con el 28,4% y el 20,0% en mujeres gestantes con VIH entre los 30 a 34 años de edad. Según el estadio clínico el 71,5% (544) se encuentra en estadio 1 y 2 del VIH, el 26,3% (200) de los casos se reportaron en estadio 3.

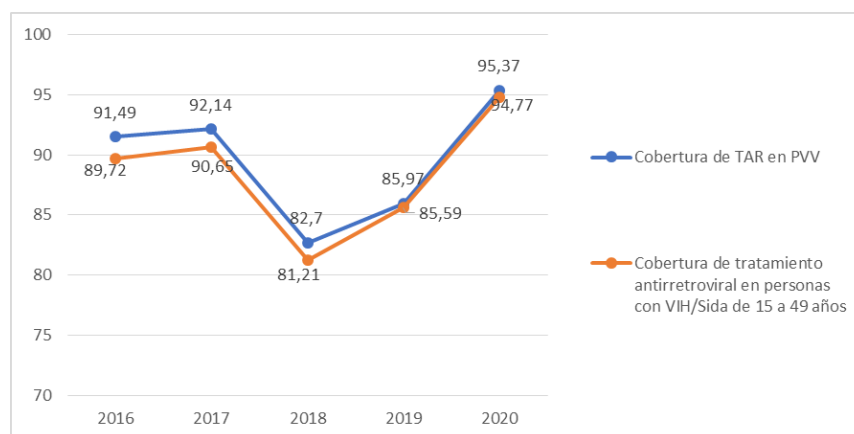
Para 2018, se registraron 975 niños y niñas menores de 18 meses hijos de madres con VIH, el 51,7% (504) son niños y el 48,3% (471) niñas. Tan solo 20 niños fueron reportados con diagnóstico de VIH, manteniendo el mismo comportamiento de 2017 y se disminuyó en tres casos con respecto al 2016 (23). De los casos 19 (95%) se presentaron en el régimen subsidiado y 1 en el contributivo. El 55,0% (11) de los casos de transmisión vertical ocurrieron en niñas. Los departamentos con mayor porcentaje de transmisión materno infantil de VIH para 2018 fueron Atlántico (6), Valle del Cauca (3) y Santander (3).

**Cobertura de Tratamiento Antirretroviral.** Según los datos de la Cuenta de Alto Costo la cobertura de tratamiento antirretroviral en personas con VIH/SIDA

ha presentado una recuperación luego de una disminución importante presentada en el año 2019, con una leve pero progresiva tendencia al aumento en la cual se observa que para el último año reportado (2020), la cobertura se encuentra sobre el 94%.

Gráfico 85.

*Cobertura de TAR, 2016-2020*



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Indicadores VIH Nacional 2016-2020.

De acuerdo con los datos de la Estrategia Nacional para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil, VIH, Sífilis, Hepatitis B y Enfermedad de Chagas del MSPS, para 2018 en las mujeres gestantes con VIH se encontró que el 88,1% (718) recibieron la 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 las 14 niñas y niños infectados con VIH en el 2018, el 64,2% fueron hombres y 35,8% mujeres; el 35,7% recibieron alimentación mixta (leche materna más fórmula láctea); el 57,1% no recibió profilaxis ARV en el intraparto, 50,0% de sus madres no tuvieron intervención del control prenatal y al 50,0% se les realizó el diagnóstico de VIH posterior al parto. El 60% de las gestantes tenían cargas virales entre 10.001 a 50.000 copias/ml. El 85,7% de los binomios están en el régimen subsidiado y el 14,3% en el contributivo<sup>9</sup>.

#### **Morbilidad de Eventos de Notificación Obligatoria.**

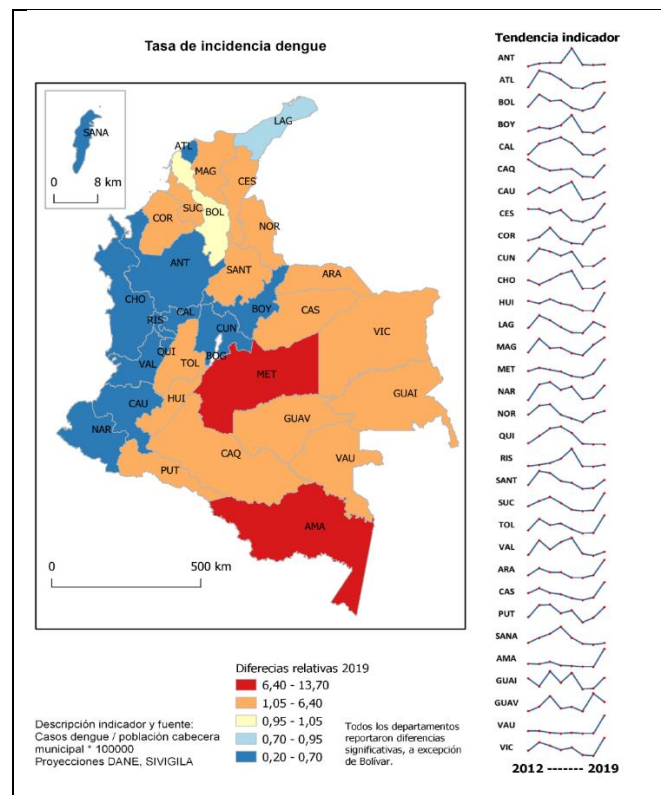
**Dengue.** La evolución de la tasa de incidencia de dengue en Colombia durante el periodo de estudio pasó de 155 casos por 100.000 habitantes en 2012,



a 358 en 2013 para luego descender hasta 70 en 2017. En los últimos dos años, la tasa de incidencia volvió a incrementar reportando 330 casos por 100.000 habitantes en 2019, superando la tasa al inicio del periodo. El mapa 40, muestra 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 sin embargo las diferencias no fueron significativas estadísticamente.

### Mapa 17

*Diferencias relativas de tasa de incidencia de dengue en Colombia en 2019 y tendencias por departamento 2012-2019*



Fuente: elaboración propia de los autores.

El análisis de equidad para la tasa de incidencia de dengue para los estratificadores de PIB per cápita y promedio de años de estudio, mostró 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

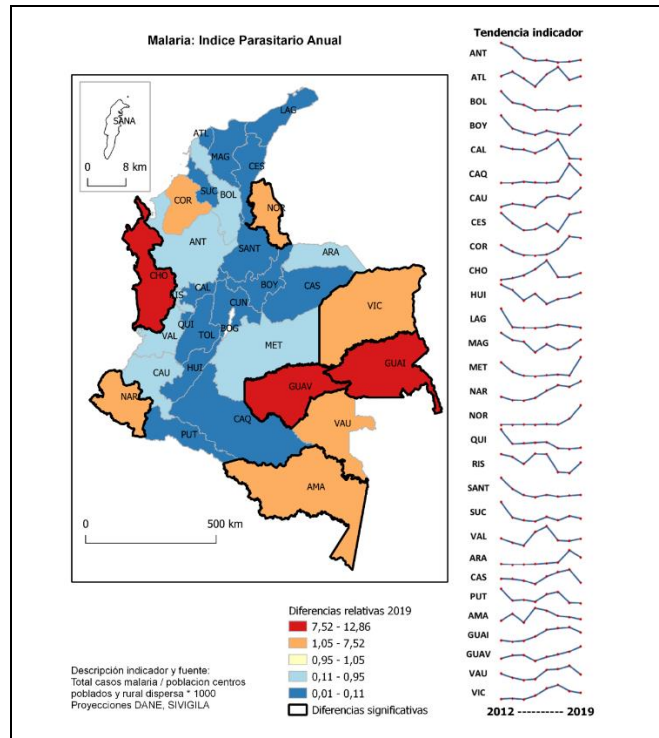
estratificadores, los dos quintiles más altos reportaron tasas de incidencia superiores a los quintiles más bajos. Entre 2014 y 2016, los quintiles más bajos de educación, reportaron las incidencias de dengue más bajas en comparación al resto de quintiles. Este comportamiento puede estar relacionado a que los determinantes que influyen en dengue están más relacionados con el área de residencia (urbano o rural), con la presencia del vector y con la presencia de acueducto y para el presente análisis estos ejes de desigualdad se usaron como variables de ajuste.

**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.

El mapa 41, muestra 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 (Chocó, Norte de Santander, Nariño, Vichada, Guainía, Guaviare y Amazonas). Los departamentos ubicados al sur, centro y norte de Colombia reportaron índices inferiores al nacional, sin reportar diferencias significativas dado que la presencia del vector es la que determina la transmisión de malaria.

Mapa 18

*Diferencias relativas del índice parasitario anual de malaria en Colombia en 2019 y tendencias por departamento 2012-2019*



Fuente: elaboración propia de los autores.

Se encontró una brecha que varía de manera importante según los años, especialmente en el caso de PIB per cápita. Sin embargo, para ambos estratificadores, 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 debido a que la presencia del vector está más relacionada con la pobreza y la ruralidad.

**Leucemia Mieloide Aguda y Linfoide Aguda Pediátrica.** Para 2018, según datos de la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (International Agency for Research on Cancer - IARC), para la población menor de 19 años de edad se estima una tasa de incidencia de leucemias en ajustada por la edad en el mundo es de 3,1 por cada 100.000 personas año, en hombres fue de 3,5 por cada 100.000 hombres año y en mujeres fue de 2,7 por cada 100.000 mujeres año. En Colombia la tasa ajustada por la edad estimada para este evento fue de 5,2 por cada 100.000 persona año, en hombres fue de 5,6 por cada 100.000 hombres año y en mujeres fue de 4,8 por cada cien mil mujeres año<sup>10</sup>.

Durante 2013, en Colombia se presentaron 362 casos de LLA y 41 muertes, lo cual significa el 64,1% del total de la mortalidad por leucemias pediátricas. La tasa de incidencia de LLA en menores de 15 años para 2012 fue de 2,99 por cada 100.000 menores de 15 años, con un aumento del 37% desde 2009, lo cual se traduce en un incremento de 0,8 muertes por cada 100.000 menores durante el cuatrienio<sup>102</sup>.

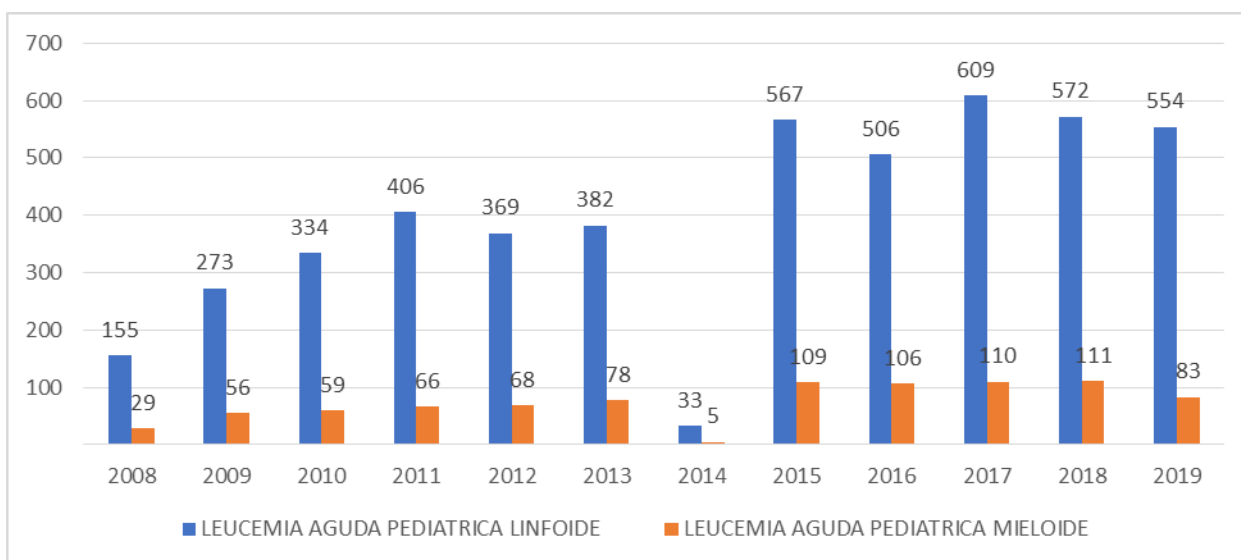
La oportunidad en la atención se considera alta, dado que para 2013 el 90% (326) de los pacientes recibieron atención médica por primera vez antes de los 53 días, el 7,5% (27) entre 54 y 106 días y solo el 2,5% (9) después de 107 días. Así mismo, aunque al 80,7% (292) de los casos sospechosos se les realizó cuadro hemático antes de los dos días siguientes a la primera consulta, para 6,3% (23) se tardó más de 10 días. En general, el 78,2% (341) de los casos confirmados como leucemia iniciaron tratamiento durante los dos días siguientes al diagnóstico definitivo, considerándose de alta oportunidad. El 6,9% (30) tardó entre tres y cuatro días y se consideraron de oportunidad media. El 10,3% (45) tuvo tiempos de 34, 38 y 90 días, considerándose de baja oportunidad. **Error! Marcador no definido..**

Entre 2008 y 2019, se reportaron al SIVIGILA 4.760 casos de Leucemia Aguda Linfocítica Pediátrica (LAL), con un promedio de 397, el mínimo de casos se registró en 2014 (33) y el máximo de los casos se reportó en 2017 (609), el evento describe una tendencia creciente. (Gráfico 87). Bogotá, D.C. (831), Antioquia (512), Valle del Cauca (433), Santander (301) y Cundinamarca (282), son los territorios donde más registran casos por este evento para este mismo periodo de análisis.

En relación con la Leucemia Aguda Mieloide Pediátrica (LAM), se destaca que registra menos casos que la LAL. Entre periodo 2008 y 2019, se registraron al SIVIGILA 880 casos, con una media anual de 73, en 2014 (5) con menor número casos y en 2018 el máximo con 111 eventos reportados. Los departamentos que más reportaron casos durante este período fueron, Bogotá, D.C. (167), Antioquia (93), Valle del Cauca (77), Cundinamarca (63) y Bolívar (47).

Gráfico 86.

### Casos de leucemias reportados al SIVIGILA, 2008 - 2019



Fuente: elaborado a partir de los datos del cubo de SIVIGILA, MINSALUD, consulta del 12 de julio del 2021.

De acuerdo a los datos reportados por la Cuenta de Alto Costo, para 2017, se reportaron, 1.944 personas menores de 18 años de edad con leucemias agudas, de los cuales, 1.754 corresponden a Leucemia Aguda Linfocítica y 190 a Leucemia Mieloide Aguda (LMA). En este mismo año, se reportaron 227 casos incidentes para LAL y 44 casos incidentes LMA. Las leucemias (LLA, LMA) ocuparon el primer lugar en frecuencia entre los cánceres pediátricos.<sup>11</sup>

La edad media de los pacientes pediátricos con diagnóstico de LLA fue de 9,46 años y la mediana de 10,0 años. Del total de casos reportados con diagnóstico de LLA (1.754), el 44,4% (779) corresponden a las niñas y el 55,9 (975) a los niños, con una razón niña: niño de 0,80. La prevalencia de la LLA en la población pediátrica fue de 113,5 casos por cada millón de habitantes menores de 18 años. En Valle del Cauca, Santander, Caldas, Nariño, Risaralda, Huila, Vichada, Quindío y Casanare, registran las mayores prevalencias de LLA con estimaciones de 143,5 a 204,5.

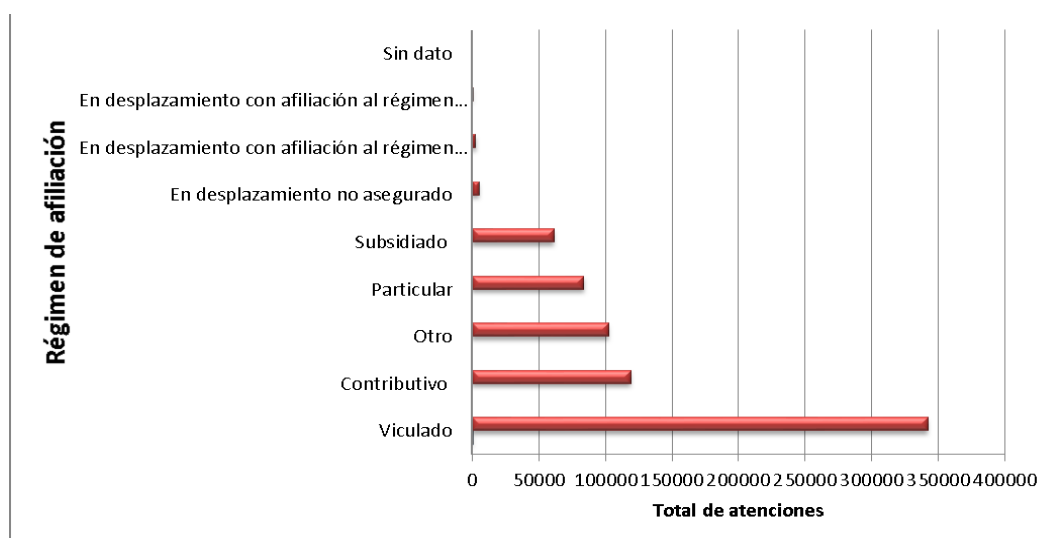
**Morbilidad población migrante.** Colombia en el año 2018, registró un total de 676.284 personas migrantes atendidas según régimen de seguridad social en salud, es importante precisar que este dato difiere del número de personas únicas

atendidas, en el entendido que existen personas que cambiaron de régimen de afiliación en periodo de tiempo analizado.

La distribución porcentual según afiliación evidencia que el 47,8% se registró en el régimen 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%). En el Gráfico 83, se registra la distribución de personas migrantes atendidas según el régimen de afiliación en salud en el país.

Gráfico 87.

*Distribución porcentual de personas migrantes atendidas en los servicios de salud según régimen de afiliación. Colombia 2019*



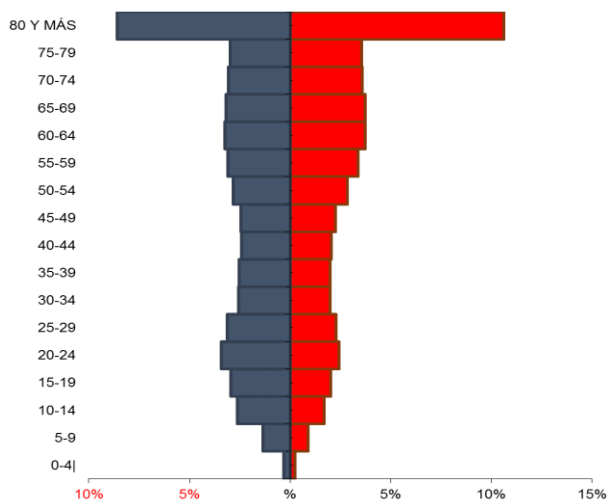
Fuente: Reporte información Circular 029. Consultado en Bodega de datos del SISPRO 04/06/2020.

**Discapacidad auto declarada registrada.** El Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020), muestra un total de 6.724.362 personas con discapacidad en Colombia entre el periodo comprendido entre 2013 y 2020, de las cuales el 60,27% son hombres (3.380.444) y 49,73% mujeres (3.343.918). El 19,0% (278.556) 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% (102.124). (Gráfico 84). Las alteraciones con mayor auto reporte corresponden al movimiento del

cuerpo, manos, brazos y piernas con el 49,5%, seguidas de las alteraciones en sistema nervioso con el 44,6%. (Tabla 30)

Gráfico 88.

*Estructura poblacional de las personas en condición de discapacidad, 2020*



\*Corte a septiembre de 2020. Consultado el 25 de noviembre de 2020. Fuente: RLCPD. Datos disponibles en el cubo de discapacidad del MSPS.

Tabla 32.

*Personas en condición de discapacidad según tipo de discapacidad, 2020*

Tipo de discapacidad	Personas	Proporción
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	769.857	49,5
El sistema nervioso	693.582	44,6
Los ojos	516.143	33,2
El sistema cardiorespiratorio y las defensas	330.776	21,3
La voz y el habla	303.936	19,5
Los oídos	249.689	16,0
La digestión, el metabolismo, las hormonas	176.705	11,4
El sistema genital y reproductivo	116.416	7,5
La piel	57.172	3,7
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	44.038	2,8
<b>Total</b>	<b>1.555.708</b>	

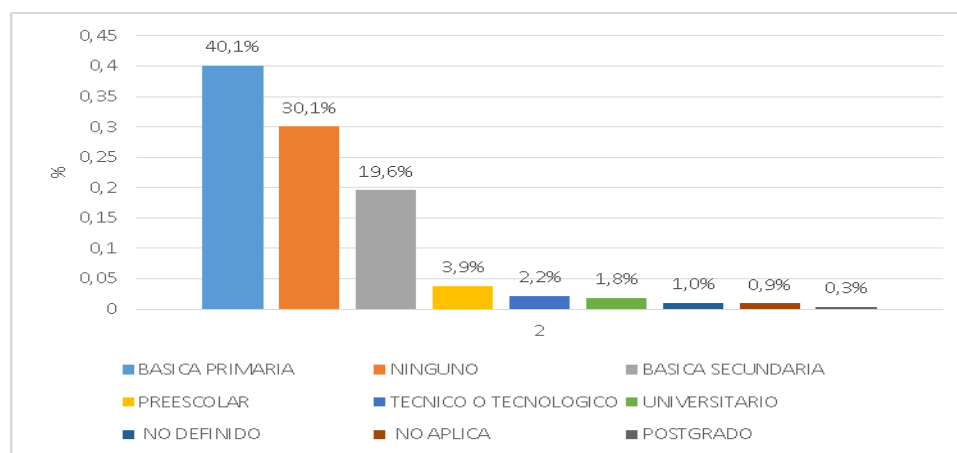
\*Corte a agosto de 2020. Consultado el 25 de noviembre de 2020. Fuente: RLCPD. Datos disponibles en el cubo de discapacidad del MSPS.

Del 100% (1.555.708) de los registros con información de último año de educación alcanzado, el 40,1% (624.580) de las personas en condición de

discapacidad alcanzaron la básica primaria, el 30,1% (467.755) se clasifican como sin ningún nivel educativo. Solo el 1,8% (28.574) alcanzó el nivel universitario y el 0,3% (5.440) alcanzo a finalizar un posgrado. (Gráfico 83)

Gráfico 89.

*Población en condición de discapacidad según nivel educativo, 2020*



\*Corte a septiembre de 2020. Consultado el 1 de noviembre de 2020. Fuente: RLCPD. Datos disponibles en el cubo de discapacidad del MSPS.

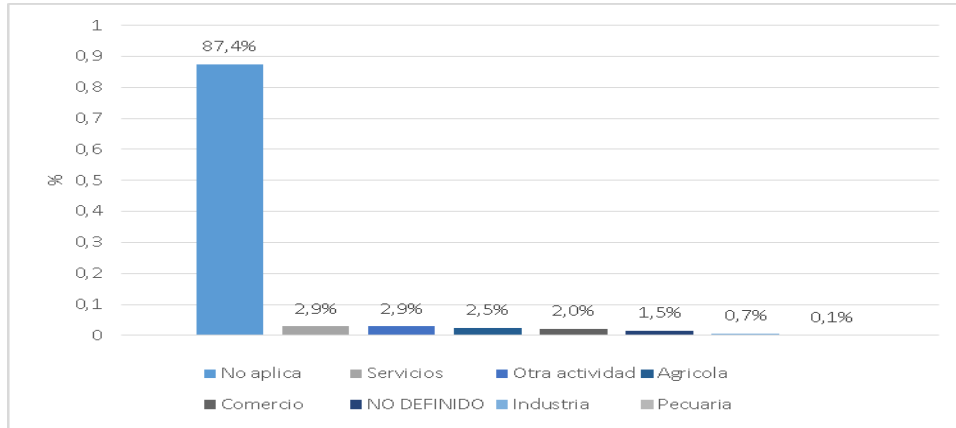
Solo el 12,6% (196.019) de los registros consigna información sobre actividad económica en la cual trabaja, resultando los servicios como los más frecuentes, con un 2,9% (45.105) y otra actividad con un 2,9% (44.752). (Gráfico 84).

El 10,4% (161.969) de las personas en condición de discapacidad registradas declararon tener personas a cargo. El 38,4% (596.617) habita en vivienda propia totalmente pagada, el 24,6% (382.486) vive en arriendo y el 20,1% (313.381) en vivienda de familiar sin pagar arriendo.

Gráfico 90.

*Población en condición de discapacidad según actividad económica, 2020*





\*Corte a septiembre de 2020. Consultado el 1 de noviembre de 2020. Fuente: RLCPD. Datos disponibles en el cubo de discapacidad del MSPS.

Del 96,6% (1.475.696) de los registrados que respondieron la pregunta sobre ser beneficiarios de programas, solo el 13,5% declararon recibirlos. El 4,74 (70.064) del total de registrados reciben beneficios del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).

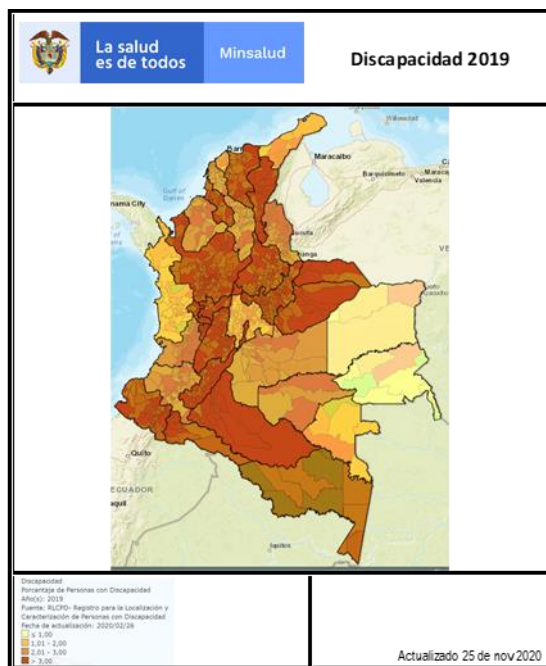
Existen diferencias departamentales en el porcentaje de personas en condición de discapacidad. Para 2018 sobresalieron Huila (4,8), Sucre (4,3), Quindío (4,3), Casanare (4,03), Santander (3,9), Cesar (3,7), Bogotá D.C (3,6) y Risaralda (3,5) con proporciones superiores al 3,5%. (Mapa 26)

Mapa 26.

*Porcentaje de personas en condición de discapacidad, Colombia 2019*

Tabla 31.

*Proporción de discapacidad por departamento, 2019*



Departamento	2019
HUILA	6,5
QUINDIO	5,19
SUCRE	4,33
BOGOTÁ D.C.	4,1
NARIÑO	3,84
SANTANDER	3,79
RISARALDA	3,76
CASANARE	3,59
CAQUETA	3,53
BOYACA	3,42
PUTUMAYO	3,42
AMAZONAS	3,41
MAGDALENA	3,29
TOLIMA	3,28
CESAR	3,24
CALDAS	3,17
ARAUCA	3,11
ANTIOQUIA	3,11
ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES	2,95
VALLE DEL CAUCA	2,92
META	2,49
NORTE DE SANTANDER	2,36
BOLIVAR	2,35
GUAVIARE	2,14
CAUCA	2,13
CORDOBA	2,12
LA GUAJIRA	1,8
CUNDINAMARCA	1,74
ATLANTICO	1,72
VAUPES	1,63
CHOCO	1,09
GUAINIA	0,95
VICHADA	0,95

\*Corte a agosto de 2019. Consultado el 25 de noviembre de 2020. Fuente: elaborado y extraído del módulo geográfico del MSPS

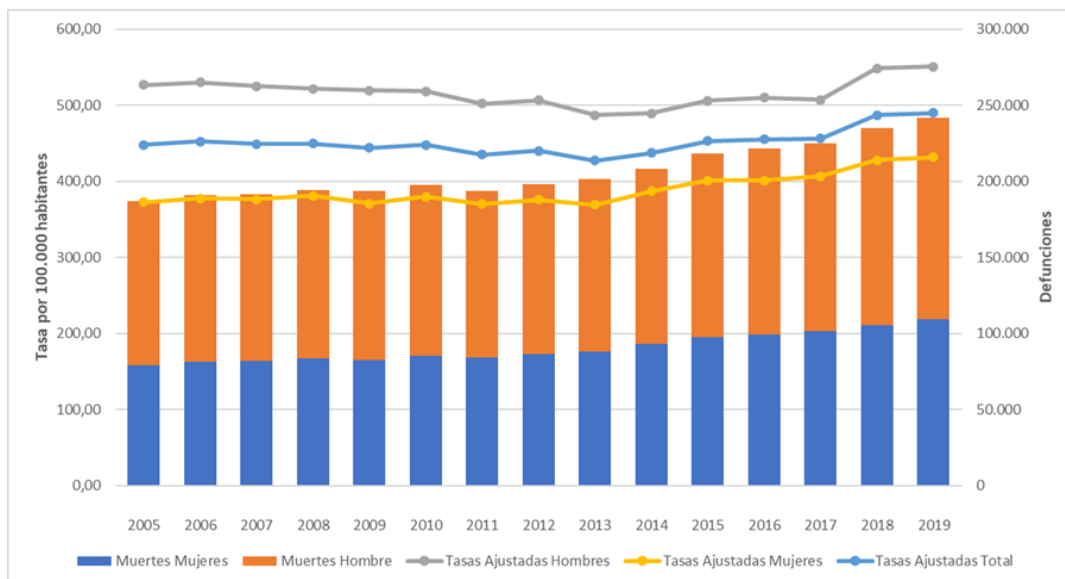
Fuente: elaborado y extraído del módulo geográfico del MSPS. Consultado 11/01/2022.

## Mortalidad

Entre 2005 y 2019 en Colombia se produjeron en promedio 206.534 defunciones no fetales anuales, con una desviación estándar de 17.553. En este periodo, la tasa de mortalidad cruda ha oscilado entre 427 y 489 muertes por cada 100.000 personas. Por sexo se observa en la serie de tiempo, un mayor número de muertes en los hombres con respecto a las mujeres, la tendencia se muestra estable en ambos casos. La tendencia de la brecha de la desigualdad por sexo muestra que se ha mantenido a través del tiempo (Gráfico 85).

Gráfico 91.

*Mortalidad general, 2005-2019*

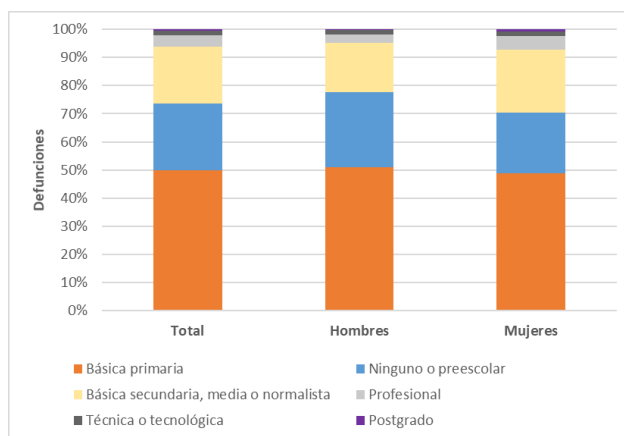


Fuente: elaboración propia a partir de los datos de estadísticas vitales del DANE. Consultado el 3 de noviembre de 2021

El sistema de información de la mortalidad en Colombia presenta subregistro para variables que generan gradiente como el nivel educativo, régimen de afiliación y etnia. Entre 2008 y 2019 el 77,3% de los registros tenía información por nivel educativo; de éstos, el 49,8% (983.879) de las muertes ocurrió en aquellos que habían alcanzado la básica primaria, seguido del 23,9% (471.719) de la categoría ningún nivel educativo o preescolar, el 20% (395.828) que lograron la básica secundaria, media o normalista y del 4% (79.147) lograron ser profesionales (Gráfico 86).

Gráfico 92.

Mortalidad según nivel educativo, 2008-2019

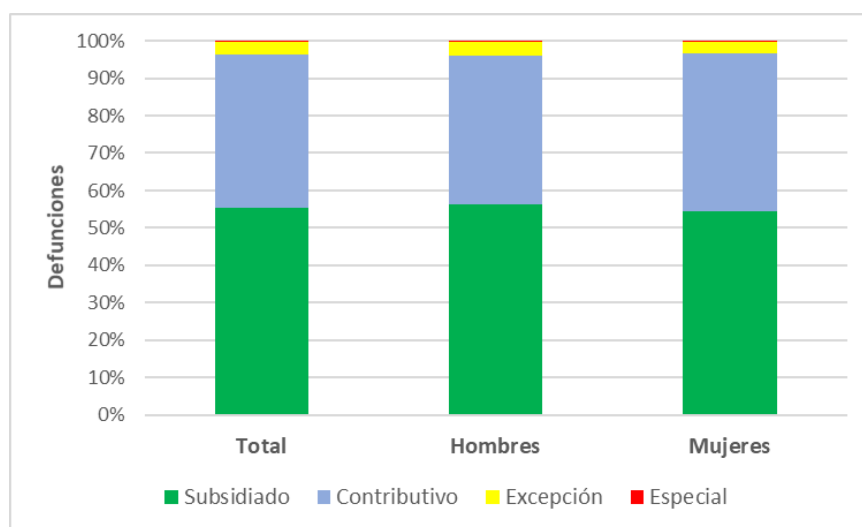


Fuente: elaboración propia a partir de los datos de estadísticas vitales del DANE. Consultado el 3 de noviembre de 2021

Alrededor del 87,6% de los registros tenía información de régimen de afiliación. De estos, el 55,4% (1.245.299) de las muertes ocurrió en el régimen subsidiado, el 40,9% (918.168) en el contributivo, el 3,3% (74.817) en el régimen de excepción y el 0,4% (8.690) para el régimen especial (Gráfico 87).

Gráfico 93.

*Mortalidad según régimen de afiliación, 2008-2019*

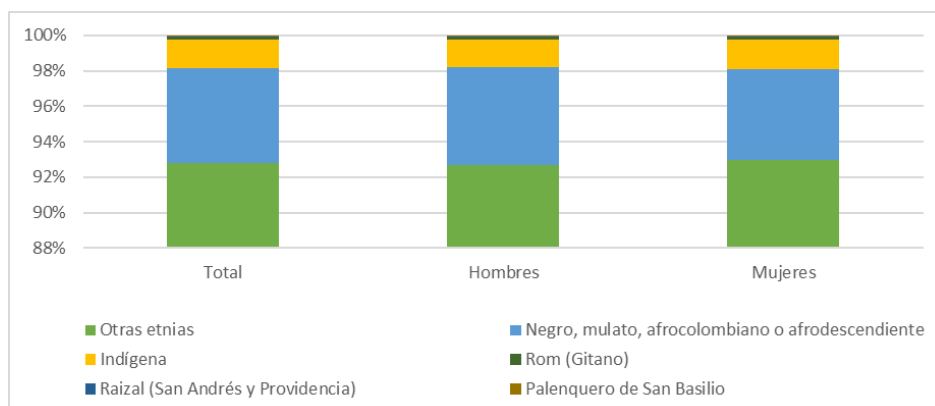


Fuente: elaboración propia a partir de los datos de estadísticas vitales del DANE. Consultado el 3 de noviembre de 2021

El 94,1% de los registros tenía información de etnia; de estos, el 92,8% (2.229.074) de las muertes fue clasificado como de otras etnias, el 5,4% (128.816) como negro, mulato, afrocolombiano, afrodescendiente, dejando un 1,6% (38.725) para indígenas, 0,1% Rrom, 0,1% raizales y 0,04% palenqueros (Gráfico 88).

Gráfico 94.

*Mortalidad según etnia, 2008-2019*



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de estadísticas vitales del DANE. Consultado el 3 de noviembre de 2021

## 1.2.

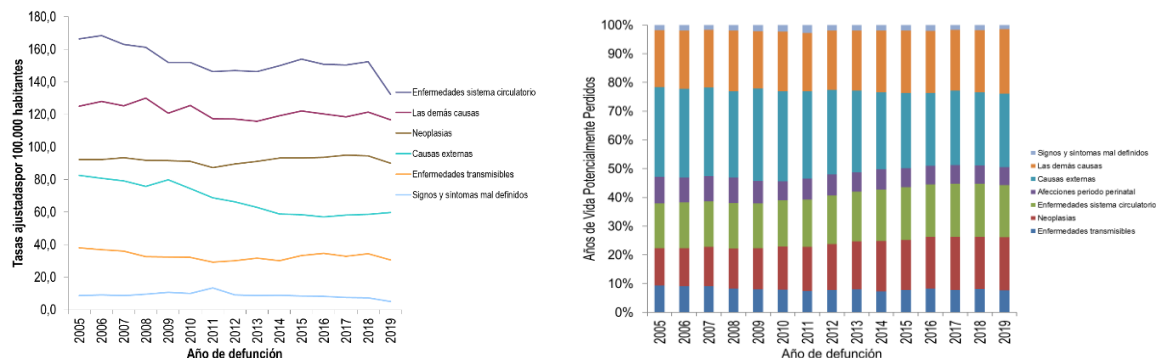
**Mortalidad General por Grandes Causas.** Entre 2005 y 2019, la principal causa de muerte en la población general corresponde al grupo de las enfermedades del sistema circulatorio. Para este evento, de 2005 a 2011 las tasas de mortalidad ajustadas por edad presentaron una tendencia decreciente pasando de 166,42 a 146,16 muertes por cada 100.000 habitantes, seguida de una corta estabilización entre 2011 y 2013, un aumento hasta 2018 llegando a 152,42 y un descenso marcado al final del periodo observado. Para 2019 las enfermedades del sistema circulatorio produjeron 132,22 muertes por cada 100.000 habitantes año, causaron el 31,03% (75.826) de las defunciones y el 18,1% (898.774) de todos los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP). El grupo de las demás causas que se consolida como una agrupación de diagnósticos residuales, conformado por 14 subgrupos, entre los que se cuentan la diabetes mellitus (E10-E14), las deficiencias nutricionales y anemias nutricionales (E40-E64, D50-D53), enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (J40-J47), la cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado (K70, K73, K74, K76), entre otras, fue la segunda causa de mortalidad más frecuente durante el periodo pasando de una tasa de 124,97 a 116,61 muertes por cada 100.000 personas, para una reducción total del 8,36%. Para 2019 estas causas produjeron el 26,8% (65.559) de todas las muertes y el 22,5% (1.116.743) de los AVPP (Gráfico 89).

De la misma manera, para 2019 las enfermedades del sistema circulatorio se ubican en el primer lugar como causa del 31,03% de las muertes; las demás causas en segundo lugar con un 26,83% (65.559); y las neoplasias en tercer lugar con un

20,0%. Las causas externas presentaron un aumento con respecto al 2018, pasando de 29.283 a 30.649 muertes, aportando en ese último año el 12,54% de los fallecimientos y el 25,51% (1.264.943) de los AVPP. Las enfermedades transmisibles fueron responsables del 6,90% (16.851) de las muertes; y en los últimos lugares estuvieron las afecciones originadas en el periodo perinatal que produjeron el 1,58% de las defunciones (3.851), y los signos y síntomas mal definidos con 1,12% (2.739) (Gráfico 89).

Gráfico 95.

*Mortalidad y Años de Vida Potencialmente Perdidos según grandes causas, 2005-2019*



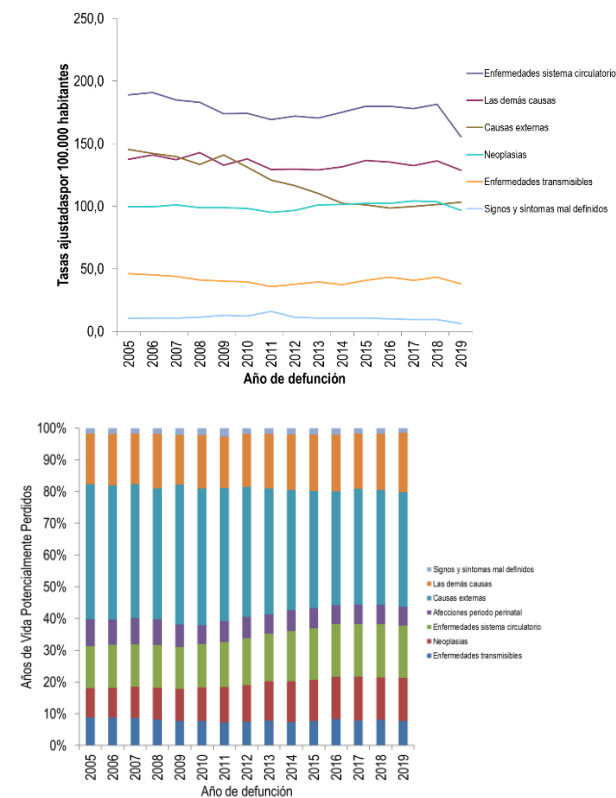
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 5 de noviembre de 2021.

El comportamiento de la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en hombres es similar al descrito previamente para la población total, entre 2005 y 2019 las tasas ajustadas de mortalidad pasaron de 189,01 a 155,44 muertes por cada 100.000 hombres, siendo la causa más frecuente de muerte en este sexo; en 2019 provocaron el 16,45% (490.220) de todos los AVPP en hombres. El grupo de las demás causas se ubica en segundo lugar de frecuencia de mortalidad con una tendencia a la disminución haciendo leves fluctuaciones que la llevan a pasar de una tasa de 137,39 en 2005 a una de 128,83 muertes por cada 100.000 personas en 2019; el mismo año, las causas externas produjeron el 36,08% (1.074.737) de los AVPP y las defunciones por esta causa han disminuido llevándolas al tercer lugar de frecuencia. Las neoplasias por su parte, han mostrado

un comportamiento estable durante todo el periodo observado, donde la tasa en 2005 era de 99,60 y en 2019 fue de 96,68 muertes por cada 100.000 personas. Los signos y síntomas mal definidos fueron la causa de mortalidad menos frecuente, y para 2019 aportaron el 1,16% (1.562) de las muertes (Gráfico 90).

Gráfico 96.

*Mortalidad y Años de Vida Potencialmente Perdidos en hombres según grandes causas, 2005-2019*



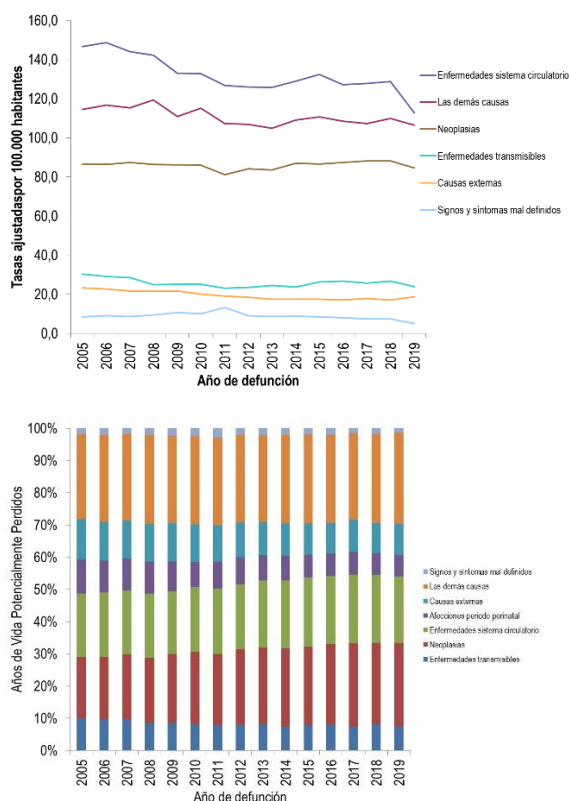
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 5 de noviembre de 2021.

Entre 2005 y 2019 la primera causa de muerte en las mujeres fueron las enfermedades del sistema circulatorio, alcanzando una tasa de 112,73 muertes por cada 100.000 mujeres para el último año y provocando el 20,64% (408.553) de todos los AVPP en este sexo. Las demás causas ocuparon el segundo lugar de frecuencia, produjeron el 26,83% (65.559) de las muertes y generaron el 28,27% (559.770) del total de AVPP en mujeres y las neoplasias ocuparon el tercer lugar de

frecuencia, se atribuyeron el 22,73% (24.932) de las muertes y generaron el 25,79% (510.531) de los AVPP, la reducción en sus tasas ajustadas entre 2005 y 2019 fue apenas del 1,96% (Gráfico 91).

Gráfico 97.

*Mortalidad y Años de Vida Potencialmente Perdidos mujeres según grandes causas, 2005-2019*



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 5 de noviembre de 2021.

**Mortalidad Específica Por Subgrupos.**

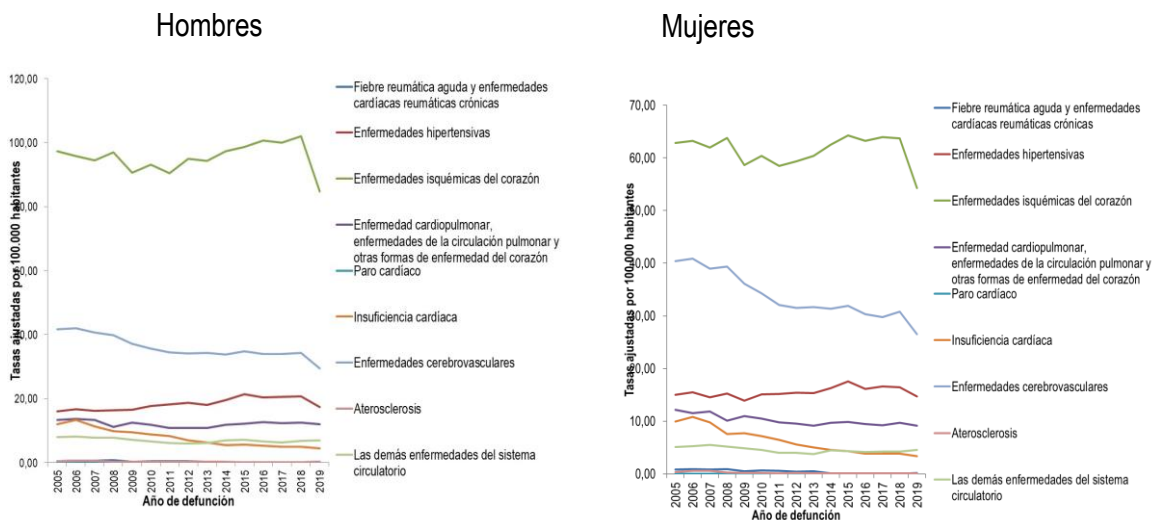
- **Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio.** Entre 2005 y 2019 las enfermedades del sistema circulatorio fueron la primera causa de mortalidad en Colombia tanto para hombres como para mujeres produciendo 959.805 defunciones, de éstas, 12,66% (75.826) se presentaron en 2019, y sus tasas ajustadas de mortalidad oscilaron entre 78,89 y 68,17 muertes por cada 100.000 habitantes. En 2019, las enfermedades isquémicas del



corazón produjeron el 51,7% (39.179) de las muertes dentro del grupo; seguidas por las enfermedades cerebrovasculares provocaron el 20,9% (15.882) de las muertes con tendencia a disminuir en ambos sexos. Las enfermedades hipertensivas fueron la tercera causa de mortalidad dentro del grupo de enfermedades del sistema circulatorio, aportando el 12,3% (9.346) de las muertes y mostrando una tendencia similar entre sexos. (Gráfico 92)

Gráfico 98.

*Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en hombres y mujeres, 2005-2019*



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, cubo de EEVV, defunciones del MSPS.

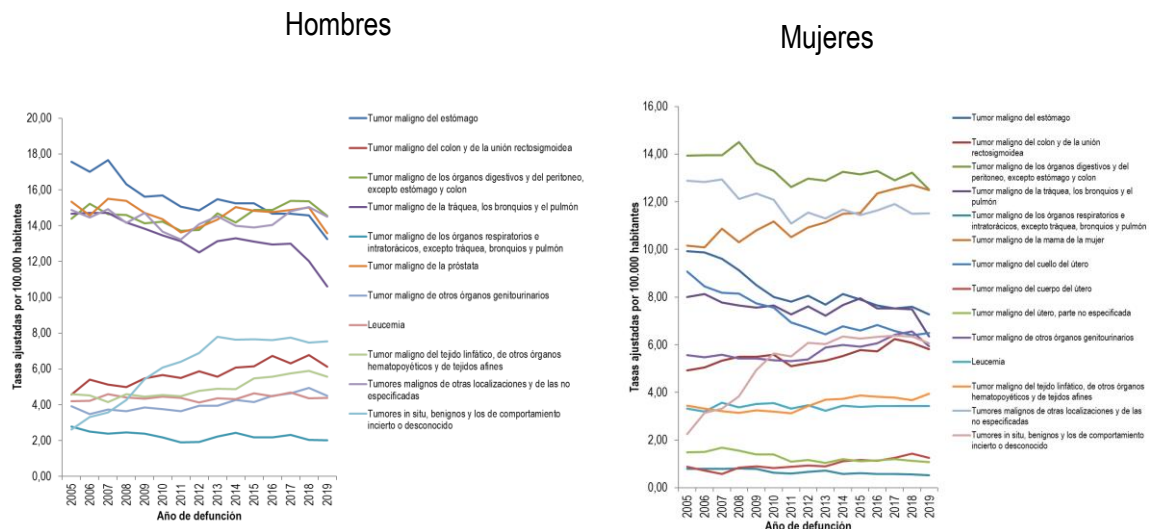
Consultado el 8 de noviembre de 2021.

- Mortalidad por neoplasias.** Las neoplasias son la tercera causa de muerte en Colombia. Ente 2005 y 2019, los tumores malignos de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon, fueron la primera causa de mortalidad en hombres y mujeres, causando el 14,96% (87.444) de las defunciones y exhibiendo tasas oscilantes entre 14,1 y 13,4 muertes por cada 100.000 habitantes. El tumor maligno de estómago provocó el 12,4% (72.527) de las defunciones y sus tasas disminuyeron en un 26,7% durante el periodo, pasando de 13,5 a 9,9 muertes por cada 100.000 personas. El

cáncer de próstata es la segunda causa de mortalidad en hombres y su tendencia constante lo ha mantenido entre 15,34 y 13,57 muertes por cada 100.000 hombres. Por su parte, la mortalidad por cáncer de mamá en las mujeres aumentó en un 23,05% pasando de 10,15 a 12,49 muertes por cada 100.000 mujeres. (Gráfico 93)

Gráfico 99.

Mortalidad por neoplasias en hombres y mujeres, 2005-2019



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 9 de noviembre de 2021.

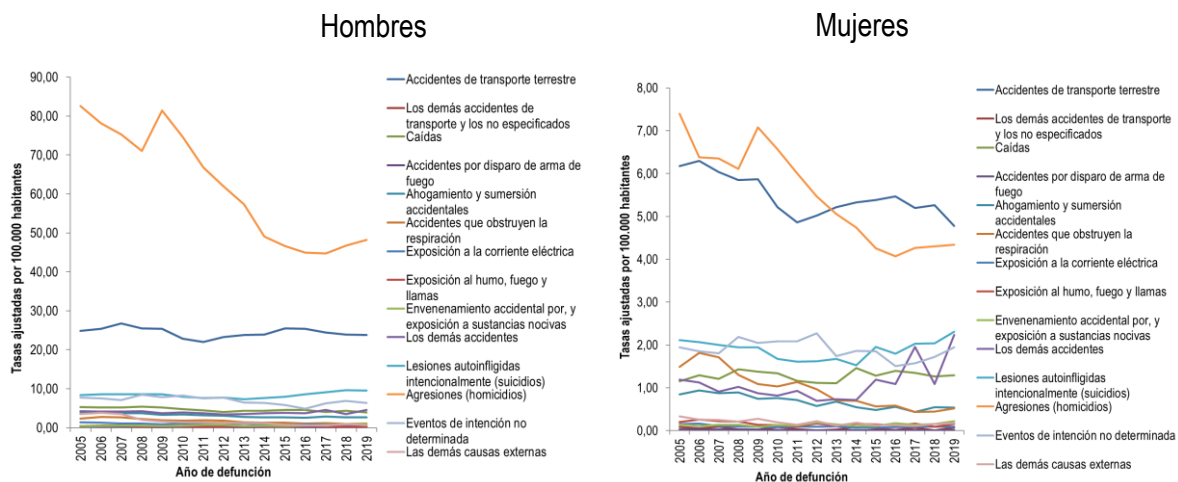
- Mortalidad por causas externas.** Las causas externas se ubicaron en el cuarto lugar de frecuencia de mortalidad. Ente 2005 y 2019, las agresiones (homicidios) fueron la primera causa de mortalidad por causas externas aportando el 49,04% (232.042) de las tasas defunciones y exhibiendo tasas en descenso constante que pasaron de 44,05 a 25,84 muertes por cada 100.000 habitantes, y mostrando una importante reducción del 41,3% en el periodo observado. En 2019 las agresiones provocaron el 42,5% (13.043) del total de muertes por causas externas. En este periodo, existe una brecha importante entre sexos, donde la tasa de mortalidad por homicidios es 9,9 veces más alta en hombres que en mujeres. Por su parte, los accidentes de transporte terrestre provocaron el 21,22% (99.671) de las muertes por causas externas

y para 2019 se constituyeron como la primera causa de mortalidad para las mujeres (4,78 por cada cien mil mujeres) aunque la tasa es 4 veces mayor (23,77 por cada cien mil hombres) para los hombres (Gráfico 94).

Para 2018, Caquetá, Cauca, Quindío, Valle del Cauca, Arauca y Putumayo reportaron tasas ajustadas de mortalidad por causas externas significativamente más altas que la nacional. En tanto, Atlántico, Bogotá D.C., Boyacá, Cundinamarca, La Guajira, Magdalena, Sucre, Amazonas y Vaupés tuvieron tasas significativamente menores al país. Los demás departamentos no mostraron diferencias estadísticamente con un nivel de confianza del 95%.

Gráfico 100.

*Mortalidad por causas externas en hombres y mujeres, 2005-2019*



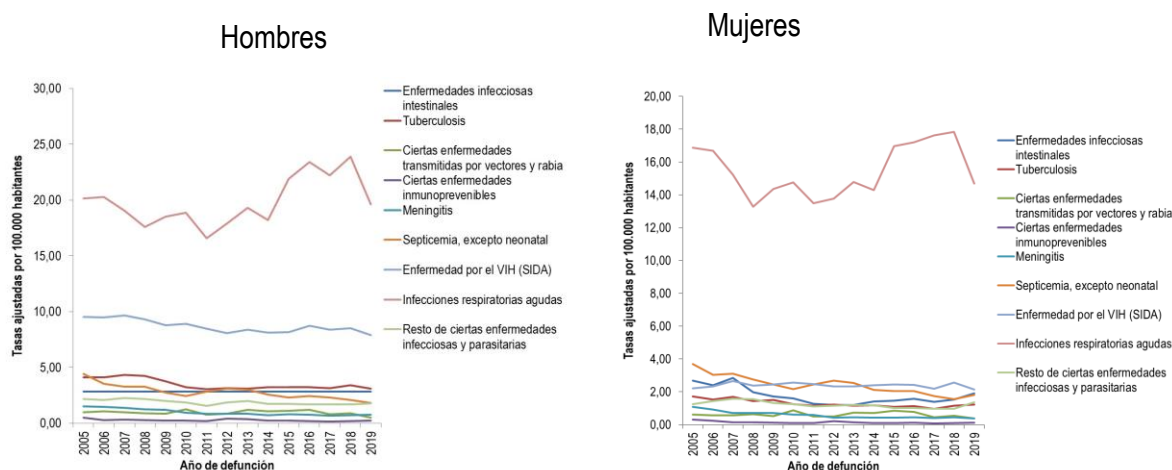
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 9 de noviembre de 2021.

- Mortalidad por enfermedades transmisibles.** La mortalidad por enfermedades transmisibles ha seguido una tendencia al descenso. Las infecciones respiratorias agudas constituyen la primera causa de muerte dentro del grupo, entre 2005 y 2019 produjeron el 52,8% (113.896) de las defunciones, y sus tasas ajustadas oscilaron entre 18,4 y 16,9 muertes por cada 100.000 habitantes. Por su parte, al VIH (SIDA) se le atribuyó el 16,91% (36.453) de las muertes por enfermedades transmisibles y se constituye en

la segunda causa de muerte más frecuente con tasas oscilantes entre 5,7 y 4,9. La frecuencia de mortalidad por otras subcausas en este grupo es similar entre sexos (Gráfico 95).

Gráfico 101.

*Mortalidad por enfermedades transmisibles en hombres mujeres, 2005-2019*



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 9 de noviembre de 2021.

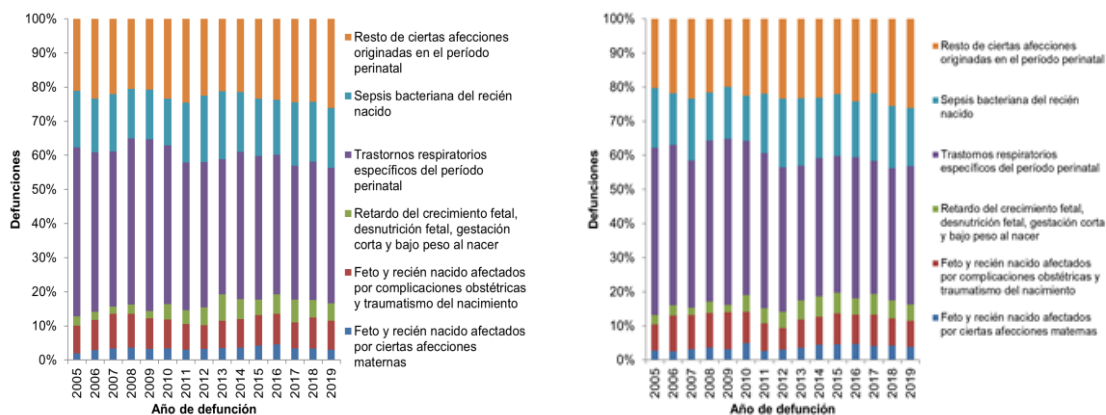
- Mortalidad por afecciones del periodo perinatal.** En general, la mortalidad por afecciones del periodo perinatal se ha mantenido decreciente y constante. Entre 2005 y 2019 el 44,1% (29.051) de las muertes por estas causas se atribuyó a trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal. El subgrupo del resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (subgrupo residual que incluye los siguientes códigos diagnósticos: P00-P96, P08, P29, P35, P37-P96) causó el 22,7% (14.953) de las muertes, seguido de la sepsis bacteriana del recién nacido, con un 16,9% (11.142). El Comportamiento entre sexos es similar (Gráfico 96).

Gráfico 102.

*Mortalidad por afecciones del periodo perinatal en hombres y mujeres, 2005-2019*

Hombres

Mujeres

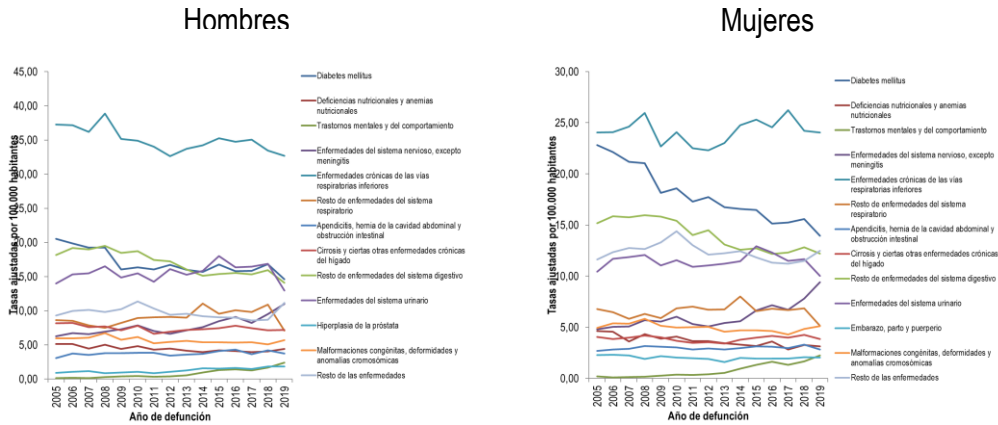


Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 9 de noviembre de 2021.

- Mortalidad por las demás causas.** Entre 2005 y 2019, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores fueron la primera causa de muerte dentro del grupo, causando el 23,5% (182.509) de los decesos. Entre 2008 y 2012 sus tasas ajustadas decayeron en un 15%, pasando de 31,73 a 26,87 muertes por cada 100.000 habitantes, para luego presentar incrementos y descensos, oscilando hasta alcanzar un valor de 27,93 en 2019. En segundo lugar, la diabetes mellitus provocó el 14% (108.628) de las defunciones dentro del grupo, con tasas ajustadas tendientes al descenso, pasando de 21,81 a 14,25 para una reducción relativa del 34,7% y absoluta de 7,56 muertes menos por cada 100.000 personas año (Gráfico 971).

Gráfico 103.

*Mortalidad por las demás causas en hombres y mujeres, 2005-2019*



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 9 de noviembre de 2021.

### ***Mortalidad Materno-Infantil y en la Niñez.***

- Mortalidad materna.*** En Colombia la razón de mortalidad materna ha tendido al descenso a través del tiempo. Entre 2000 y 2008 se redujo en 44,2 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, con una razón que pasó de 104,9 a 60,7 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos; el cambio porcentual anual estimado de la razón (APC, por sus siglas en inglés) fue de -5,8, siendo esta reducción estadísticamente significativa con un nivel de confianza del 95%. Entre 2008 y 2011 el indicador osciló entre 60,5 y 69,1 y posteriormente entre 2011 y 2019 se produjeron 18,4 muertes menos por cada 100.000 nacidos vivos. Durante todo el periodo la reducción fue del 27,7%, lo que se traduce en 19,4 muertes menos por cada 100.000 nacidos vivos (Gráfico 98).

Gráfico 104.

Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos, 2000 – 2019



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 11 de noviembre de 2021.

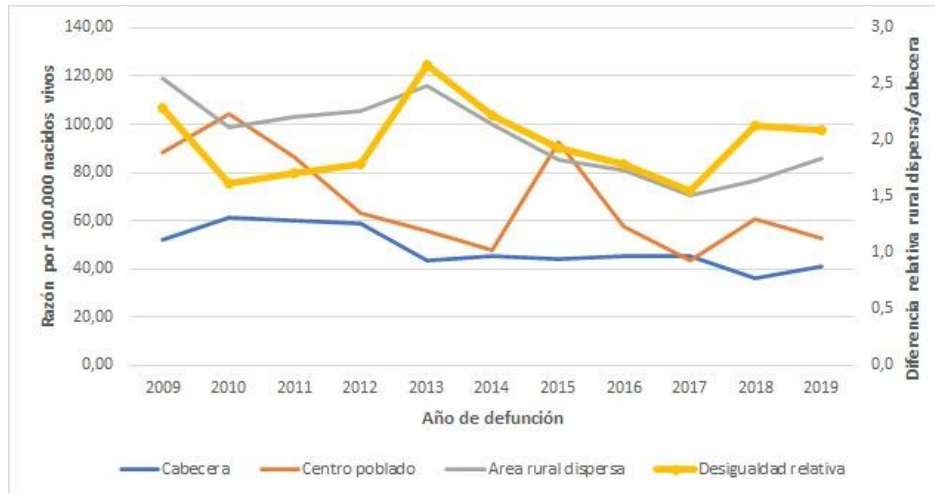
La ocurrencia de muertes maternas en algunas zonas del mundo refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud y subraya las diferencias entre ricos y pobres. Se considera que más de la mitad de las muertes maternas se producen en entornos frágiles y contextos de crisis humanitaria. Al igual que en muchos países, en Colombia hay grandes disparidades entre mujeres con ingresos altos y bajos, entre la población rural y la urbana y según su pertenencia étnica (Oestergaard MZ, 2011).

La dispersión poblacional se comporta como un determinante importante de la mortalidad materna. Para 2019 se produjeron 44,84 muertes en exceso por cada 100.000 nacidos vivos en el área rural dispersa que en las cabeceras municipales y la brecha de desigualdad relativa osciló entre 1,5 y 2,7 mostrando en el último año una razón 52% más alta en el área rural dispersa que en las cabeceras (Gráfico 99).

Gráfico 105.

*Mortalidad materna según área, 2005-2019*



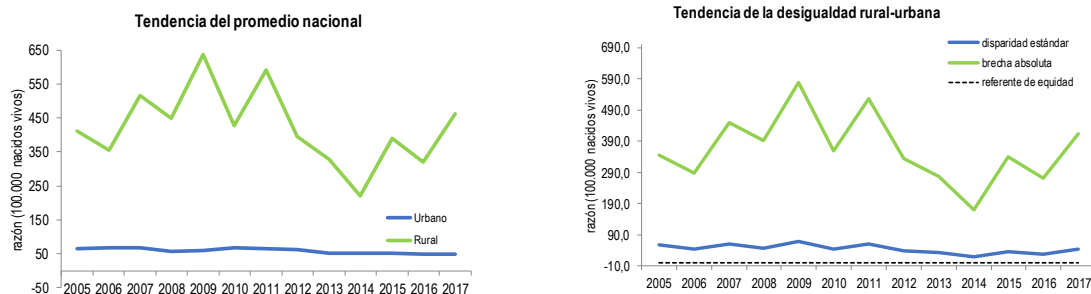


Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 11 de noviembre de 2021.

Entre 2005 y 2017 la razón de mortalidad materna en Colombia pasó de 70,1 a 51,01 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. Por área de residencia se observa que la mortalidad es mayor en el área rural que en el área urbana, aunque su tendencia se muestra levemente al aumento en ambos casos con la presencia de algunas variaciones. La tendencia de la brecha de desigualdad medida a través del índice de Kuznets absoluto (brecha absoluta) y el índice de disparidad estándar entre grupos, muestra que la desigualdad por área se ha mantenido a través del tiempo. (Gráfico 100)

Gráfico 106.

*Brecha de la razón de mortalidad materna por área, 2005-2017*



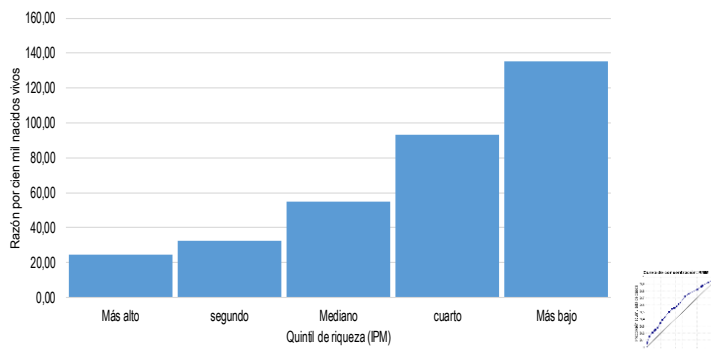


Fuente: elaboración propia a partir de los datos del DANE, Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) (Sistema de Información en Salud del Ministerio de Protección Social [Sistro]), cubo de estadísticas vitales. 2005 a 2017. Consultado el 20 de abril de 2019.

El quintil que agrupa los departamentos más pobres del país (Chocó, Vichada, La Guajira, Córdoba, Guainía, Vaupés, Putumayo) experimenta una razón de mortalidad 5,48 veces más alta que el quintil de los departamentos con menor Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) (Antioquia, Quindío, Cundinamarca, Risaralda, Valle del Cauca, Bogotá D.C. y el archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina). Así mismo, el 70% de la mortalidad materna se concentra en el 50% de la población más pobre multidimensionalmente y alcanza un índice de concentración de -0,255, es decir, que es una desigualdad a favor de los más favorecidos o mejor acomodados socioeconómicamente. El patrón de desigualdad es similar al hacer el análisis con el índice de NBI o el porcentaje de analfabetismo como estratificadores. (Gráfico 101)

Gráfico 107.

*Desigualdad en mortalidad materna según quintil de pobreza, 2017*



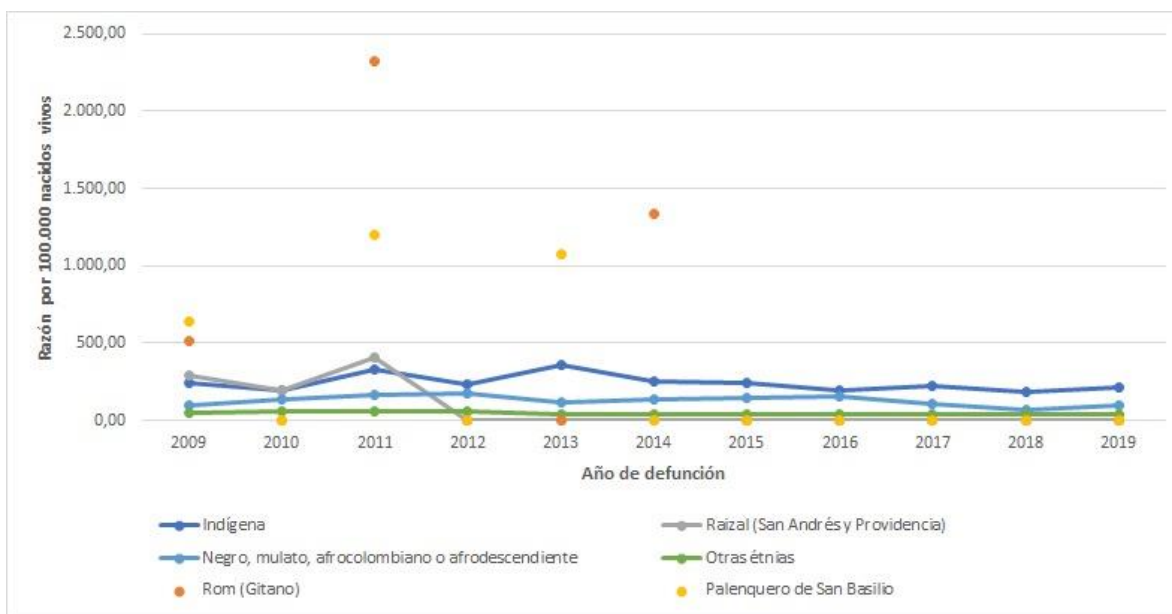
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, cubo de indicadores del MSPS y los cálculos de IPM del DNP. Consultado el 20 de abril de 2019.

Para 2019 las razones de mortalidad materna más altas se encuentran en las poblaciones indígenas y negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente, alcanzando valores de 218,8 y 99,2 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, respectivamente. En términos relativos la razón de mortalidad materna es 3,3 veces

mayor en mujeres indígenas y el doble en mujeres afrocolombianas con respecto al promedio nacional (Gráfico 102).

Gráfico 108.

*Mortalidad materna según etnia, 2009-2019*

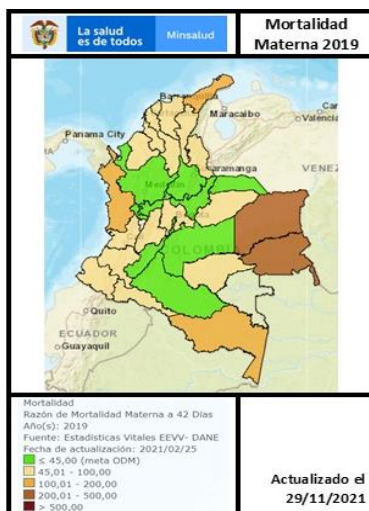


Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, cubo de EEVV, defunciones del MSPS.  
Consultado el 12 de noviembre de 2021.

Para 2019 Amazonas, Chocó, Guainía, La Guajira y Vichada, tuvieron las razones de mortalidad más altas del país. En tanto Antioquia, Arauca, Bogotá D.C., Boyacá, Caquetá, Caldas, Casanare, Huila, Meta, Risaralda y Santander, reportaron razones por debajo de 45 muertes por 100.000 nacidos vivos que es la meta fijada por los ODM. Los departamentos no mostraron diferencias estadísticamente con un nivel de confianza del 95% (Mapa 26).

Mapa 19.

*Mortalidad materna según departamentos, 2019*

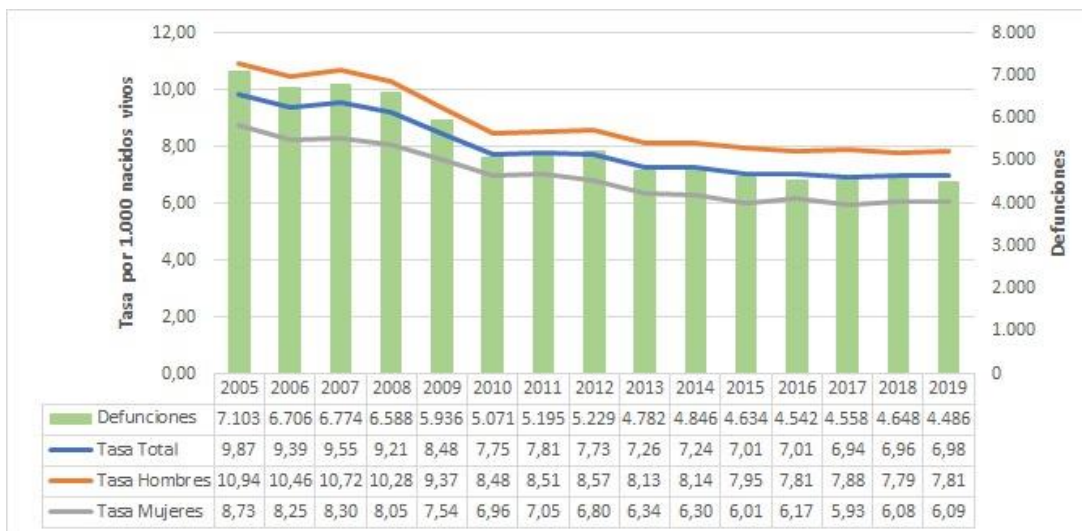


Fuente: elaborado y extraído del visor geográfico SISPRO. Fecha última actualización 25 de febrero de 2021

- Mortalidad neonatal.** La mortalidad neonatal es componente de la mortalidad infantil, en Colombia aporta el 64,7% de las muertes ocurridas antes del año de vida. Entre 2005 y 2019 de 10.140.831 nacidos vivos se produjeron 81.098 muertes neonatales, para un promedio anual de 5.407 muertes y una desviación estándar de 945 defunciones; el número de muertes osciló entre 4.486 y 7.103. Durante el periodo, las tasas de mortalidad neonatal disminuyeron en 2,89 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, lo cual es equivalente a una reducción del 29,3%; su tendencia fue similar para ambos sexos (Gráfico 103).

Gráfico 109.

*Tasa de mortalidad neonatal por cada 1.000 nacidos vivos, 2005-2019*



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, cubo de indicadores del MSPS. Consultado el 12 de noviembre de 2021.

Para 2019 Vaupés fue el departamento con la mortalidad neonatal más alta del país, alcanzó una tasa que duplica la nacional, con un total de 10 decesos. En segundo lugar, estuvo Choco con una tasa de 13,11 y 92 muertes, seguido de La Guajira con una tasa de 12,90 y 286 muertes y Vichada con una tasa de 11,11 y 17 defunciones (Mapa 27).

Mapa 20.

*Mortalidad neonatal según departamentos, 2019*

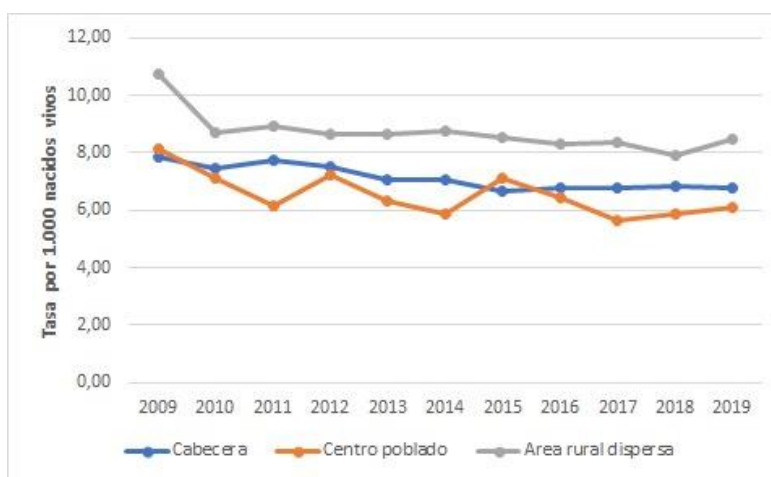


Fuente: elaborado y extraído del visor geográfico SISPRO. Fecha última actualización 25 de febrero de 2021

Entre 2009 y 2019 la mortalidad neonatal fue entre una y tres muertes más frecuentes por cada por cada 1.000 nacidos vivos en el área rural dispersa que en las cabeceras municipales o en los centros poblados, siendo alrededor de un 25% más alta que en las primeras que en los centros poblados. En general las tasas han ido en descenso, pero la desigualdad se ha mantenido a través del periodo (Gráfico 104).

Gráfico 110.

*Mortalidad neonatal según área, 2005-2019*

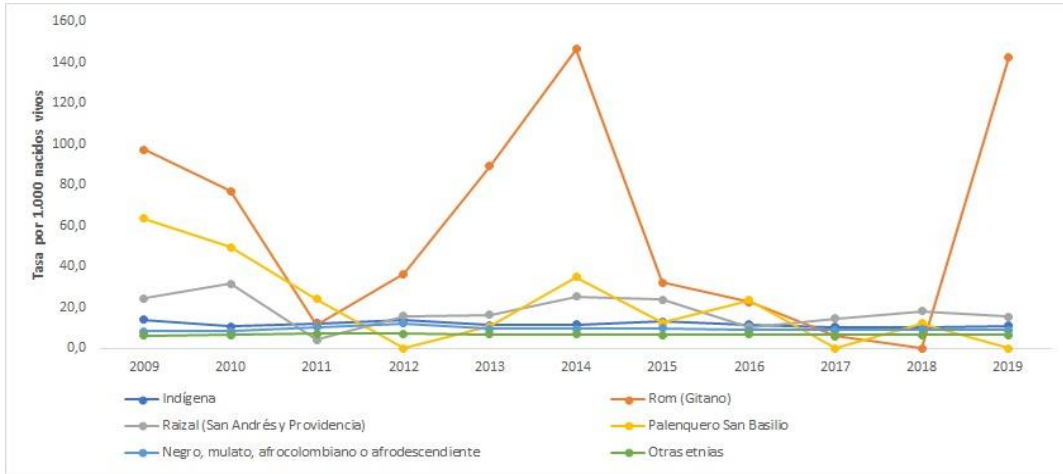


Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, cubo de indicadores del MSPS. Consultado el 12 de noviembre de 2021.

Se observan grandes diferencias por pertenencia étnica. Para 2019, las tasas más altas corresponden a los grupos Rrom (Gitano) y Raizal (San Andrés y Providencia), seguidos por la etnia indígena (Gráfico 105).

Gráfico 111.

*Mortalidad neonatal según pertenencia étnica, 2008-2019*

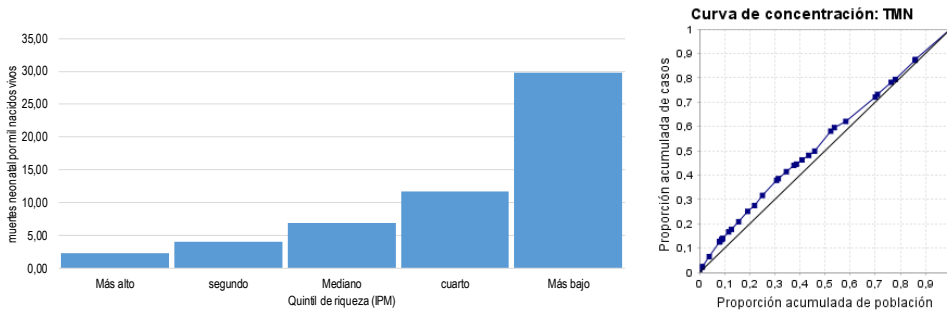


Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, cubo de indicadores del MSPS. Consultado el 12 de noviembre de 2021.

La tasa de mortalidad neonatal es un 13,5 veces más alta en el primer quintil de pobreza comparado con el último. Así mismo, el 60% de la mortalidad materna se concentra en el 50% de la población más pobre multidimensionalmente y alcanza un índice de concentración de -0,075, es decir, que es una desigualdad a favor de los más favorecidos o mejor acomodados socioeconómicamente. El patrón de desigualdad es similar al hacer el análisis con el índice de NBI o el porcentaje de analfabetismo como estratificadores (Gráfico 106).

Gráfico 112.

*Mortalidad neonatal según quintil de pobreza, 2017*



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, cubo de indicadores del MSPS y los cálculos de IPM del DNP. Consultado el 1 de noviembre de 2019.

- Mortalidad infantil.** En Colombia la mortalidad infantil ha seguido una tendencia al descenso a través de los años. Entre 1998 y 2017 las tasas de mortalidad infantil disminuyeron un 45,0%, lo cual equivale a una reducción de ocho muertes por cada 1.000 nacidos vivos, el cambio porcentual anual estimado de la tasa fue de -3,8 y fue significativo con un nivel de confianza del 95%. Se proyecta que, si las condiciones se mantienen constantes, para el año 2021 la tasa de mortalidad infantil puede descender hasta 7,3 (IC95%: 3,7 – 11,0). (Gráfico 107)

Gráfico 113.

Mortalidad infantil, 1998-2017, proyecciones 2018-2021



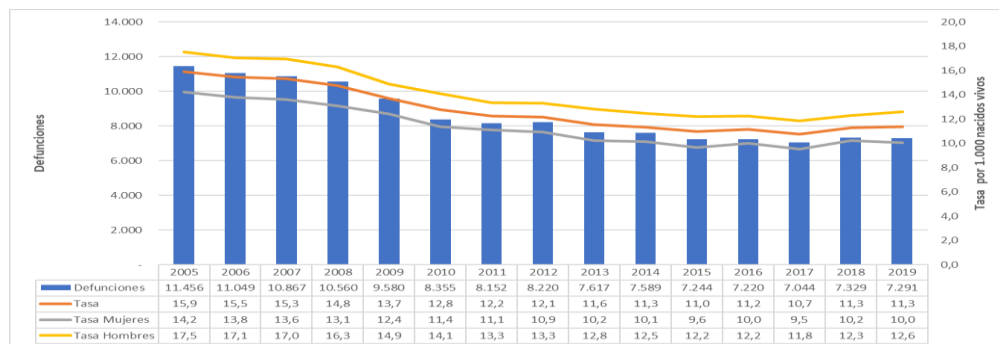
En línea punteada se presentan las proyecciones de las tasas de mortalidad y sus intervalos de confianza 95%. Modelo: ARIMA 0,1,0

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 1 de noviembre de 2019.

Entre 2005 y 2019 se registraron en promedio 8.638 muertes anuales, con tasas de mortalidad decrecientes en el tiempo para ambos sexos, aunque la brecha persistió. Las tasas de mortalidad en hombres se mantuvieron entre un 17% y un 21% más altas que en las mujeres (Gráfico 108).

Gráfico 114.

Tasa de mortalidad infantil por cada 1.000 nacidos vivos, 2005-2019



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 16 de noviembre de 2021.

La mejoría observada en la mortalidad infantil está relacionada con las estrategias implementadas y los esfuerzos invertidos para el logro del cuarto ODM<sup>12</sup>; en efecto entre 2010 y 2019 las coberturas administrativas de vacunación para BCG se han mantenido entre 83,54% y 91,35%; así mismo, la cobertura administrativa de la vacunación antipolio estuvo entre 84,81% y 93,37%, la de DPT osciló entre 85,26% y 93,37%, y la de triple viral entre 87,58% y 95,18%, aunque se observan importantes diferencias en los ámbitos departamental y municipal (Mapa 28).

Para 2019, la tasa de mortalidad infantil alcanzó 11,35 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Cabe resaltar que este indicador se cumplió anticipadamente en el 2013, en el cual la mortalidad infantil logró reducirse a más de la mitad con respecto a la línea base de 1990, que fue de 38,38 muertes por cada 1.000 nacidos vivos<sup>Error! Marcador no definido.</sup>.

Mapa 21.

*Coberturas administrativas de vacunación por biológico según departamentos, 2019*

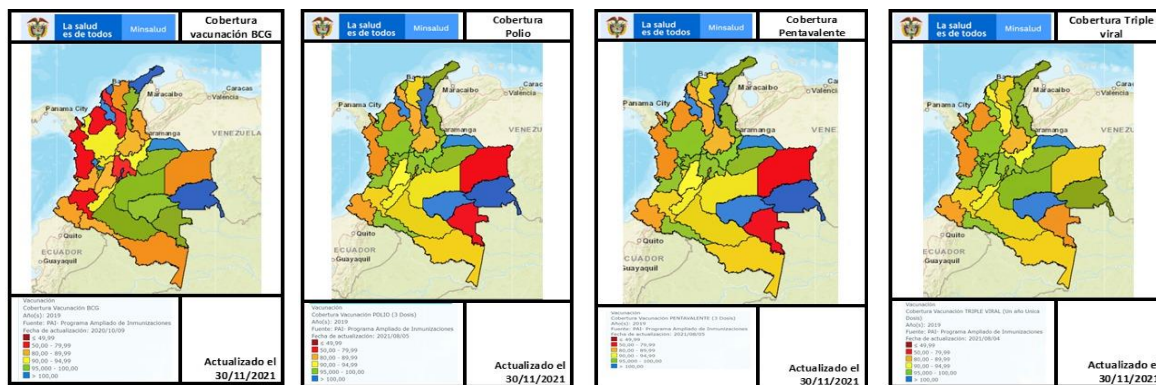
**BCG**

**Polio**

**Pentavalente**

**Triple viral**





Fuente: elaborado y extraído del visor geográfico SISPRO. Fecha última actualización 25 de febrero de 2021

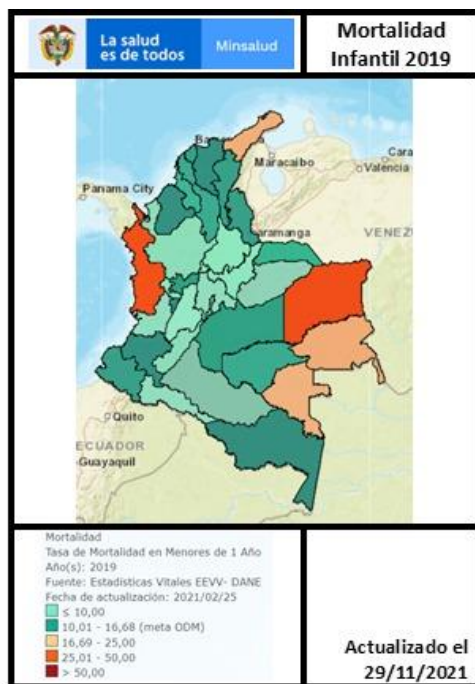
Entre 2005 y 2019, las afecciones originadas en el periodo perinatal generaron alrededor del 51% de la mortalidad en menores de un año, aunque las tasas de mortalidad por esta causa han tendido al descenso, al pasar de 8,05 muertes por cada mil nacidos vivos en 2005 a 5,88 en 2019. En segundo lugar, las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas provocaron cerca del 24% de las defunciones, generando aproximadamente tres muertes por cada 1.000 nacidos vivos cada año entre 2005 y 2019. Las enfermedades del sistema respiratorio produjeron el 8% de las muertes, ocupan el tercer lugar dentro de las causas de mortalidad infantil más frecuentes, con una tendencia decreciente al pasar de 1,42 a 0,66 muertes por cada mil nacidos vivos en este periodo, y el grupo de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias generó el 4% de las muertes; así mismo, describe una tendencia decreciente pasando de 1,01 a 0,23 entre 2005 y 2019, respectivamente.

Los tumores y las enfermedades del sistema genitourinario prácticamente no variaron durante el periodo. Se evidencia que el comportamiento de la mortalidad infantil por causas sigue el mismo patrón entre hombres y mujeres. Aunque en la mayoría de las causas las tasas de mortalidad son más altas en hombres.

Para 2019, Chocó, Vichada, Guainía, La Guajira y Vaupés tuvieron las tasas de mortalidad infantil más altas del país, siendo significativamente más altas que la nacional (Mapa 29).

Mapa 22.

*Mortalidad infantil según departamentos, 2019*

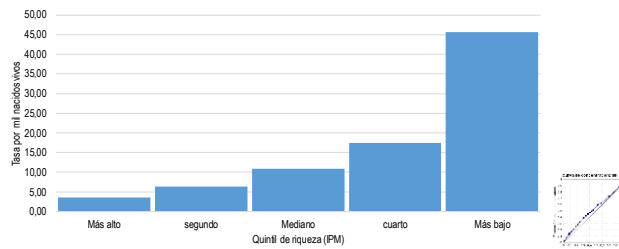


Fuente: elaborado y extraído del visor geográfico SISPRO. Fecha última actualización 25 de febrero de 2021

La tasa de mortalidad infantil es un 57,9% más alta en el primer quintil de pobreza que en el último, así mismo, el 60% de la mortalidad materna se concentra en el 50% de la población más pobre multidimensionalmente y alcanza un índice de concentración de -0,083, es decir, que es una desigualdad a favor de los más favorecidos o mejor acomodados socioeconómicamente. El patrón de desigualdad es similar al hacer el análisis con el índice de NBI o el porcentaje de analfabetismo como estratificadores. (Gráfico 109)

Gráfico 115.

*Mortalidad infantil según quintil de pobreza, 2017*

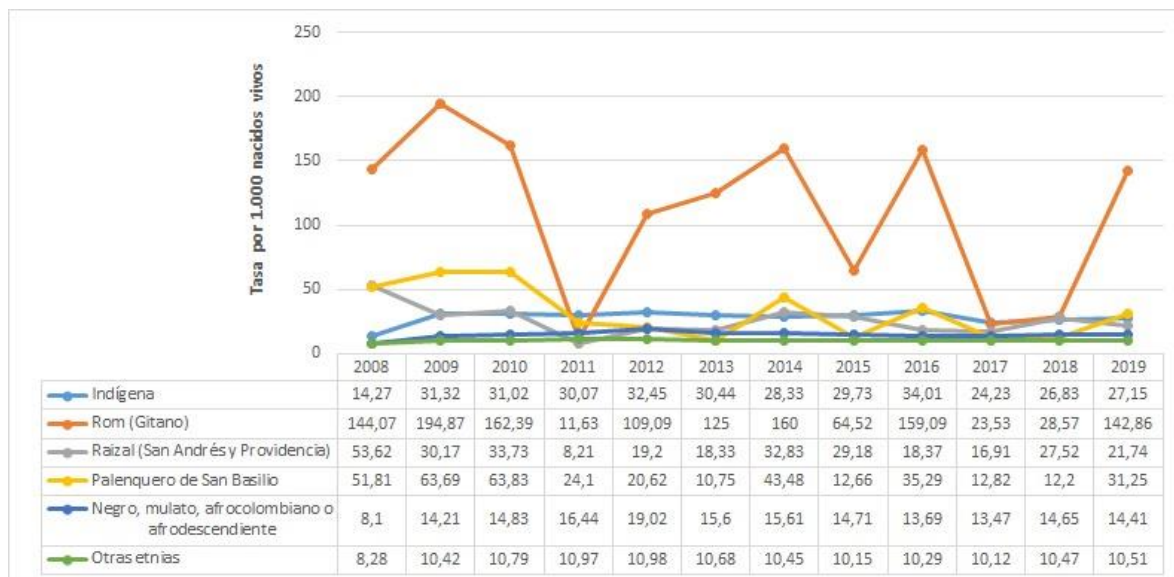


Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, cubo de indicadores del MSPS y los cálculos de IPM del DNP. Consultado el 1 de noviembre de 2019.

Entre 2008 y 2019 se observan diferencias en la forma como se presenta la mortalidad infantil por pertenencia étnica. La tasa más alta corresponde al grupo Rrom (gitano), que para 2019 registro 142,8 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Así mismo, se reportaron 31,2 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en el grupo de los palenqueros de San Basilio, 21,7 en los raizales (archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina), 27,1 en los indígenas, 14,4 en los pertenecientes al grupo negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendientes. Al igual que lo descrito anteriormente, el comportamiento de todos los grupos refleja debilidades de la variable en el registro de mortalidad (Gráfico 110).

Gráfico 116.

*Mortalidad infantil según pertenencia étnica, 2008-2019*

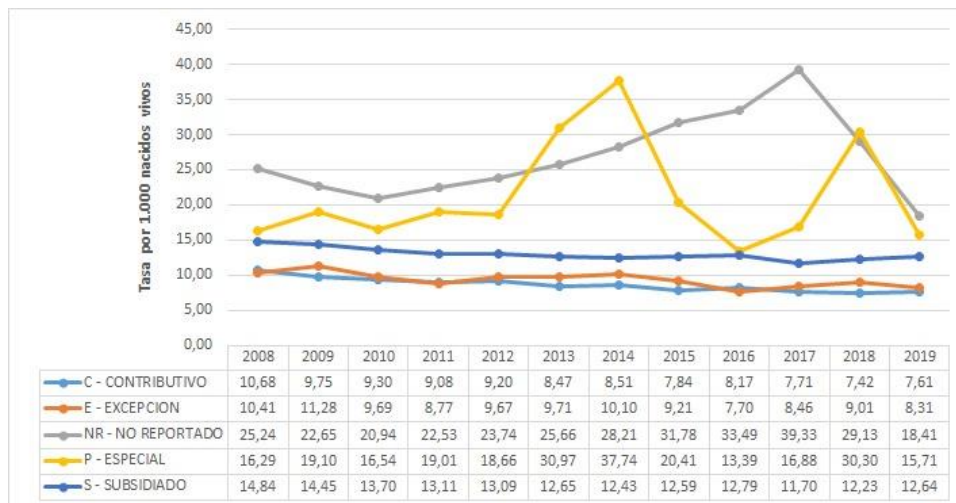


Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 16 de noviembre de 2021.

Entre 2008 y 2019 las tasas de mortalidad infantil estuvieron entre un 28% y un 39,8% más altas en el régimen subsidiado que en el contributivo. En ambos regímenes las tasas describen un leve descenso. Llama la atención la alta mortalidad en el régimen especial durante 2013, 2014 y 2018 (Gráfico 111).

Gráfico 117.

*Mortalidad infantil según régimen de afiliación, 2008-2019*

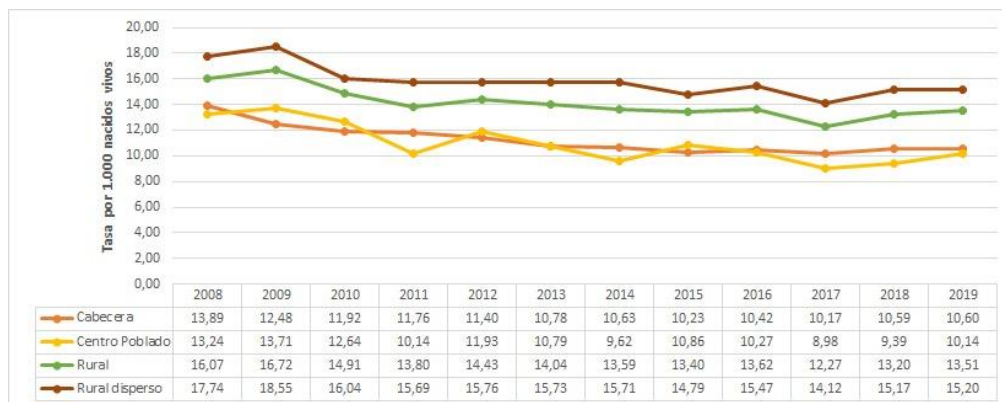


Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 16 de noviembre de 2021.

Entre 2008 y 2019 la mortalidad infantil se ha mantenido entre un 22% y un 30% más alta en la población que habita en las áreas rurales dispersas que en aquellos que viven en las cabeceras, esto se traduce en la ocurrencia de cuatro a seis muertes más en el área rural (Gráfico 112).

Gráfico 118.

*Mortalidad infantil según área de residencia, 2008-2019*

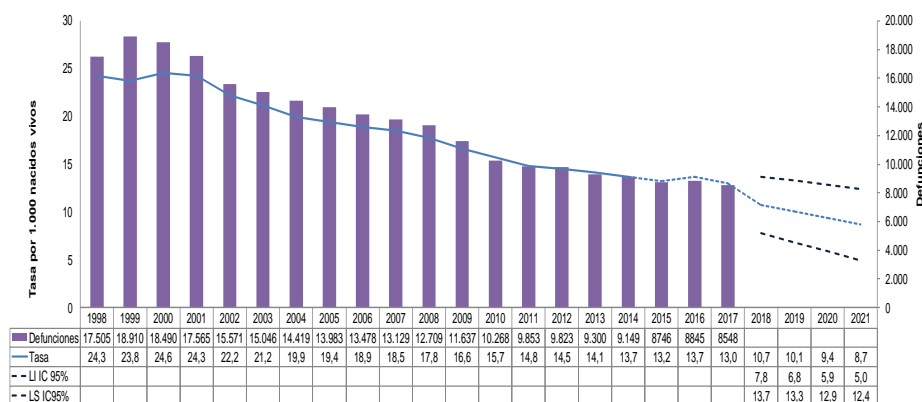


Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 16 de noviembre de 2021.

- Mortalidad en menores de cinco años.** En Colombia la mortalidad en los menores de cinco años ha seguido una tendencia al descenso a través de los años. Entre 2005 y 2019 las tasas disminuyeron alrededor de un 29% pasando de 19,4 a 13,7 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Se proyecta que, si las condiciones se mantienen constantes, para el año 2021 la tasa de mortalidad en esta población puede descender hasta 8,7 (IC95%: 5,0 – 12,4). (Gráfico 113)

Gráfico 119.

Mortalidad en la niñez, 2005-2017, proyecciones 2018-2021



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 1 de noviembre de 2019. En línea punteada se presentan las proyecciones de las tasas de mortalidad y sus intervalos de confianza 95%. Modelo: ARIMA 0,1,0

Entre 2005 y 2019 el 82,4% de las muertes en niños menores de cinco años ocurren durante el primer año de vida; se atribuyen a malformaciones congénitas, trastornos respiratorios y otras afecciones del periodo perinatal, infecciones respiratorias agudas y sepsis bacteriana. El 24,6% de la mortalidad en los niños de 1 a 4 años se originó por las causas externas de morbilidad y mortalidad, cuyas tasas siguieron una tendencia decreciente, con una reducción del 50,9%, pasando de 16,22 a 7,96 muertes por cada 100.000 menores entre 1 y 4 años.

En segundo lugar, las tasas de mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio produjeron el 14,9% de las muertes, reduciendo para 2019 en un 48,2% con respecto a 2005, pasando de 12,07 a 6,25 muertes por cada 100.000 menores entre 1 y 4 años. El grupo de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias produjo el 9,4% de las defunciones, fue el que mayor reducción mostró durante el periodo, con un 75,8%, al pasar de 9,78 a 2,37 entre 2005 y 2019, respectivamente; seguido de los tumores (neoplasias) con 8,6% de las muertes, reduciendo para 2019 un 9% la tasa. El grupo de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal muestra un incremento en la tasa siendo 23 veces mayor para 2019 que para 2005, pasando de 0,03 a 0,72 muertes por cada 100.000 menores de 1 a 4 años. Las tasas de mortalidad por causas externas de morbilidad y mortalidad son un 27% más alta en hombres que en mujeres.

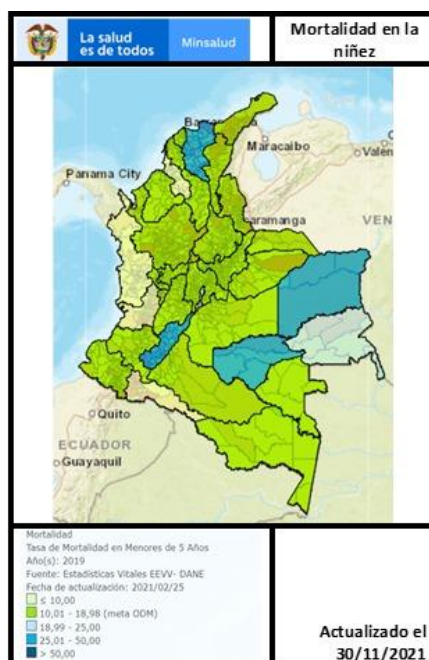
Entre 2005 y 2019 las afecciones originadas en el periodo perinatal descendieron en 26,6% de las muertes en menores de cinco años, al pasar de 133,4 a 97,9 muertes en menores de cinco años. Las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas causaron el 21,3% y describen una tendencia decreciente del 8,1%. Las enfermedades del sistema respiratorio ocuparon el tercer lugar de frecuencia. No se presentan diferencias en el orden en que se produce la mortalidad por causas entre sexos.

Para 2019 la tasa de mortalidad en la niñez en Huila fue de 36,48 muertes por cada 1.000 nacidos vivos siendo significativamente más alta que la nacional, y

los departamentos de Vichada, Magdalena, Guaviare y Guainía mostraron las siguientes más altas del país (Mapa 30).

Mapa 23.

*Mortalidad en la niñez según departamentos, 2019*

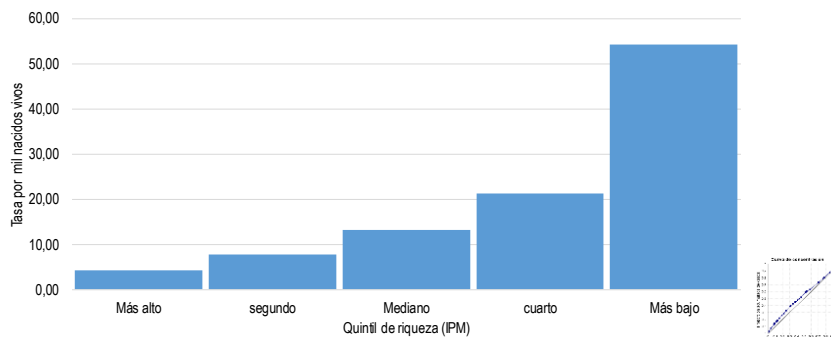


Fuente: elaborado y extraído del visor geográfico SISPRO. Fecha última actualización 25 de febrero de 2021

Aunque la mortalidad en menores de cinco años no se concentra de manera desigual de acuerdo con el IPM o el índice de NBI, alcanzando índices de concentración de -0,091 y -0,02, respectivamente, la tasa es un 50,10% más alta en el primer quintil de pobreza que en el último (Gráfico 114).

Gráfico 120.

*Mortalidad en menores de cinco años según quintil de pobreza, 2017*



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, cubo de indicadores del MSPS y los cálculos de IPM del DNP. Consultado el 1 de noviembre de 2019.

- Mortalidad por EDA en menores de cinco años.** En Colombia la mortalidad por EDA en menores de cinco años ha tendido al descenso, entre 2005 y 2019 las tasas disminuyeron en un 50,3% pasando de 13,4 a 6,6 muertes por cada 100.000 menores de cinco años. El aceleramiento del descenso para el segundo periodo puede soportar la hipótesis que atribuye el descenso de la morbilidad y la mortalidad a la implementación de la vacuna contra el rotavirus en 2009, aunque es importante mencionar que el Distrito Capital de Bogotá la incorporó en 2008, influenciando el comportamiento nacional.

Aunque las tasas siguieron la misma tendencia en hombres y en mujeres, su comportamiento variante hizo que la brecha se mantuviera con tasas entre un 4,2% y un 25,0%, entre 2005 y 2019, más alta en hombres que en mujeres, o su equivalente de 0,5 a 3,3 muertes más por cada 100.000 nacidos vivos en el sexo masculino (Gráfico 115).

Gráfico 121.

*Tasas de mortalidad por EDA en menores de cinco años, 2005-2019*



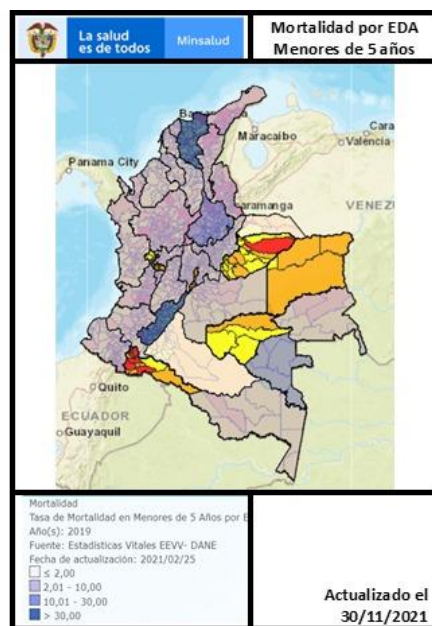


Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 22 de noviembre de 2021.

Para 2019 las tasas más altas de mortalidad por EDA en menores de cinco años del país se presentaron en Huila, Magdalena, y Santander y Vaupés. Los departamentos de archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Bogotá DC, Casanare, Guaviare, Putumayo, Risaralda y Vichada no reportaron información (Mapa 31).

Mapa 24.

*Mortalidad por EDA en la niñez según departamentos, 2019*

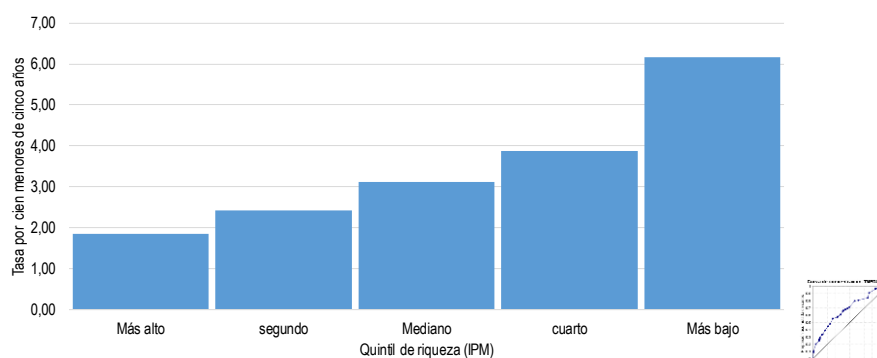


Fuente: elaborado y extraído del visor geográfico SISPRO. Fecha última actualización 25 de febrero de 2021

La tasa de mortalidad por EDA 3,35 veces más alta en el primer quintil de pobreza que en el último, lo cual indica que se producen cuatro muertes más por cada 100.000 menores de cinco años en los departamentos con mayor pobreza multidimensional que en el otro extremo de la sociedad. Para 2017 el 80% de la mortalidad por EDA se concentró en el 50% de la población que tiene mayor proporción de IPM, con un índice de concentración de -0,349 (Gráfico 116).

Gráfico 122.

*Mortalidad por EDA en menores de cinco años según quintil de pobreza, 2017*



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, cubo de indicadores, del MSPS y los cálculos de IPM del DNP. Consultado el 1 de noviembre de 2019.

- Mortalidad por IRA en menores de cinco años.** Entre 2005 y 2019 se registró un promedio anual de 636 muertes en menores de cinco años atribuidas a IRA y una desviación estándar de 132 defunciones. Aunque las tasas siguieron la misma tendencia en hombres y en mujeres, su comportamiento variante hizo que la brecha se mantuviera con tasas entre un 3,1% y un 28,9%, más alta en hombres que en mujeres, o su equivalente de 0, 4 a 4,5 muertes más por cada 100.000 nacidos vivos en el sexo masculino (Gráfico 117).

Gráfico 123.

*Tasas de mortalidad por IRA en menores de cinco años, 2005-2019*

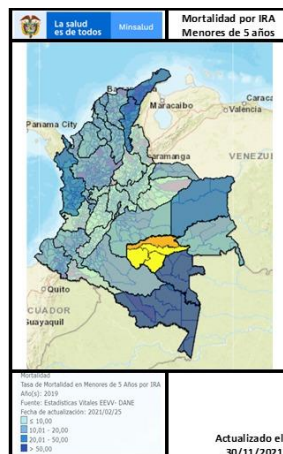


Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 22 de noviembre de 2021.

Para 2019, la tasa más alta de mortalidad por IRA en menores de cinco años en el país se presentó en Vaupés, donde ocurrieron 63,55 muertes por cada 100.000 menores de esta edad. Así mismo, Amazonas, La Guajira, Vichada, Cesar, Chocó, Caquetá, Atlántico, Magdalena, Guainía, Risaralda, Arauca, Bolívar, Meta, Córdoba y Sucre registraron tasas por encima del valor nacional (Mapa 32).

Mapa 25.

*Mortalidad por IRA en la niñez según departamentos, 2019*



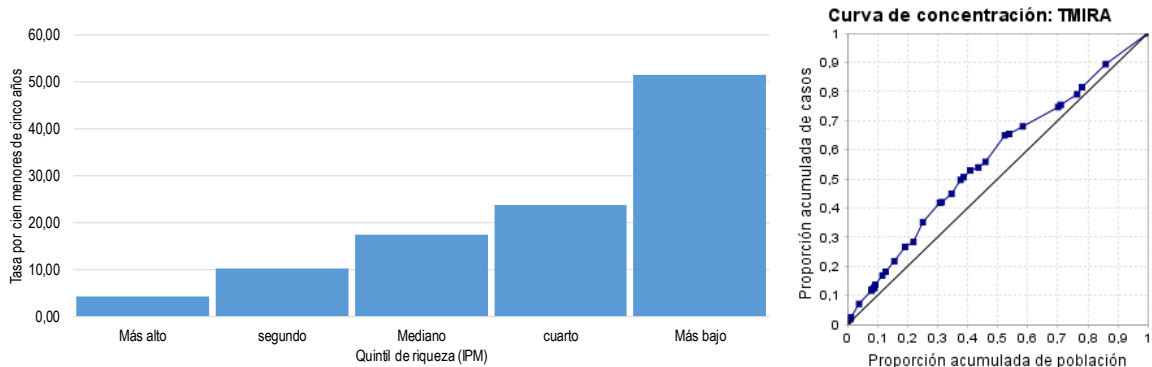
Fuente: elaborado y extraído del visor geográfico SISPRO. Fecha última actualización 25 de febrero de 2021

La tasa de mortalidad por IRA es un 88% más alta en el primer quintil de pobreza comparado con el último, es decir, que se producen 47,27 muertes más por

IRA por cada 100.000 menores de cinco años en los departamentos con mayor pobreza multidimensional que entre los más acomodados socioeconómicamente, con un índice de concentración de -0,131 (Gráfico 118).

Gráfico 124.

*Mortalidad por IRA en menores de cinco años según quintil de pobreza, 2017*



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, cubo de indicadores del MSPS y los cálculos de IPM del DNP. Consultado el 1 de noviembre de 2019.

- Mortalidad por desnutrición en menores de cinco años.** Durante el periodo 2005 a 2019 se produjeron 5.660 muertes por desnutrición en menores de cinco años, para un promedio de 337 muertes anuales, con una desviación estándar de 109 defunciones. El comportamiento de las tasas ha tendido al descenso, pasando de 14,87 muertes por cada 100.000 menores de cinco años en 2005 a 9,25 en 2019 (Gráfico 119).

Gráfico 125.

*Tasas de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años, 2005-2019*

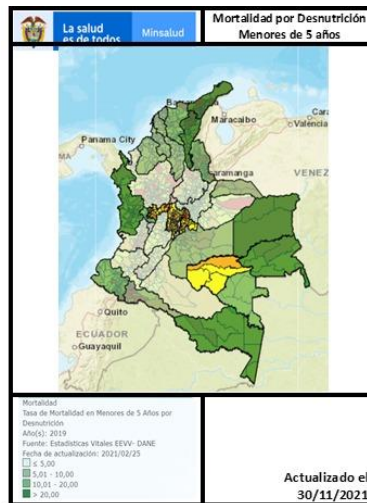


Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 22 de noviembre de 2021.

Para 2019 las tasas de mortalidad por desnutrición de los departamentos de Vichada, La Guajira, Guainía, Chocó, Amazonas, Cesar, Magdalena, Vaupés, Norte de Santander, Risaralda y Nariño estuvieron ubicadas por encima del valor nacional (Mapa 33).

Mapa 26.

*Mortalidad por desnutrición en la niñez según departamentos, 2019*

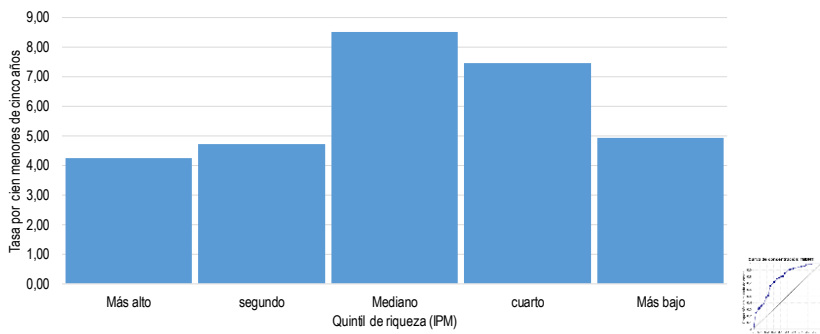


Fuente: elaborado y extraído del visor geográfico SISPRO. Fecha última actualización 25 de febrero de 2021

Así mismo, la mortalidad por esta causa fue 1,2 veces más alta en el primer quintil de pobreza que en el último. Así mismo, el 80% de la mortalidad por desnutrición en menores de cinco años se concentra en el 50% de la población que tiene más concentración de la pobreza medida por IPM, con un índice de concentración de -0,525. (Gráfico 120)

Gráfico 126.

*Mortalidad por desnutrición en menores de cinco años según quintil de pobreza, 2016*

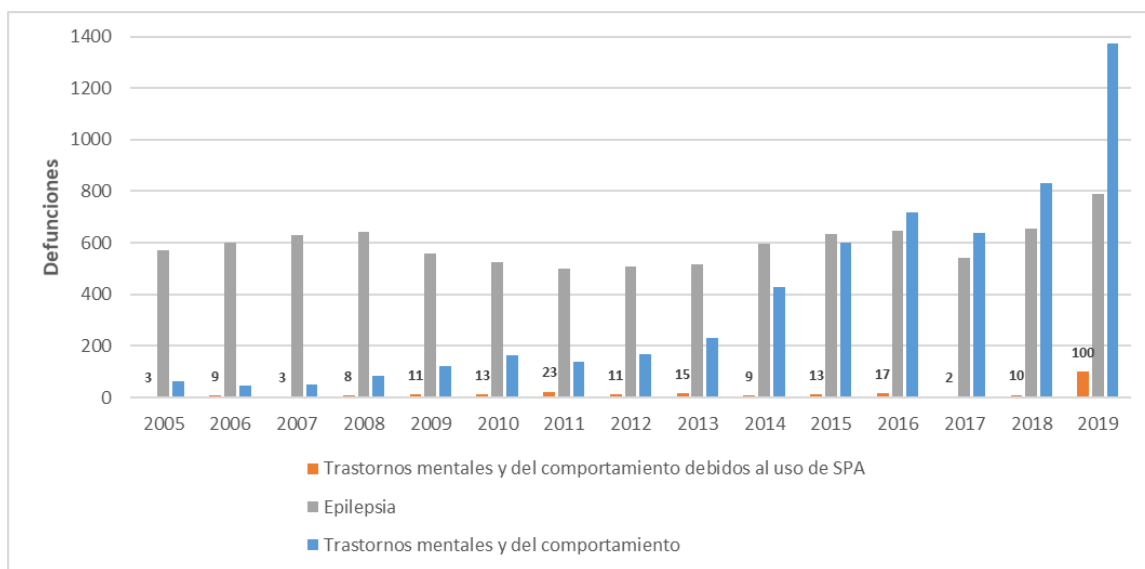


Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de indicadores, del MSPS, y los cálculos de NBI del DANE. Consultado el 1 de noviembre de 2019.

**Mortalidad Relacionada con Salud Mental.** Durante el periodo 2005 a 2019 se produjeron 14.816 muertes relacionadas con la salud mental, de ellas 8.909 fallecidos con epilepsia, 5.660 con trastornos mentales y del comportamiento, y 247 debidos al uso de Sustancias Psicoactivas (SPA). La tendencia en las muertes por trastornos muestra un incremento continuo pasando de 62 en 2005 a 1.365 en 2019 (Gráfico 121).

Gráfico 127.

*Mortalidad por trastornos mentales, uso de SPA y epilepsia, 2005-2019*



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, cubo de EEVV defunciones del MSPS. Consultado el 2 de julio de 2021.

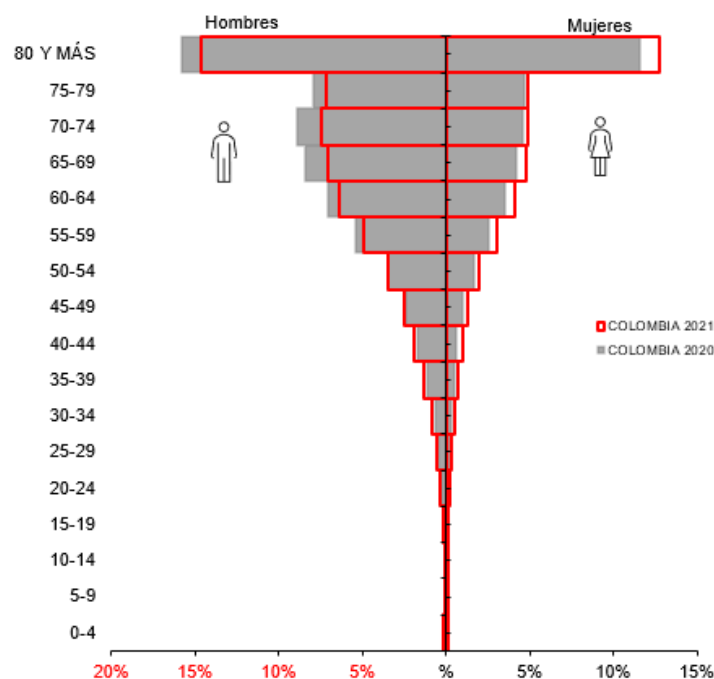
En cuanto al comportamiento por sexo durante el periodo 2005-2019 por cada muerte por trastornos mentales en hombres se presentó una en mujeres (razón 1:1), sin embargo, entre 2005 y 2014 las mujeres aportaron cada año entre el 40 y 45% de las defunciones y los hombres entre el 55 y 60%; de allí en adelante se observa un incremento en el registro de las muertes femeninas por estas causas, igualando y en algunos años superando a las registradas en los hombres.

El incremento de las muertes por uso de SPA en 2019 esta entre 3 y 49 veces más que los valores mayores (23) y menor (2) registrados en el resto del periodo, respectivamente.

**Mortalidad por COVID-19.** Con la información disponible a partir de los datos del cubo SegCovid - Casos confirmados de Covid-19 con estado vital muerto según RUAF-ND para los años 2020 (consulta 3 de noviembre) y 2021 (consulta 9 de septiembre), se evidencian 211.147 muertes por COVID-19. A continuación, se comparan las pirámides poblacionales de mortalidad por COVID-19, para estos datos preliminares de 2020 y 2021. Como se puede observar, 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 (Gráfico 122).

Gráfico 128.

*Pirámide poblacional mortalidad por Covid -19, Colombia 2020-2021*



Fuente: elaboración propia a partir de SISPRO – Cubo SegCOVID19, bases de Mortalidad preliminar COVID 2020 y 2021. Casos confirmados de Covid-19 con estado vital muerto según RUAF ND.

Al observar los valores de los índices demográficos (Tabla 31), calculados a partir de los mismos datos utilizados para la construcción de la pirámide, se aprecian otros efectos del impacto por la mortalidad por COVID-19 así:

- En Colombia para el año 2020, por cada 178 hombres fallecidos por COVID – 19, hubo 100 mujeres fallecidas por la misma causa; mientras que en 2021 esta razón disminuyó, estimándose que por cada 146 hombres fallecidos por COVID – 19 murieron 100 mujeres.
- Frente al comportamiento del índice de vejez a nivel nacional, para el año 2020, el 77% de las muertes por COVID-19 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el 2021 en este grupo poblacional, la mortalidad bajó a 74 por cada 100.
- En relación al índice de Friz (que representa el porcentaje de mortalidades en menores de 20 años con respecto a las defunciones presentadas en la población con edades entre los 30 y los 49 años) los valores registrados confirman que la población en donde predominantemente se presentaron las muertes por COVID-19 es la población más envejecida.



Tabla 33.

*Índices demográficos de mortalidad por COVID-19, Colombia 2020 - 2021*

Índice Demográfico	Año	
	Colombia 2020	Colombia 2021
Poblacion total	30.751	180.396
Poblacion Masculina	19.695	107.101
Poblacion femenina	11.056	73.295
Relación hombres:mujer	178,14	146
Razón niños:mujer	7	8
Índice de infancia	0	1
Índice de juventud	1	2
Índice de vejez	77	74
Índice de envejecimiento	25113	13798
Índice demografico de dependencia	198,32	179,44
Índice de dependencia infantil	0,91	1,50
Índice de dependencia mayores	197,41	177,94
Índice de Friz	5,95	7,94

Fuente: elaboración propia a partir de SISPRO – Cubo SegCOVID19, bases de Mortalidad preliminar COVID 2020 y 2021. Casos confirmados de Covid-19 con estado vital muerto según RUAUF ND.

En cuando a los perfiles de riesgo más frecuentes para la mortalidad por Covid-19, tanto para el año 2020 como para el 2021, el principal es ser mayor de 59 años (27%), seguido por la hipertensión (18%) y (8%) la diabetes (Tabla 32).

Tabla 34.

*Comorbilidades asociadas a la mortalidad por COVID – 19, Colombia 2020 – 2021*

Colombia 2020	Tipo de Comorbilidad	Total Comorbilidad Colombia		Colombia 2021	Tipo de Comorbilidad	Total Comorbilidad Colombia		Concentración 2020/2021
		2020	Proporción			2021	Proporción	
Colombia 2020	Artritis	227	0,3%	Colombia 2021	Artritis	1.465	0,3%	15,5%
	Asma	1.077	1,4%		Asma	6.525	1,5%	16,5%
	Cáncer	891	1,2%		Cáncer	5.468	1,3%	16,3%
	Comorbilidades (al menos una)	18.746	24,2%		Comorbilidades (al menos una)	106.112	25,2%	17,7%
	Diabetes	6.124	7,9%		Diabetes	31.680	7,5%	19,3%
	Enfermedades Huérfanas	99	0,1%		Enfermedades Huérfanas	698	0,2%	14,2%
	EPOC	4.953	6,4%		EPOC	29.233	6,9%	16,9%
	ERC	5.323	6,9%		ERC	27.012	6,4%	19,7%
	Hipertensión	13.576	17,6%		Hipertensión	75.132	17,8%	18,1%
	Sobrepeso y Obesidad	4.711	6,1%		Sobrepeso y Obesidad	27.154	6,5%	17,3%
	Terapia Reemplazo Renal	893	1,2%		Terapia Reemplazo Renal	3.620	0,9%	24,7%
	VIH	117	0,2%		VIH	771	0,2%	15,2%
	Mayor de 59	20.575	26,6%		Mayor de 59	106.112	25,2%	19,4%
	<b>Total</b>	<b>77.312</b>	<b>100,0%</b>		<b>Total</b>	<b>420.982</b>	<b>100,0%</b>	<b>18,4%</b>

Fuente: elaboración propia a partir de SISPRO – Cubo SegCOVID19, bases de Mortalidad preliminar COVID 2020 y 2021. Casos confirmados de Covid-19 con estado vital muerto según RUAF ND.

En cuanto al riesgo asociado al ámbito de la atención en salud, como muestra la Tabla 45, la cantidad de muertes para las que no se reporta la información del ámbito de ocurrencia es el porcentaje más alto, con un aumento entre las mediciones del 2020 y 2021 (pasa de 42% a 62% respectivamente). Entre las muertes que reportan ámbito de atención, el porcentaje de muertes por Covid-19 que ocurre en cuidados intensivos, es el mayor para los dos años observados (26% y 17% respectivamente), y muestra un descenso de cerca de 10 puntos porcentuales entre las dos mediciones. Finalmente, vale la pena mencionar las muertes ocurridas en hospitalización general que se encuentran en un 20% y 14% respectivamente, para el 2020 y el 2021.

Tabla 35.

*Ámbito de atención de las mortalidades por COVID – 19. Colombia 2020 - 2021*

Colombia 2020	Ámbito de atención de la mortalidad	Total de muertes según ámbito de atención		Colombia 2021	Ámbito de atención de la mortalidad	Total de muertes según ámbito de atención	
		2020	Proporción			2021	Proporción
Colombia 2020	Consulta Externa	4	0,0%	Colombia 2021	Consulta Externa	5	0,0%
	Cuidado Intensivo	11261	25,6%		Cuidado Intensivo	39585	16,7%
	Cuidado Intermedio	2022	4,6%		Cuidado Intermedio	8265	3,5%
	Domiciliaria	763	1,7%		Domiciliaria	1701	0,7%
	Hospitalización	8847	20,1%		Hospitalización	33372	14,1%
	No Reportado	18453	42,0%		No Reportado	147399	62,3%
	Otro	28	0,1%		Otro	33	0,0%
	Urgencias	2530	5,8%		Urgencias	6367	2,7%
	<b>Total</b>	<b>43908</b>	<b>100,0%</b>		<b>Total</b>	<b>236727</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: elaboración propia a partir de SISPRO – Cubo SegCOVID19, bases de Mortalidad preliminar COVID 2020 y 2021. Casos confirmados de Covid-19 con estado vital muerto según RUAF ND.

### Presentación de prioridades en salud

Se presentan las prioridades en salud teniendo en cuenta cuatro criterios:

1. Magnitud y gravedad de la enfermedad. Para este criterio se tuvo en cuenta los siguientes indicadores:
  - % de Años de vida ajustados por discapacidad de la enfermedad con relación a los años de vida ajustados por discapacidad del país.
  - Incidencia o prevalencia de la enfermedad según el tipo de condición de enfermedad. Para enfermedades infecciosas se tomó la incidencia, para enfermedades crónicas prevalencia.
  - Mortalidad por la enfermedad
2. Tendencia de la carga de enfermedad
  - Gradiente de los indicadores presentados en el numeral uno, entre los años 2010 y 2019.
3. Tendencia de la incidencia.
4. Tendencia de la mortalidad.

El proceso de priorización consideró una dinámica diferencial por grupo de riesgo, teniendo en cuenta la historia natural de la enfermedad y las particularidades de los procesos de salud pública instaurados en el país. Así mismo, la priorización se realizó en un proceso secuencial de ordenamiento, reconociendo la coherencia que debe existir entre el indicador y el tipo de condición de salud. En la tabla 34 se presenta los parámetros de decisión por condición de salud:

Tabla 36

*Ordenadores de priorización por condición de riesgo*

<b>Grupo de riesgo</b>	<b>Ordenador por condición particular</b>	<b>1 Ordenador de priorización</b>	<b>2 Ordenador de priorización</b>
Enfermedades cardiovasculares	NA	Prevalencia del año 2019	Delta de DALYS 2019-2012
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
	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 en zonas tropicales.

A continuación, se presentan las prioridades en salud para el próximo decenio:

Tabla 37

*Enfermedades cardiovasculares y metabólicas*

Evento en salud	Prioridad	DALYS 2019 (% del total)	DALYS 2012 (% del total)	Delta	Prevalencia 2010	Prevalencia 2019	Delta	Mortalidad 2019	Mortalidad 2012	Delta
Hipertensión arterial	1			0	5,68	7,23	1,55			
Cardiopatía hipertensiva	4	0,71	0,57	0,14	0,17	0,17		2,22	1,86	0,36
Diabetes Mellitus (Prevalencia)	2	4,13	3,35	0,78	0,075	0,093	0,018	2,86	2,55	0,31
Enfermedad renal crónica	3	2,26	1,94	0,32	0,0059	0,0056	-0,0003	3,85	3,39	0,46
Fibrilación atrial	5	0,33	0,26	0,07	0,0057	0,005		0,86	0,68	0,18
Enfermedad isquémica del corazón	6	6,21	5,81	0,4	0,000061	0,000053	-0,000008	16,92	16,35	0,57
Evento Cerebrovascular	7	3,02	2,83	0,19	0,000049	0,000048	-1E-06	6,87	6,62	0,25
Endocarditis	8	0,12	0,12	0	0,00002	0,000021		0,19	0,18	0,01
Enfermedad arterial periférica	9	0,055	0,042	0,013				0,12	0,09	0,03
Aneurisma aórtico	10	0,26	0,2	0,06				0,61	0,5	0,11
Cardiopatía valvular no reumática	11	0,21	0,17	0,04				0,43	0,37	0,06
Cardiomiopatía y miocarditis	12	0,25	0,24	0,01				0,45	0,42	0,03
Otras enfermedades cardiovasculares y	13	0,44	0,41	0,03				0,69	0,66	0,03

del sistema									
circulatorio									

Tabla 38

*Cáncer - Detección temprana*

Evento en salud	Prioridad	DALYS 2019 (% del total)	DALYS 2012 (% del total)	Delta	Incidencia 2012 (x 100.000 hab)	Incidencia 2020 (x100.000 hab)	Delta	Mortalidad 2019	Mortalidad 2012	Delta
Cáncer de colon y recto	1	1,01	0,87	0,14	17	19,5	2,5	2,08	1,89	0,19
Cáncer de cuello uterino	2	0,64	0,61	0,03	14,6	13,3	-1,3	0,97	0,99	-0,02
Cáncer de mama	3	0,88	0,81	0,07	50,7	47,8	-2,9	1,38	1,35	0,03
Cáncer de próstata	4	0,65	0,54	0,11	57,8	30,7	-27,1	1,81	1,64	0,17

Tabla 39

*Cáncer Tratable*

Evento en salud	Prioridad	DALYS 2019 (% del total)	DALYS 2012 (% del total)	Delta	Incidencia 2012 (x 100.000 hab)	Incidencia 2020 (x100.000 hab)	Delta	Mortalidad 2019	Mortalidad 2012	Delta
-----------------	-----------	--------------------------	--------------------------	-------	---------------------------------	--------------------------------	-------	-----------------	-----------------	-------

Cáncer de pulmón	1	1,18	1,04	0,14	12	22,4	10,4	2,57	2,42	0,15
Cáncer de páncreas	2	0,47	0,37	0,1	4,5	5,3	0,8	1,01	0,85	0,16
Cáncer hepático	3	0,27	0,22	0,05	5,1	9,5	4,4	0,57	0,5	0,07
Cáncer de ovario	4	0,33	0,28	0,05	8,2	6,6	-1,6	0,54	0,49	0,05
Cáncer de esófago	5	0,19	0,16	0,03	1,4		-1,4	0,43	0,4	0,03
Mieloma múltiple	6	0,15	0,12	0,03	3,1	2,7	-0,4	0,29	0,25	0,04
Linfoma no Hodgkin	7	0,39	0,37	0,02	9,3	8,3	-1	0,61	0,61	0
Cáncer de riñón	8	0,17	0,15	0,02	3,6	4,8	1,2	0,3	0,27	0,03
Cáncer de vesícula biliar y vías biliares	9	0,24	0,22	0,02				0,51	0,5	0,01
Cáncer de vejiga	10	0,12	0,1	0,02	5,3	3,9	-1,4	0,29	0,27	0,02
Cáncer de endometrio	11	0,096	0,079	0,017	6,7	8,7	2	0,18	0,16	0,02
Cáncer de piel no melanoma	12	0,087	0,074	0,013				0,25	0,22	0,03
Melanoma	13	0,1	0,088	0,012	2,7	3,5	0,8	0,18	0,17	0,01
Cáncer de labio y cavidad oral	14	0,1	0,091	0,009				0,22	0,21	0,01
Cáncer de tiroides	15	0,081	0,073	0,008	12,5	6,6	-5,9	0,16	0,15	0,01
Cáncer de laringe	16	0,1	0,093	0,007	1,8	2	0,2	0,22	0,22	0
Cáncer de faringe	17	0,028	0,024	0,004				0,056	0,052	0,004

Cáncer testicular	18	0,064	0,062	0,002				0,059	0,061	-0
Cáncer gástrico	19	1,33	1,33	0	16,4	11,1	-5,3	2,74	2,86	-0,12
Cáncer de cerebro y SNC	20	0,42	0,42	0	4,8	3,7	-1,1	0,53	0,54	-0,01
Cáncer de nasofaringe	21	0,021	0,021	0				0,036	0,037	-0
Linfoma Hodgkin	22	0,058	0,061	-0	1,4	1	-0,4	0,073	0,081	-0,01
Leucemias	23	0,77	0,84	-0,07	6,5	6,6	0,1	0,89	0,96	-0,07

Tabla 40

*Salud mental*

Evento en salud	Prioridad	DALYS 2019 (% del total)	DALYS 2012 (% del total)	Delta DALYS
Trastorno de ansiedad	1	1,95	1,62	0,33
Enfermedad de Alzheimer y otras demencias	2	1,62	1,23	0,39
Cefaleas	3	2,46	2,42	0,04
Depresión	4	1,63	1,54	0,09
Trastornos por consumo de alcohol	5	0,98	0,92	0,06
Epilepsia	6	0,89	0,88	0,01
Esquizofrenia	7	0,81	0,76	0,05
Trastorno bipolar	8	0,71	0,69	0,02
Otros trastornos mentales	9	0,48	0,45	0,03
Enfermedad de Parkinson	10	0,28	0,23	0,05



Otros trastornos neurológicos	11	0,26	0,25	0,01
Trastornos de la alimentación	12	0,2	0,19	0,01
Enfermedad de la neurona motora	13	0,063	0,053	0,01
Trastorno por consumo de drogas	14	0,54	0,55	-0,01
Trastorno de conducta	15	0,24	0,28	-0,04
Trastornos del espectro autista	16	0,21	0,21	0
Trastorno por déficit de atención/hiperactividad	17	0,061	0,066	-0,005
Discapacidad intelectual del desarrollo idiopática	18	0,055	0,07	-0,015

Tabla 41

*Enfermedades infecciosas - Cualquier zona*

Evento en salud	Prioridad	DALYS 2019 (% del total)	DALYS 2012 (% del total)	Delta DALYS	Incidencia 2012 (x 100.000 hab)	Incidencia 2020 (x100.000 hab)	Delta incidencia	Mortalidad 2019	Mortalidad 2012	Delta mortalidad
VIH	1	1,09	1,21	-0,12	22	25,15	3,15	1,01	1,22	-0,21
Hepatitis C				0	0,48	1,7	1,22			0
Hepatitis B				0	4	3,4	-0,6			0
Meningitis		0,17	0,24	-0,07	0,56	1,14	0,58	0,15	0,21	-0,06
Tosferina		0,02	0,026	-0,006	0,94	0,08	-0,86	0,0078	0,012	-0,0042
Hepatitis aguda		0,025	0,029	-0,004	2,6	7,5	4,9	0,0053	0,0068	-0,0015
Tétanos		0,0063	0,011	-			0	0,0069	0,011	-0,0041
Encefalitis		0,15	0,17	-0,02			0	0,11	0,13	-0,02

Otras enfermedades infecciosas no especificadas	0,14	0,14	0			0			0
ITS no VIH	0,1	0,11	-0,01			0			0
Infecciones por nemátodos intestinales	0,084	0,11	-0,026			0			0
Cisticercosis	0,12	0,11	0,01			0	0,0092	0,011	-0,0018
Enfermedad diarreica aguda	0,77	0,87	-0,1	28,3	29,9	1,6	0,37	0,41	-0,04
Enfermedades respiratorias de la niñez			0		3,1	3,1			0
Infecciones de las vías respiratorias inferiores (<5 años)	8,57	9,28	-0,71				9,62	10,15	-0,53
Infecciones de las vías respiratorias superiores (<5 años)	0,63	0,64	-0,01				0,06	0,06	0
TBC	0,27	0,32	-0,05	25,16	20,88	-4,28	0,37	0,44	-0,07
Zoonosis			0						0

Tabla 42

*Enfermedades infecciosas - Zona tropical*

Evento en salud	Prioridad	DALYS 2019 (% del total)	DALYS 2012 (% del total)	Delta DALYS	Incidencia 2012 (x 100.000 hab)	Incidencia 2020 (x100.000 hab)	Delta incidencia	Mortalidad 2019	Mortalidad 2012	Delta mortalidad
Dengue	1	0,21	0,2	0,01	155	330	175	0,14	0,13	0,01
Enfermedad de Chagas	2	0,047	0,048	-0,001	0,73	0,5	-0,23	0,069	0,074	-0,005
Malaria	3	0,033	0,094	-0,061	5,3	7,1	1,8	0,022	0,073	-0,051
Leishmaniasis	4	0,01	0,016	-0,006	58	91	33	0,0021	0,0021	0
CHICK	5			0						0
ZIKA	6			0						0

Tabla 43

*Enfermedades respiratorias crónicas*

Evento en salud	Prioridad	DALYS 2019 (% del total)	DALYS 2012 (% del total)	Delta DALYS	Prevalencia 2010	Prevalencia 2019	Delta prevalencia	Mortalidad 2019	Mortalidad 2012	Delta mortalidad
EPOC	1	2,47	2,17	0,3	0,033	0,029	-0,004	6,63	6,04	0,59
Asma	2	0,59	0,64	-0,05	0,034	0,035	0,001	0,11	0,12	-0,01
Otras enfermedades respiratorias crónicas	3	0,17	0,16	0,01				0,24	0,19	0,05
Enfermedad pulmonar intersticial y sarcoidosis pulmonar	4	0,11	0,11	0	0,00028	0,00031	0,00003	0,2	0,19	0,01
Neumoconiosis	5	0,017	0,016	0,001				0,029	0,029	0
Enfermedad pulmonar intersticial difusa				0						0

Tabla 44

*Salud bucal, visual, auditiva*

<b>Evento en salud</b>	<b>Prioridad</b>	<b>DALYS 2019 (% del total)</b>	<b>DALYS 2012 (% del total)</b>	<b>Delta</b>
Pérdida auditiva relacionada con la edad	1	2,26	1,99	0,27
Trastornos en cavidad oral		1,46	1,34	0,12
Ceguera y pérdida de la visión		1,33	1,17	0,16

Tabla 45

*Enfermedades autoinmunes*

<b>Evento en salud</b>	<b>Prioridad</b>	<b>DALYS 2019 (% del total)</b>	<b>DALYS 2012 (% del total)</b>	<b>Delta</b>
Artritis reumatoidea	1	0,21	0,19	0,02
Psoriasis	2	0,045	0,045	0
Esclerosis múltiple	3	0,029	0,027	0,002
Espondiloartropatias degenerativas	4			0

Tabla 46

*Enfermedades raras*

<b>Evento en salud</b>	<b>Prioridad</b>	<b>DALYS 2019 (% del total)</b>	<b>DALYS 2012 (% del total)</b>	<b>Delta</b>
Defectos congénitos del nacimiento	1	2,34	3,19	-0,85
Fibrosis quística				
Distrofia muscular de Duchenne				
Distrofia muscular de Becker				
Mucopolisacaridosis				

## **Presentación de Prioridades de Determinantes Sociales de la Salud**

Se desarrolló un ejercicio bottom up y top down de cuatro elementos normativos vigentes:

- Los objetivos de desarrollo sostenible.
- Los compromisos de la agenda con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE)
- La propuesta de gestión de los determinantes sociales de la salud del PDSP 2012-2021
- Los documentos del Consejo Nacional de Política Económica y Social relacionados con salud.

A partir de este proceso se identificaron los determinantes sociales de la salud prioritarios para la gestión de las desigualdades en salud y se concretaron en 11 líneas de acción que se describen a continuación:

1. **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.
2. **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
3. **Estabilidad en los ingresos y situación económica:** 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..

4. **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.
5. **Gestión para la prevención y mitigación 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 deletéreos en los ecosistemas y en las condiciones de vida y salud de la población.
6. **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.

7. **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.
8. **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, asequible y seguro, especialmente adaptado en beneficio de las personas en condición de discapacidad 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.
9. **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.
10. **Garantía del Saneamiento, higiene y acceso adecuado a agua limpia:** 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 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.

### Referencias

- Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento / Banco Mundial Región de América Latina y El Caribe. . (2018). *Análisis de la gestión del riesgo de desastres en Colombia: un aporte para la construcción de políticas públicas*. . Bogotá: Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento / Banco Mundial Región de América Latina y El Caribe. .
- Banco Mundial. (2020). *Datos*. Obtenido de <https://datos.bancomundial.org/indicador>.
- Banco Mundial. (2020). *Desarrollo Urbano*. Obtenido de <http://www.bancomundial.org/es/topic/urbandevelopment/overview>
- Banco Mundial. (2020). *Instituto de Estadística de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO)* . Obtenido de <https://databank.bancomundial.org/reports.aspx?source=2&series=SE.ADT.LITR.ZS&country=>

Banco Mundial. (2021). *Pueblos indígenas*. Disponible en Última actualización: Marzo 19 de 2021. Obtenido de <https://www.bancomundial.org/es/topic/indigenouspeoples>.

CEELAT. (30 de 04 de 2018). *Amenaza por remoción en masa en Colombia*. . Obtenido de <http://ceelat.org/mapas/amenaza-por-remocion-en-masa-en-colombia/>.

Centro Latinoamericano de Desarrollo. (2015). *Tasa de mortalidad infantil*. . Obtenido de [http://celade.cepal.org/redatam/PRYESP/SISPPI/Webhelp/helpsispi.htm#tasa\\_de\\_mortalidad\\_infantil.htm](http://celade.cepal.org/redatam/PRYESP/SISPPI/Webhelp/helpsispi.htm#tasa_de_mortalidad_infantil.htm).

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2021). *La fecundidad en América Latina: ¿Transición o revolución?, Serie Seminarios y conferencias*. Santiago de Chile: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Comisión Económica y Social para América Latina y el Caribe. (2018). *Panorama Social de América Latina y el Caribe. Capítulo 3: El bono demográfico*. Comisión Económica y Social para América Latina y el Caribe.

Congreso de Colombia. . (2012). *Ley 1523 de 2012 (abril 24) Por la cual se adopta la política nacional de gestión del riesgo de desastres y se establece el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y se di*. Bogotá: Congreso de Colombia. .

Departamento Administrativo de la Función Pública. (2021). *Decreto 043 de 2019*. . Obtenido de [https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma\\_pdf.php?i=90241](https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=90241).

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2021). *Censo Nacional de Población y Vivienda 2018. Información de los Grupos Étnicos en Colombia*. Obtenido de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/grupos-et>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). . (2021). *Censo Nacional de Población y Vivienda 2018. Geovisor CNPV 2018. Disponible en*. Obtenido de <http://geoportal.dane.gov.co/geovisores/sociedad/cnpv-2018/>.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2011). *Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020, nacional, departamental y municipal, por sexo y edades simples de 0 a 26 años*. Obtenido de <http://www.dane.gov.co/index.php/p>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2021). *Estimaciones de población 1985 - 2005 y proyecciones de población 2005 - 2020 total departamental por área*. Obtenido de [http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06\\_20/Muni](http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20/Muni)

Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. (2005). *Censo General 2005. Colombia*. Bogotá: Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE. (2018). *Análisis de información sobre riesgos*. Bogotá: Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE . (2021). *Censo Nacional de Población y Vivienda 2018*. Obtenido de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivenda-2018> .

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE. (2019). *Características Sociodemográficas - Departamentos 2018 pr*. Obtenido de

<https://dane.maps.arcgis.com/apps/MapSeries/index.html?appid=db12078f493d4941b17da4ddfb572fcd>.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE. (2020).

*Características Sociodemográficas - Departamentos 2018*. Obtenido de <https://dane.maps.arcgis.com/apps/MapSeries/index.html?appid=db12078f493d4941b17da4ddfb572fcd>.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE. (2021). *Producto Interno Bruto (PIB)*. Bogotá: Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE. .

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE. Pobreza y desigualdad. Pobreza monetaria y pobreza monetaria extrema. (2020). *Información Pobreza monetaria nacional 2020*. Obtenido de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y>

Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE). (2018). *Encuesta de Calidad de Vida*. Obtenido de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/calidad-de-vida-ecv/encuesta-nacional-de-calidad-de-vida-ecv-2018>

Departamento Nacional de Planeación. (2018). Gestión del riesgo de desastres. UNGDR Riesgo de desastres: el caso los eventos asociados a inundaciones lentas, movimientos en masa y flujos de torrenciales. *Boletín Infográfico.*, volumen dos.

Escala Macrosísmica Europea 1998 EMS – 98. . (2008.). *Presidente del Grupo de Trabajo “Escalas Macrosísmicas” de la ESC GFZ German Research Center for Geosciences, Potsdam, Alemania.* . Hamburgo : Edición española F. Lorenzo Martín. Editor G. Grünthal.

FAO, OPS, WFP y UNICEF. (2019). *Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe*. Washington: FAO, OPS, WFP y UNICEF.

- FASECOLDA. Zambrano AM. (2013). *El Sistema General de Riesgos Laborales en Colombia: Una mirada a las locomotoras de la economía desde la perspectiva de los riesgos laborales*. Bogotá: FASECOLDA.
- Fedesarrollo . (2019). *Competitividad en el transporte aéreo en Colombia. Informe final de Fedesarrollo a Fontur Disponible en*. Obtenido de [https://www.repository.fedesarrollo.org.co/bitstream/handle/11445/3280/Report\\_Junio\\_2016\\_Martinez\\_y\\_Garcia.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://www.repository.fedesarrollo.org.co/bitstream/handle/11445/3280/Report_Junio_2016_Martinez_y_Garcia.pdf?sequence=2&isAllowed=y)consult
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2008). *El enfoque en la planeación del desarrollo municipal*. Bogotá: Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- 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. .
- Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (FIDA). (2021). *Pueblos Indígenas* . Obtenido de <https://www.ifad.org/en/indigenous-peoples>
- García Rosique, R. M. (2010). Factores de riesgo de morbilidad y mortalidad por infecciones respiratorias agudas en niños menores de cinco años. . *Online*, vol. 32, n. 3, pp. 0-0. .
- Herrera PM, A. A. (2014.). Caracterización sísmica de fallas colombianas por analogía con fallas conocidas geológica y sismológicamente. *Revista de la Escuela Colombiana de Ingeniería*, N.º 95. .
- IDIGER. (2018). *Caracterización General del Escenario de Riesgo Sísmico en Bogotá*. Obtenido de <http://www.idiger.gov.co/rsismico>.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2015). *Encuesta Nacional de la Situación Nutricional (ENSIN)*. Colombia,; Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

- Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM). (2017). *Atlas climatológico de Colombia*. Bogotá, D. C., Colombia : Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM).
- Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM). (2017). *Atlas Climatológico de Colombia*. Bogotá, D. C.: Imprenta Nacional de Colombia.
- Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM). (2017. ). *Actualización de las estadísticas de la sequía en Colombia*. Bogotá D.C., Colombia. : Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM). .
- Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM). (2017.). *Atlas climatológico de Colombia*. Bogotá, D. C., Colombia : Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM). .
- Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM). (2018). *Estudio nacional de la degradación de suelos por erosión en Colombia, 2015*. Bogotá D.C., Colombia.: Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM). .
- Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM). (2018). *La variabilidad climática y el cambio climático en Colombia* . Bogotá D.C., Colombia : Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM).
- Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM). (2018). *La variabilidad climática y el cambio climático en Colombia* . Bogotá D.C., Colombia : Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM). .
- Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, (IDEAM). . (2017). *Boletín de Alertas Tempranas de Deforestación (AT-D) del IDEAM, 2017*. . Bogotá D.C., Colombia.

Instituto de Investigación e información Geocientífica, Minero – Ambiental y Nuclear. INGEOMINAS. (2000). *Atlas de amenaza Volcánica en Colombia*. Bogotá: Editorial López. .

Instituto Geográfico Agustín Codazzi. (2005). *Atlas de Colombia 2005*. Bogotá: Imprenta Nacional.

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. . (2021). *Ficha Técnica Indicador: Tasa de violencia intrafamiliar*. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. .

Instituto Nacional de Vías, INVIAS . (2019). *Red vial* . Obtenido de <https://www.invias.gov.co/index.php/archivo-y-documentos/informacion-institucional/8397-estado-de-la-red-vial-criterio-tecnico-segundo-semestre-2018>.

(2012). *Ley 1562 de 2012. Por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de Salud Ocupacional*. Bogotá.

Lommis DP, C. M.-A. (1999). Air pollution and infantmortality in Mexicocity. . *Epidemiology* , 10:118-123.

Medina C.A., V. C. (2011). Aglomeración económica y congestión vial: los perjuicios por racionamiento del tráfico vehicular. . *Borradores de economía* , 678.

Ministerio de Educación Nacional. (2020). *Estadísticas del sector*. Obtenido de <https://www.datos.gov.co/Educacin/ESTADISTICASENEDUCACIONBASICA/PMUNICIPIO/nudc7mev>.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2011). *Decreto 4107 de 2011. Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social*. . Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Análisis de Situación de Salud de poblaciones diferenciales, Colombia, 2012*. Obtenido de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS/P/analisis-prioridades-departamentales-salud-colombia-2016.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Análisis de Situación de Salud según regiones, Colombia, 2012*. Obtenido de [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS/P/imp\\_MINsalud+asisREGIONES.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS/P/imp_MINsalud+asisREGIONES.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Colombia*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. .

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Análisis de Situación de Salud, Colombia, 2013*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS/P/ASIS%2024022014.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Análisis de Situación de Salud, Colombia, 2014*. Obtenido de [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS/P/ASIS\\_2014\\_v11.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS/P/ASIS_2014_v11.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Análisis de Situación de Salud, Colombia, 2015*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS/P/asis-2015.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Análisis de prioridades departamentales en salud, Colombia, 2016*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS/P/analisis-prioridades-departamentales-salud-colombia-2016>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Análisis de Situación de Salud, Colombia, 2016*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS/P/asis-colombia-2016.pdf>



Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Resolución 2456 de 2016. Por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica* . Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. .

Ministerio de Salud y Protección Social. (20 de 11 de 2017). *Análisis de Situación de Salud, Colombia, 2017*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS/P/asis-nacional-2017.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (20 de 11 de 2018). *Análisis de Situación de Salud, Colombia, 2018*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS/P/asis-colombia-2018.pdf>.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Encuesta Nacional de Salud Escolar*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y protección Social. (2018). *Encuesta Nacional Tabaquismo en Jóvenes* . Bogotá: Ministerio de Salud y protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Resolución 3310 de 2018, por la cual se Adopta Formulario Único de Afiliación y Reporte de Novedades al Sistema General de Riesgos Laborales y dictan otras disposiciones* . . Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social. (20 de 11 de 2019). *Análisis de Situación de Salud, Colombia, 2019*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS/P/asis-2019-colombia.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (29 de 09 de 2020). *Análisis de Situación de Salud, Colombia, 2020*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS/P/asis-2020-colombia.pdf>

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad* . Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Discapacidad/Paginas/registro-localizacion.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. . (2015). *Guía Metodológica del Observatorio de Talento Humano en Salud OTHS Colombia 2015*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. .
- Ministerio de Salud y Protección Social. . (10 de 11 de 2020). *Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS en las entidades territoriales*. . Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS/P/Guia%20ASIS%2028112013.pdf>.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Universidad Nacional. Instituto Nacional de Salud. (2015). *Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia, ENSIN 2015*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. Universidad Nacional. Instituto Nacional de Salud.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Profamilia. (2015). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS)*. Bogotá: Profamilia.
- Ministerio de Transporte. (2015). *Plan Maestro Fluvial de Colombia 2015*. Bogotá: Ministerio de Transporte. .
- Ministerio de Transporte. (2017). *Transporte en cifras: estadísticas 2017. Oficina Asesora de Planeación. Grupo de Planificación Sectorial*. Bogotá: Ministerio de Transporte.
- Ministerio del Interior. (2018). *Decreto 1454 de 2018*. Obtenido de <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%201454%20DEL%2006%20DE%20AGOSTO%20DE%202018.pdf>
- Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Educación Nacional y Ministerio de Salud y Protección Social, Control del Abuso de Drogas (CICAD), Organización de los Estados

Americanos (OEA). (2016). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar, Colombia*. Bogotá: Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Educación Nacional y Ministerio de Salud y Protección Social, Control del Abuso de Drogas (CICAD), Organización de los Estados Americanos (OEA).

Oestergaard MZ, I. M. (2011). Neonatal Mortality Levels for 193 Countries in 2009 with Trends since 1990: A Systematic Analysis of Progress, Projections, and Priorities. . *PLoS Med*, 8(8): e1001080. .

Organización de Naciones Unidas. (2006.). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y protocolo facultativo*. Washington: Organización de Naciones Unidas.

Organización Mundial de la Salud. (1980.). *Problemas relacionados con el consumo de alcohol: informe de un comité de expertos de la OMS. Serie de informes técnicos 650*. Ginebra.: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2002.). Clasificación Internacional de Enfermedades: Preparación de listas cortas para la tabulación de datos. *Boletín epidemiológico*, 2-6.

Organización mundial de la Salud. (2014). *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014. Parte II. 9 estadísticas demográficas y socioeconómicas*. Washington: Organización mundial de la Salud. .

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Reducción de la mortalidad en la niñez*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/es/>. Consultado

Organización mundial de la Salud. (2018). *Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe 2018*. Washington: Organización mundial de la Salud. .

- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Alimentación del lactante y del niño pequeño*. . Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>.
- Organización Mundial de la Salud. . (2014). *ODM 4: reducir la mortalidad infantil*. . Obtenido de [http://www.who.int/topics/millennium\\_development\\_goals/child\\_mortality/es/](http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/child_mortality/es/).
- Organización Panamericana de la salud. (1999). Resúmenes metodológicos en epidemiología: Análisis de Situación de Salud (ASIS). *Boletín Epidemiológico.*, 1-3.
- Organización Panamericana de la Salud. (2019.). *Indicadores básicos 2019: Tendencias de la salud en las Américas*. . Washington, D.C.: OPS.
- Presidencia de la República. (2018). *Consejo Nacional de Política Económica y Social República de Colombia Departamento Nacional de Planeación. Estrategia para la Implementación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en Colombia. CONPES 3918 del 15 de mayo de 2018*. Bogotá: Presidencia de la República.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2021). *Impacto y situación de la población indígena latinoamericana ante el Covid-19*. Obtenido de <https://www.latinamerica.undp.org/content/rblac/es/home/blog/2020/impacto-y-situacion-de-la-poblacion->
- Restrepo DA, Ortiz LA. (2017). *Aproximaciones a la estimación de la oferta y la demanda de médicos especialistas en Colombia, 2015 – 2030. Observatorio de Talento Humano en Salud , 2017*. . Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Román-Riechmann E, B.-T. J.-R. (2015). *Diarrea aguda. Disponible en*. Obtenido de [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/diarrea\\_ag.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/diarrea_ag.pdf).

Rothman KJ. (1988). *Modern Epidemiology, 2nd Edition*. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers.

Servicio Geológico Colombiano, (SGC) . (30 de 04 de 2018). *Boletín Informativo No 2911*. Obtenido de <https://www2.sgc.gov.co/Noticias/Paginas/Boletines-mensuales.aspx>

Servicio Geológico Colombiano, (SGC). (2017). *Ministerio de Minas y Energía (MINMINAS). Las amenazas por movimientos en masa en Colombia. Una visión a escala 1:100.000*. Bogotá D.C. : Imprenta Nacional de Colombia. .

Servicio Geológico Colombiano, (SGC). (2018). *Guía metodológica para la zonificación de amenaza por movimientos en masa escala 1: 25.000*. Bogotá: Servicio Geológico Colombiano, (SGC).

Tellez-Rojo M, R. I.-P.-G.-A. (1997). Efecto de la contaminación ambiental sobre las consultas por infecciones respiratorias en niños de la Ciudad de México. . *Salud Pública, México* , 39(6):513-521.

The World Bank. (20115). *World Development Indicators: Mortality*. Obtenido de <http://wdi.worldbank.org/table/2.21>

The World Bank. (2019). *World Development Indicators: Reproductive health*. . Obtenido de <https://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=world-development-indicators>.

The World Bank. (2019). *World Development Indicators: Reproductive health*. . Obtenido de <https://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=world-development-indicators>

Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres, UNDGR. (2017.). *Registro de Emergencia* . Bogotá: Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres, UNDGR. .

Universidad Nacional de Colombia. (2018). *Evaluación de la Amenaza Sísmica de Colombia mediante análisis de valores extremos históricos*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

World Economic Forum. (2019). *The Global Competitiveness Report 2017–2018 is published by the World Economic Forum within the framework of the System Initiative on Shaping the Future of Economic Progress*. Obtenido de <http://www3.weforum.org/docs/GCR2017-2018/05>

World Health Organization. (2011.). *World report on disability*. Washington: World Health Organization.

World Health Organization. (2014). *Millennium Development Goals. MDG4: Child mortality, 1990-2012*. Obtenido de [http://gamapservers.who.int/gho/interactive\\_charts/MDG4/atlas.html](http://gamapservers.who.int/gho/interactive_charts/MDG4/atlas.html)

World Health Organization. (2015). *Global Health Observatory Data Repository. Espositure data by country*. Obtenido de <http://apps.who.int/gho/data/view.main.100310> Consultado el 18 de septiembre de 2015.

World Health Organization. (2015). *World Health Organization. Age standardization of rates: a new WHO standard*. Geneva: World Health Organization.

Xu XF, L. Y. (2014 ). Effect of low birth weight on childhood asthma: a meta-analysis.2014. . *BMC Pediatr.* , Oct 23;14:275.

## **Capítulo 4. Abordajes Conceptuales y Ordenadores del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031**

---

La salud pública es un campo de acción estatal y social de gran relevancia para la garantía del derecho a la salud y por lo tanto sus actuaciones sectoriales<sup>22</sup> y conjuntas con otros actores y sectores deben dar cuenta de lo exigible en el marco de derechos bajo el reconocimiento de su interdependencia e indivisibilidad. En este sentido, se reconoce que el más alto nivel de salud posible es la base del goce efectivo de otros derechos y a su vez, los logros en salud dependen de la garantía de múltiples obligaciones establecidas en los contenidos de los derechos ratificados en Colombia, lo que hace que sean parte de su bloque de constitucionalidad.

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

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

---

<sup>22</sup> Se refiere al sector administrativo de salud y protección social.

relacionados con su reconocimiento, y las alternativas para comprender y orientar la acción que se incluye en el PDSP 2022-2031.

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

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

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

## **Abordaje de los Sujetos de Derecho en la Salud Pública: Derechos, Diversidad y Perspectiva Interseccional**

### ***Perspectiva de Derechos Humanos y Equidad***



Colombia es un Estado Social de Derecho y por ende es uno de los países que reconoce y ha incorporado en su bloque de constitucionalidad<sup>23</sup> múltiples instrumentos internacionales relacionados con los Derechos Humanos y el Derecho Internacional Humanitario; no solo como decisión jurídica, sino como un compromiso real de trabajar por su garantía, protección y goce efectivo, no solo para y con sus ciudadanos, sino con aquellos que en razón de la movilidad humana y ejerciendo el derecho a la libre circulación habitan el territorio nacional.

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

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

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

---

<sup>23</sup> 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.

Colombia (2018), en términos de dignidad humana, integridad, autonomía y libertades fundamentales.<sup>24</sup> De otro lado, con respecto a los Derechos Económicos Sociales Culturales y Ambientales DESCAs, la misma Consejería plantea que se refieren a las condiciones materiales, bienes públicos y servicios necesarios para materializar la idea de una vida digna, y sus relaciones con las desigualdades e inequidades presentes en la sociedad.<sup>25</sup>

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 en 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 situaciones<sup>26</sup> que vulneran sistemáticamente la garantía de los derechos humanos, derivan en circunstancias vitales tanto internas como de origen externo, que comprometen las condiciones y

---

<sup>24</sup> “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”.

<sup>25</sup> “Son el grupo que hace referencia a las condiciones materiales, bienes públicos y servicios necesarios para materializar la idea de una vida digna. El goce efectivo de los DESCAs “[...] permite cerrar las brechas de desigualdad e inequidades presentes en las distintas sociedades entre personas, grupos y sectores [y] hacen posible además la efectiva participación y el disfrute de la vida social, económica, política y cultural; resultan esenciales para el ejercicio pleno de la ciudadanía y el fortalecimiento de la democracia”. Debido a lo anterior, a partir de la Estrategia Nacional de Derechos Humanos se puede mencionar que dentro de los DESCAs se encuentran contenidos : i) Derecho a la salud; ii) a la familia; iii) a la alimentación adecuada; iv) a la educación; v) derechos del trabajador; vi) derecho a la huelga y libertad en la elección de empleo; vii) a la seguridad y protección social; viii) a la vivienda; ix) derecho al agua; x) desarrollo económico; xi) derechos sexuales y reproductivos; xii) Derechos culturales; xiii) derechos colectivos y ambientales, entre otros”.

<sup>26</sup> Violencia, afectaciones ambientales, minería, disputas territoriales, extractivismo, contaminación con importantes efectos sociales, políticos, económicos, ambientales.

situaciones relativas al goce del derecho a la salud, a las que se agregan otros fenómenos, como lo es la migración internacional desde países vecinos.

En el marco de los derechos humanos que hacen parte del bloque de constitucionalidad colombiano, se resalta que todas las autoridades sin excepción, y de acuerdo con sus competencias, asumen roles de garantes estatales y por ende, están obligados a salvaguardar los derechos humanos en términos de protección, respeto, promoción, y en caso de vulneraciones e impactos desproporcionados, reparación y no repetición. De ahí que el PDSP 2022-2031 acoge los postulados de universalidad, indivisibilidad, interdependencia, igualdad y no discriminación, progresividad y no regresividad, dignidad humana e integridad que configuran los derechos humanos. A continuación, se presenta el alcance de cada uno, como estructurantes de la salud pública con perspectiva de derechos.

La **universalidad** reconoce que todos los seres humanos tienen los mismos derechos sustentados en su condición de ser humanos, independientemente de sus particularidades, y en marcos jurídicos estructurados y reconocidos. En este sentido, son inalienables, por lo que suprimirlos obedece a situaciones de excepción y de acuerdo con procedimientos concretos; son indivisibles e interdependientes, lo que significa que un conjunto de derechos no puede disfrutarse plenamente sin los otros (OHCHR, 2022). La interdependencia establece relaciones recíprocas e incidentes<sup>27</sup> que son de especial relevancia en salud.

---

<sup>27</sup> “Señala la medida en que el disfrute de un derecho en particular o un grupo de derechos dependen para su existencia de la realización de otro derecho o de otro grupo de derechos. La interdependencia comprende, por lo menos, un par de relaciones donde: a) un derecho depende de otro(s) derecho(s) para existir, y b) dos derechos (o grupos de derechos) son mutuamente dependientes para su realización. En este sentido, el respeto, garantía, protección y promoción de un derecho tendrá impacto en los otros y/o viceversa. De tal forma, la protección del derecho a la salud no puede quedar al margen de una revisión de otros derechos condicionantes como la alimentación y el acceso al agua. Otro ejemplo, los derechos políticos (a votar, ser votada o votado, dirigir los asuntos públicos y participar en la función pública) no deben mirarse de manera independiente de los derechos a la libertad de asociación, libertad de expresión y a la igualdad y no discriminación” (Vásquez & Serrano, 2013,152-153).

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

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.<sup>28</sup> Los derechos humanos y su protección, llevan implícito el reconocimiento de la diversidad derivada de múltiples y específicos diferenciales, y por ende la obligación de contar con medidas que los identifiquen, reconozcan y respondan con equidad.

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

Los resultados del incumplimiento en la garantía del goce de los derechos establecen distintas situaciones de vulneración, muchas veces permanentes, y que

---

<sup>28</sup> 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.

agregan vulnerabilidad<sup>29</sup> a los sujetos de derecho, en diferentes circunstancias y ámbitos de su vida individual e interdependiente.

La **progresividad y no regresividad**, parte de reconocer que, en los instrumentos internacionales de derechos humanos, se incluyen contenidos mínimos vinculantes, con obligaciones de orden general y específico; inmediatas y progresivas. Así, hay aspectos que se deben garantizar sin dilaciones y otros que asumen una progresión sustentada en un acumulado de medidas de garantía que busquen explícitamente ganancias permanentes en el ejercicio y goce efectivo de los derechos.

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

La **dignidad** es una cualidad esencial del ser humano, atributo universal común que permite valorarse y ser valorado, como sujeto individual y social, siendo el fundamento de los derechos. La dignidad humana constituye el valor de los seres humanos como fines en sí mismos, merecedores de consideración y respeto, como algo intrínseco, inalienable e independiente de acciones y vida moral (MSPS,2021).

---

<sup>29</sup> “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).

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).

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

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

Así,

El enfoque diferencial de derechos es un aporte del derecho internacional de los derechos humanos a la implementación de políticas públicas, promoviendo que el centro de la intervención social esté dado por las características del sujeto social y el contexto geográfico y sociocultural donde desarrolla su cotidianidad. (MSPS, 2021, p. 12)

También considera:

El alcance de los conceptos de identidad, diversidad, diferencia, interculturalidad y derechos humanos precisando que son producto de

diversas dinámicas sociales y culturales en las que históricamente adquieren significado hasta constituirse en elementos centrales para el reconocimiento de la diferencia y búsqueda del bienestar, la igualdad y la equidad. (MSPS, 2021, 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 vulnerabilidad en individuos y colectivos que estructuran discriminación, segregación y exclusión. Además, reconoce la diversidad derivada de múltiples condiciones humanas y situaciones vitales como un componente imprescindible de la materialización de los derechos humanos que:

Reconoce la existencia de una estructura social diversa, multiétnica y pluricultural, donde conviven personas y grupos de personas que presentan situaciones, condiciones y características particulares y con necesidades de protección diferenciales, las cuales, están esencialmente a cargo del Estado y de la sociedad en su conjunto. (MSPS, 2021, p. 19)

Asumir los diferenciales que acompañan la vida y la condición humana, está directamente relacionado con el goce efectivo de los derechos humanos de acuerdo con esta diversidad.

De esta forma, los derechos humanos tienen una condición de universalidad, y de diversidad en tanto establecen condiciones y situaciones que deben ser atendidas, en relación con sujetos de especial protección. Esto significa que, lo diferencial siempre está presente y no se trata solo de “focalizar en grupos vulnerables”, sino que la garantía de los derechos debe contemplar acciones generales, y acciones específicas, relacionadas con los derechos en sí mismos y

con la especial protección. El reconocimiento de características particulares implica que la igualdad y la equidad se sustenta en medidas diferenciales (afirmativas) enmarcadas en las obligaciones de garantía, protección, promoción y respeto de los derechos humanos. Esta diferenciación en la práctica incluye el reconocimiento de dinámicas sociales, históricas, económicas, culturales que inciden en el ejercicio pleno de los derechos fundamentales.

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

**Diversidad y Perspectiva Interseccional.** Del enfoque diferencial de derechos surge entonces, el reconocimiento de que la igualdad no puede ser vista como homogeneidad simplificadora de la comprensión de asuntos complejos, del reconocimiento de lo distinto y de la acción diferenciada; sino que supone la relevancia de lo diverso, de lo distinto, de lo que, en relación con otros, es otro. Por esta razón; en este apartado, no se presentan los siguientes diferenciales como subcategorías de lo diferencial; sino como perspectivas constitutivas de la



diversidad, connatural a la vida y los seres humanos, sus relaciones sociales, sus espacios vitales y su convivencia en el planeta.

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

Asumir esta propuesta, implica dejar de visualizar la diferencia solo en algunos grupos que pueden ser extraídos del total, y abordados de manera específica y focalizada. También permite plantear que los matices de la diversidad y sus acumulados pueden de entrada no generar necesariamente condiciones y/o situaciones que ameriten una atención particular; pero sus dinámicas e interacciones sociales, pueden durante el 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, los contextos y las circunstancias que requieren apuestas afirmativas para superar esos indeseables, que no tendrían porque, afectar permanente y significativamente la vida de personas y grupos humanos.

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

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

La totalidad de los habitantes de Colombia se sitúan en contextos territoriales donde se tejen relaciones intersubjetivas que configuran formas particulares de apropiación territorial y construcción de identidades. Así, existen territorios sin pobladores humanos, pero no existen poblaciones humanas sin territorios, sin temporalidades y espacios que se determinan entre sí.<sup>30</sup> 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. Se asumen como estructurales de lo humano, el curso de vida y la perspectiva de género, en tanto son connaturales a la totalidad de los habitantes a quienes se dirige. En este mismo sentido y para los pueblos y comunidades étnicas, se relleva la etnicidad sustentada en su identidad milenaria y

---

<sup>30</sup> Base de las relaciones población-territorio.

cosmovisiones, que incluso resignifican tanto el curso de vida como el género. Ellos (pueblos y comunidades) son los dinamizadores de sus culturas y tienen reconocimientos específicos de derechos colectivos que no se comparten con otros grupos de la sociedad. Adicionalmente, se incluyen diferenciales relacionados con la discapacidad (capacidades diferenciales), migración, conflicto armado, entre otros.

**Curso de Vida.** <sup>31</sup> 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 toda la existencia, desde el nacimiento hasta el final de la vida. Es un proceso continuo, multi determinado, multidireccional y multidimensional, caracterizado por permanentes avances y retrocesos en todas las etapas de la vida, en que participan, interactúan y se interrelacionan las esferas del sujeto, se entrelazan sus trayectorias, y se potencian las capacidades de los seres humanos para cambiar y adaptarse permanentemente a la realidad según su contexto. Para expandir las oportunidades, se hace necesario desarrollar capacidades, entendidas como opciones de elegir libremente, la forma de vida que se quiere vivir, orientada a vivirla en condiciones dignas, perdurables y saludables.

---

<sup>31</sup> MSPS, 2021a. Documento de postura institucional sobre curso de vida y salud pública. Documento de trabajo para la formulación del PDSP 2022-2031. No publicado.

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, vidas interconectadas, libre albedrío o agencia; y como elementos se reconocen: trayectoria, transición, sucesos vitales, ventana de oportunidad, efectos acumulativos.

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

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

En coherencia con lo anterior, de acuerdo con el enfoque de curso de vida, al analizar los momentos vitales, se trasciende la idea de la edad como único criterio explicativo para identificar procesos de salud – enfermedad y desarrollo. La edad, debe ser considerada como un valor social más que cronológico, ya que se

constituye en una construcción social e histórica al interactuar con los roles sociales, marcando trayectorias y cursos de vida diferentes para los sujetos, de acuerdo con la cultura, la historia y el contexto social, político y económico de cada persona. 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.

***Perspectiva de Género.*** Partir del género como una construcción social de patrones culturales relacionados con lo masculino y femenino implica comprender que en las personas más allá de las diferencias biológicas, existen otras identidades de género y de orientación sexual, tales como: persona Heterosexual, Homosexual, Lesbiana (L), Bisexual (B), Gay (G), Transgenerista (T), Intersexual (I) con efectos en sus procesos de salud y enfermedad y en la producción de desigualdades en salud relacionadas con estas diferencias. De ahí la importancia de reconocer sus capacidades, necesidades y derechos (MSPS,2021).

La construcción social de roles, identidades, culturas, relaciones, que significan lo femenino, lo masculino y su neutralidad (género no binario); establecen modos de vida, de experiencia, de reproducción, de sexualidad, de interacción social, de acumulados y trayectorias, individuales, familiares, comunitarios, sociales. El género se relaciona con lo biológico, pero lo trasciende y lo modifica. Implica el fortalecimiento de la autonomía, empoderamiento, toma de decisiones, y

participación orientada a la igualdad de género; además de la protección basada en acciones afirmativas que prevengan, atiendan y superen las discriminaciones, exclusiones, y violencias en los ámbitos de vida de los sujetos de acuerdo con su identidad de género.

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

En relación con la perspectiva de género se debe resaltar lo correspondiente a la sexualidad humana y la garantía de los derechos sexuales y reproductivos, los cuales responden a la reivindicación y reconocimiento de que todas las personas son dueñas de su cuerpo y sexualidad, y que se puede decidir sobre la vida sexual y reproductiva sin presiones, ni coerciones.<sup>32</sup> 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:

---

<sup>32</sup> MSPS, 2022. Sexualidad y derechos. Páginas - Sexualidad y derechos (minsalud.gov.co) Página web.

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)

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

***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)

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

poblacionales. 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.

**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 PDSP 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 discapacidad<sup>33</sup> quienes pueden enfrentar impedimentos en igualdad de condiciones, dadas barreras en sus entornos, que limitan su participación plena y efectiva en la sociedad. Su reconocimiento como sujetos de especial protección busca proteger el goce efectivo de sus derechos y el respeto por su dignidad inherente, sin discriminación alguna y con autonomía. Para esto Colombia cuenta con un acervo normativo que es referente para las medidas a adoptar en salud pública, basadas en una inclusión efectiva.

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

---

<sup>33</sup> Deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a mediano y largo plazo.

Además de lo anterior, se tiene lo relativo a personas privadas de la libertad, habitantes de calle 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 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.<sup>34</sup>

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:

---

<sup>34</sup> Corte Constitucional Sentencia T – 736 de 2013.

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.<sup>35</sup>

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 sindemia 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 PDSP 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.

**Perspectiva Interseccional: la Discriminación Múltiple.** 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

---

<sup>35</sup> Reparación Colectiva | Unidad para las Víctimas (unidadvictimas.gov.co)

de estos; con persistencia de distintas manifestaciones en la vida de las mujeres, de niñas y niños, de pueblos indígenas, en la vejez, entre otros.

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

“Así, con la expresión discriminación múltiple, se reconoce la acumulación de las distintas experiencias de discriminación que puede vivir una persona en diferentes momentos de su vida” (Resurrección, 2015, 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, las personas con discapacidad, las personas de diversas orientaciones sexuales e identidades de género, las personas migrantes, las personas en situación de pobreza, las personas pertenecientes a pueblos indígenas, las personas sin hogar, las personas privadas de libertad, las personas en ruralidad, entre otros. Partiendo de este reconocimiento, es que para efectos del PDSP 2022-2031 se asume una perspectiva de interseccionalidad como el camino de integración de la diversidad y de acción frente a sus afectaciones acumuladas y potenciadas desde la discriminación.

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

En Colombia, desde la Constitución Política de 1991, se incluyen artículos relacionados con los derechos humanos, la igualdad y la no discriminación. Sin embargo, aunque no se identifica un desarrollo amplio de la interseccionalidad en las decisiones de Estado, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) ha promovido la creación de estadísticas nacionales con un enfoque

diferencial e interseccional que permitan reconocer estas características sociales de las diferentes comunidades que conviven en el territorio nacional.

Asimismo, en el 2018, el decreto 762 que busca asegurar la garantía de los derechos de las 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 forma, comprende cómo interactúan en la vida de las personas para poder intervenirlas de manera conjunta. y articulada. (Presidencia, 2018)

En el año 2020 el mismo DANE, en el contexto de sus avances relacionados con construir datos inclusivos y desagregados, establece la generación de estadísticas con un enfoque diferencial e interseccional, y establece que la definición de interseccionalidad es:

Una perspectiva que permite conocer la presencia simultánea de dos o más características diferenciales de las personas (pertenencia étnica, género, discapacidad, etapa del ciclo vital, entre otras) que en un contexto histórico, social y cultural determinado incrementan la carga de desigualdad, produciendo experiencias sustantivamente diferentes entre los sujetos (adaptado de Corte Constitucional-Sentencia T-141-15). (DANE, 2020, p.14)

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

## **Abordaje Conceptual de los Alcances en Salud Pública y Modelos de Acción**

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

En el marco de los derechos humanos, la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, considera que este punto de partida:

Es un marco conceptual para el proceso de desarrollo humano que desde el punto de vista normativo está basado en las normas internacionales de derechos humanos 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 estético, 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.

Se convierte, de esta manera, en un ejercicio consciente de la reciprocidad, mediante un proceso complejo, abierto, cambiante, dinámico y transformador, donde todo repercute en todo, y por tanto, la mirada y comprensión integral de una determinada realidad sanitaria devela, al mismo tiempo, las potencialidades y los problemas, para con base en ellos y en su poder transformador ir más allá de ellos a través de la puesta en práctica de visiones positivas de futuro, que le impelen a estados superiores de bienestar y calidad de vida.

Colombia hace parte del conjunto de Estados cuyas constituciones ratifican el derecho de la ciudadanía a disfrutar de un ambiente sano y seguro<sup>36</sup> 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 a la naturaleza como recursos utilizables para cubrir sus necesidades e intereses individuales, con la completa relevancia de los seres humanos y sus decisiones, sobre todo lo demás.

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 codesarrollo, 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

---

<sup>36</sup> 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”.

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.

### ***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 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.

### ***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), 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.

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

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



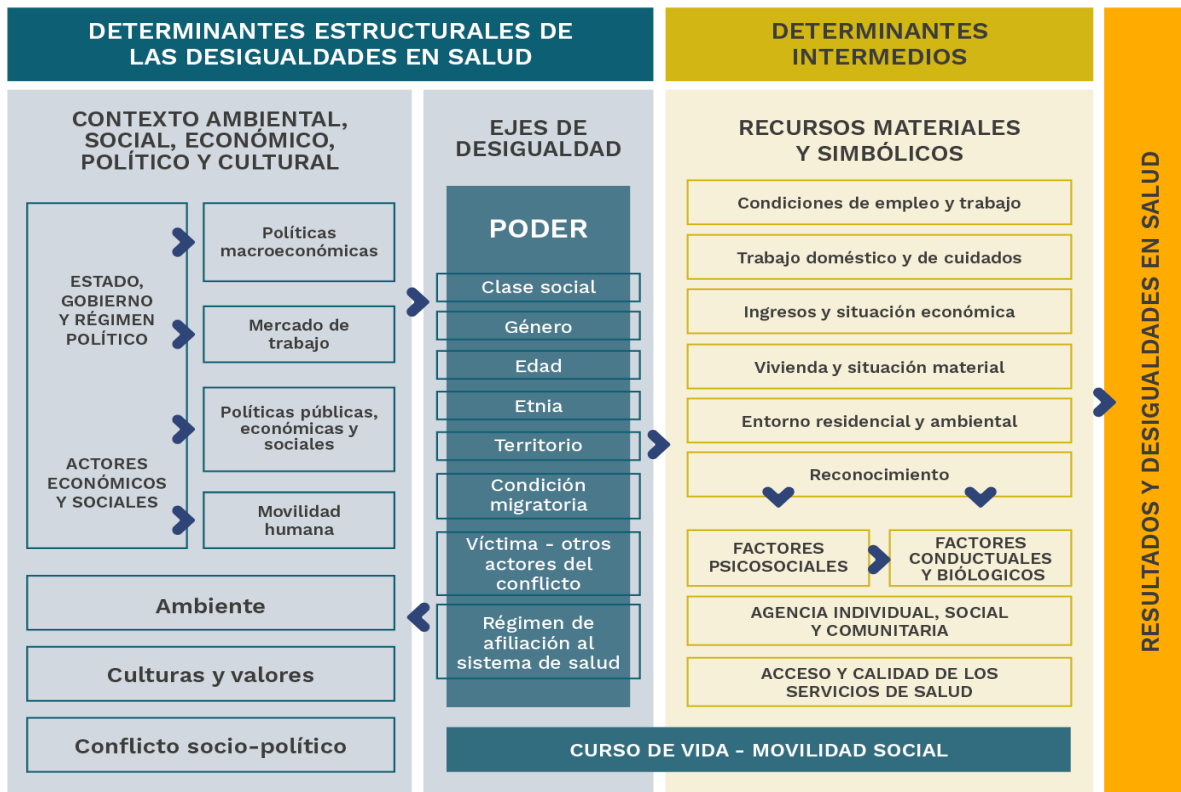
generadores de inequidades en salud: i) la estratificación social, ii) la exposición diferencial, iii) la susceptibilidad diferencial y iv) las consecuencias diferenciales.

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

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

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

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



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

## Ordenadores de la Gestión de la Salud Pública y su Desarrollo en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031

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

intersectoriales estatales y sociales que sustenten el logro de resultados de bienestar y de desarrollo humano y sostenible.

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

Si bien es claro, que no es rol de la salud pública atender el universo de las necesidades y reducir la totalidad de brechas sociales y desigualdades; si es cierto, que los resultados en salud muestran el impacto de lo que sucede 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 ordenadores propuestos, configuran los alcances constitutivos de la salud pública como campo interdisciplinar e intersectorial y al mismo tiempo fenómeno complejo, por tanto, buscan abarcar los aspectos y sus interrelaciones como posibilidad de alcanzar los fines propuestos y en consecuencia, el logro del más alto nivel de salud posible.

### ***Protección Social***

La pandemia por la enfermedad del coronavirus (COVID-19) recibe la segunda década del S. XXI con múltiples impactos en diferentes esferas de la vida humana a nivel global. Esta crisis humanitaria “reveló la crucial importancia de contar con sistemas de salud que aseguren cobertura y acceso universales, así como sistemas de seguridad social que brinden amplia y suficiente cobertura para mitigar las

pérdidas temporales de ingresos. Del mismo modo quedó en evidencia la necesidad de reforzar otras dimensiones vinculadas con el mundo laboral, como la prevención en materia de seguridad y salud en el trabajo. Los mayores efectos sanitarios de la pandemia en América Latina y el Caribe también se relacionan con las limitaciones y brechas que presentan sus sistemas de protección social”. (OIT, 2021, 3)

Entre sus evidencias, demostró “que los costos de la desigualdad se han vuelto insostenibles y de que es necesario reconstruir” las acciones hacia el bienestar. Los efectos de la pandemia se unieron a las circunstancias estructurales en distintos países, como son:

elevados niveles de desigualdad, informalidad laboral, desprotección social, pobreza y vulnerabilidad (...), sistemas de salud y protección social débiles y fragmentados y asentamientos urbanos marginados en expansión carentes de acceso a servicios básicos, grandes flujos migratorios y desplazamientos de población, así como conflictos de diversa índole, y (...) consecuencias de la crisis climática (CEPAL, 2020, 13)

La desigualdad social se visibiliza en mayores proporciones, con escenarios de discriminación múltiple e interseccional derivados de las diferencias no reconocidas o insuficientemente atendidas.

En el contexto actual, y desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, el deterioro de las condiciones económicas de los hogares, con el consiguiente aumento de la inseguridad alimentaria (FAO/CEPAL, 2020), podría forjar un círculo vicioso de pobreza y mal estado de salud en el caso de amplios sectores de la población, lo que repercutirá en las sociedades a largo plazo. En particular, en tiempos de crisis, los déficits de protección

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

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

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

prestacional, para ordenarlos en función de los derechos y en los escenarios donde transcurre la vida de personas, familias y comunidades.

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

Por su parte, de acuerdo con la CEPAL (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.

Así mismo, deben proteger a las personas contra los riesgos y vulnerabilidades de tipo económico y social, así como aliviar la pobreza extrema y la privación. (FAO, 2021) Por lo tanto, es clave para la inclusión social y la superación de desigualdades sociales, que, desde la perspectiva de derechos y la acción sobre determinantes sociales de la salud, se conciba la protección social en una dimensión estructurante de la salud pública articulada desde un trabajo sectorial e intersectorial.

Así, el ordenador de la protección social se vincula directamente con la Agenda 2030 en relación con los objetivos de

poner fin a la pobreza, garantizar un acceso universal a servicios esenciales de salud y promover el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todas y todos (OIT, 2021, 3).

En ese sentido, reconoce que estratificadores como el empleo y la ocupación determinan la posición socioeconómica de los individuos y colectivos y por tanto las condiciones materiales de vida y salud. De ahí que, la relación entre el empleo, las condiciones laborales y la salud de las personas produzca desenlaces positivos en salud asociados con estabilidad laboral, empleo de tiempo completo, recursos asociados a la seguridad social (i.e.; aseguramiento en salud, acceso a incapacidad o licencias por enfermedad, acceso a pensión y beneficios de retiro), y la construcción de capital social en el lugar de trabajo. Mientras que el desempleo, subempleo, la excesiva carga de trabajo, el estrés, el acoso laboral, el bullying y la exposición a sustancias peligrosas y lesiones de origen laboral constituyen factores de riesgo asociados con desenlaces negativos en la salud de los trabajadores. (Braveman, 2011, Einarsen, 2015)

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

Colombia cuenta con desarrollos normativos y de política pública que dan cuenta de la protección social, desde el concepto y medidas de piso de protección

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

Especial atención merece la protección social en lo relativo a la economía del cuidado y las desigualdades de género (entre otras) que produce.

Así, las mujeres dedican más del doble del tiempo al trabajo no remunerado –las labores de cuidado y domésticas–, lo cual limita su propio desarrollo, sus oportunidades educativas, laborales y les deja menos tiempo para el descanso, el ocio o la participación comunitaria, social o política.

En los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) este reconocimiento emergente es incluido en el objetivo de igualdad de género, de manera específica, el derecho al cuidado ha quedado incluido en la Meta 5.4, que explícitamente convoca a:

reconocer y valorar el trabajo doméstico y de cuidado no remunerado, a través de la prestación de servicios públicos, infraestructura y políticas de protección social, y la promoción de la responsabilidad compartida tanto al interior de los hogares y las familias como en el ámbito nacional.



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

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

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

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

responsabilidad el cuidado de otras personas con dinámicas inestables y procesos de salud-enfermedad complejos.

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

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

- El reconocimiento de las condiciones y situaciones que, en las configuraciones actuales de la protección social, generan sinergias positivas para mantenerlas y fortalecerlas; y de aquellas que perpetúan o profundizan las brechas sociales, culturales y económicas para 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 acciones a los diferenciales y prevenir mayores impactos de enfermedad, discapacidad y muerte.

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

### ***Ambiente y Salud***

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

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

Caughy, 1997; Sastry, 1996; Srinivasan, O'Fallon, & Dearry, 2003; Yen & Syme, 1999).

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

Es así como, el derecho a un ambiente sano incluye el reconocimiento del derecho a un aire limpio, a agua potable, ecosistemas saludables, a un clima estable y a alimentos sanos (United Nations, 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.

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-CH<sub>4</sub> y CO<sub>2</sub>), principales responsables del cambio climático (UNEP, 2019). El cambio climático, ha sido reconocido como uno de los principales impulsores de cambios en el ambiente y en los sistemas sociales,

incrementando los riesgos existentes y generando nuevos riesgos, cuyas afectaciones se distribuyen de manera desigual en la población, siendo mayores en comunidades y grupos sociales vulnerables (UNEP, 2019). Los impactos derivados del cambio climático incluyen una reducción de los recursos, pérdida de la biodiversidad, cambios en los ciclos del agua, degradación de los ecosistemas, la contaminación, fenómenos climatológicos extremos y desastres naturales, así como impactos importantes en la salud, (UNEP, 2019) relacionados principalmente con altas temperaturas, olas de calor, exposición a rayos ultravioleta, inundaciones, proliferación de vectores y sus enfermedades asociadas, enfermedades transmitidas por el agua y el aire e inseguridad alimentaria.

En tal sentido, y dadas las circunstancias actuales, es necesario seguir avanzando en el desarrollo de medidas urgentes y agresivas para combatir el cambio climático, así como en el desarrollo de estrategias intersectoriales enfocadas en la adaptación y mitigación. Al mismo tiempo es necesario avanzar en el fortalecimiento, preparación de la respuesta y gestión adecuada del riesgo en emergencias y desastres naturales con impactos en la salud pública. Todas estas medidas en concordancia con los acuerdos internacionales en el marco de la agenda 2030 para el desarrollo sostenible y en la cumbre sobre el clima COP26.

Las actividades humanas son también responsables de una pobre calidad del aire, especialmente en centros urbanos, debido a contaminantes atmosféricos como material particulado (PM<sub>2.5</sub>, PM<sub>10</sub>) y gases (Oxidos de Nitrógeno-NO<sub>x</sub>, Compuestos Orgánicos Volátiles-VOC, Monóxido de Carbono-Co y Ozono-O<sub>3</sub>). Estos contaminantes han sido asociados con una carga importante de morbilidad y mortalidad debido a una gran variedad de resultados en salud en diferentes momentos del curso de vida relacionados con enfermedades crónicas no transmisibles y afectaciones a la salud perinatal e infantil (Neira & Prüss-Ustün, 2016). Por tanto, la reducción de la contaminación atmosférica reduciría la carga de enfermedad y mortalidad por estos eventos. En tal sentido, la implementación de políticas, planes y programas para la reducción de la contaminación del aire

ambiente e interior proveniente de diferentes fuentes es una apuesta clave en salud pública para la reducción de los impactos en salud y la carga de morbilidad y mortalidad asociadas con esta contaminación.

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). En este sentido, la promoción del uso eficiente del agua, la implementación de medidas para su reciclaje y sistemas de captación de aguas lluvias, se han convertido en estrategias para garantizar una mayor seguridad del agua (UNEP, 2019). Así mismo, el acceso a fuentes de agua potable y segura para consumo, servicios de agua residuales, saneamiento básico y lavado de manos son estrategias de salud pública esenciales para prevenir los impactos en la salud.

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

Las características del ambiente construido y los entornos están estrechamente relacionadas con comportamientos en salud tales como la actividad física, el transporte activo, la convivencia social, así como la salud mental. Por tanto, políticas, planes y programas con enfoque diferencial y territorial sobre los entornos y el ambiente construido como la promoción de viviendas, escuelas, universidades y entornos laborales saludable; el fortalecimiento de sistemas de transporte sostenibles, que promuevan el uso de tecnologías y combustibles limpios, la articulación y oferta de modos variados de transporte (multimodalidad), la desestimulación del uso de vehículos particulares, la promoción y fortalecimiento de modos de transporte activo y transporte público; la disponibilidad, cuidado y fortalecimiento de los espacios públicos, espacios verdes y parques, entre otros, resultarían en impactos positivos sobre las enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo.

Estas intervenciones en los entornos son claves también para prevenir enfermedades transmisibles tales como la Infección Respiratoria Aguda, la Enfermedad Diarreica Aguda y las Enfermedades Transmitidas por Vectores, entre otras (Srinivasan et al., 2003). Así mismo, estas intervenciones resultarían en beneficios para la salud mental, especialmente en mejoría de la convivencia social y reducción de la ansiedad y depresión (Audrey & Batista-Ferrer, 2015; Henson et al., 2020; Hunter et al., 2015; Srinivasan et al., 2003). De igual forma, las intervenciones para promover espacios verdes, bosques urbanos, y arborización, así como proyectos arquitectónicos verdes en zonas urbanas son clave también para reducir el riesgo de inundaciones, regular la temperatura ambiente y purificar el aire, factores asociados con beneficios adicionales para la salud.

En tal sentido, es necesario la inclusión de intervenciones en el ambiente construido y los entornos como parte esencial e integral de los Planes de Ordenamiento Territorial, incorporando una visión de desarrollo sostenible en los

territorios con enfoque diferencial para contribuir a la generación de territorios más resilientes y cuidadores de la vida.

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 bidireccional entre ambiente y salud humana desde un 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).

El ordenador de Ambiente y Salud del PDSP 2022-2031 busca orientar la gestión de la salud pública con enfoque diferencial y territorial para avanzar hacia la garantía del derecho a un ambiente sano y por tanto a la protección del ambiente natural, sus ecosistemas y la biodiversidad 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 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.

### ***Cultura para la Vida y la Salud***



La cultura es un atributo y un producto humano, una construcción sociohistórica heterogénea que se concreta en prácticas sociales que institucionalizan modos de vivir la vida. La cultura 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, por tanto interfiere en la vida cotidiana imponiendo límites al deseo y los impulsos agresivos de las personas lo que obliga renuncias que generan malestar, pero posibilita la sociabilidad y la convivencia (Campos, 2002; 2009).

La cultura, en tanto modo socialmente aprendido y transversal a las dimensiones vitales, reproduce un orden social determinando que define formas particulares de pensar y actuar (Harris, 2007). Se puede decir que los sujetos son producto, son formados a través de la 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 del sujeto para co-producir la cultura (Berger y Luckmann, 1968; Bourdieu y Passeron, 1998; Campos, 2009).

Esta dotación de ideas, códigos y valores que nos brinda la cultura reproduce formas consideradas legítimas y valiosas para organizar la vida en sociedad, y en consecuencia determina el conjunto de prácticas sociales que tienen influencia sobre la salud. Así, la cultura a través de las instituciones moldea creencias, percepciones, actitudes y comportamientos en salud individuales y colectivos (Duque-Páramo, 2007). De igual forma, el contexto económico, político y social al establecer normas, reforzar patrones sociales y proveer o no oportunidades influencia determinados comportamientos sociales jugando un rol preponderante en la toma de decisiones (McNeill, Kreuter, & Subramanian, 2006). De ahí que, 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 se materializan en estilos y condiciones de vida en personas y grupos poblacionales.

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 ya que define las estructuras y relaciones de poder legitimadas que se concretan en condiciones particulares de vida. Estos modos y condiciones de vida guardan además una estrecha relación con los estilos de vida de las personas y sus familias, al incidir en la producción y el mantenimiento de los patrones de comportamiento que orientan las decisiones y acciones en salud (Castellanos, 1998). Es así como, los modos, condiciones y estilos de vida siguen patrones de distribución social y estructural del poder, con mayores afectaciones para los resultados en salud de individuos y colectivos en áreas con deficiencia de recursos sociales y materiales (Yen & Syme, 1999).

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 los entornos inmediatos) y los medios financieros para acceder a bienes esenciales y no esenciales de consumo (Braveman & Gottlieb, 2014; Solar & Irwin, 2010). Adicionalmente, las condiciones de vida se 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).

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 determinan 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).

De igual manera, 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 (Howden-Chapman, 2004; Solar & Irwin, 2010). 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 que además guardan relación con el ambiente físico y social del vecindario (Howden-Chapman, 2004; Solar & Irwin, 2010).

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 intermedios de la salud (OMS, 1998; Solar & Irwin, 2010). Desde esta perspectiva, los estilos de vida no se constituyen en situaciones que dependen exclusivamente de las decisiones racionales e individuales de las personas y sus familias, sino que en gran medida son producto de las condiciones sociales, económicas y culturales en las que viven y de las interacciones tejidas en los contextos donde habitan.

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 modos 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.

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, alcohol, sustancias psicoactivas y de alimentos procesados y altamente calóricos. Por su parte, la actividad física, el consumo de alimentos saludables, la sexualidad responsable, la lactancia materna son ampliamente reconocidos como factores protectores del estado de salud (Abbafati et al., 2020).

En consecuencia, la institucionalización de prácticas sociales que permitan el logro de 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 PDSP 2022-2031.

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

Colombia es un país pluriétnico y multicultural, 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.

La interculturalidad integra y permite el diálogo de diferentes conocimientos, saberes y prácticas, se basa en el marco normativo que, derivado del bloque de constitucionalidad, no solo reconoce la diversidad cultural (especialmente étnica), sino que 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 de la salud pública.

Esto significa para el PDSP 2022-2031 que en un mismo territorio cohabitan distintas culturas, con sus propios orígenes e historias, identidades y componentes que en interacción son la expresión de diferencias sociales, que deben ser respetadas, permitiendo dinámicas de encuentro dialógico 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.

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

En este contexto y en el marco del PDSP 2022-2031 el ordenador Cultura para la Vida y la Salud se entiende como el conjunto de preceptos y valores relacionados con las formas consideradas legítimas y valiosas para vivir la vida de manera saludable que se institucionalizan a través de prácticas educativas dialógicas que promuevan modos, condiciones y estilos de vida para la garantía de derechos y el cuidado de la vida y la salud, bajo el respeto de la pluralidad étnica y cultural de los pueblos y la exigencia del límite a las acciones que atentan contra la vida y la salud de las personas y sus entornos.

En ese sentido, el ordenador de Cultura para la Vida y la Salud busca el desarrollo de la educación en el campo de la salud pública como 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 gestión territorial integral de la salud pública acogiendo una perspectiva intercultural que integre la riqueza de la diversidad cultural existente en los distintos territorios del país.

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

manifestaciones es fundamento de la nacionalidad. El Estado reconoce la igualdad y dignidad de todas las que conviven en el país. El Estado promoverá la investigación, la ciencia, el desarrollo y la difusión de los valores culturales de la Nación”.

Así, la educación al interior del campo de la salud pública se convierte en la posibilidad de ampliar los horizontes de reflexión y acción para que sujetos e instituciones incorporen una cultura favorable a la vida y la salud. Lo anterior de importancia crucial en momentos en que la pandemia agravó las condiciones de aprendizaje del país. En consecuencia, el fortalecimiento de la educación en el campo de la salud pública en el marco del PDSP 2022-2031 permitirá 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.

Importa reconocer que el país ha venido realizando importantes esfuerzos con relación a la educación en el campo de la salud pública soportados en la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud (MSPS, 2018) y en el marco conceptual y metodológico para su desarrollo.<sup>37</sup> Allí se acoge, de un lado, la educación y comunicación para la salud como un proceso dialógico de construcción de conocimientos para el desarrollo y fortalecimiento de capacidades que posibiliten mayores grados de autonomía individual y colectiva para la garantía del derecho a la salud. De otro lado, la información en salud se concibe como un proceso de producción, organización y difusión de mensajes en materia de salud pública con el objeto de optimizar la toma de decisiones.

---

<sup>37</sup> Marco conceptual y metodológico para el desarrollo de la educación para la salud de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS - Orientaciones pedagógicas, metodológicas y didácticas.

Si bien, estas definiciones amplían la comprensión tradicional de la educación y la comunicación para la salud diferenciándola de la información en salud, dejan por fuera otras miradas de la educación en el campo de la salud pública que enriquecen su praxis desde lo pedagógico, 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 educomunicación 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 de la salud, como la educación que se realiza desde la “institución salud” ya sea en ámbitos institucionales con pacientes y usuarios o en ámbitos comunitarios con sujetos individuales y colectivos en los que se establece un tipo de relación educador-educando (Peñaranda, 2018). Reconocer la existencia del rol del talento humano en salud como educadores y reflexionar sobre el tipo de relación educador-educando que se establece en las prácticas de salud pública, es fundamental para la co-producción de una Cultura para la vida y la salud. En ese sentido, es válido afirmar con Granda (2009a) que los gestores en salud pública se constituyen en intérpretes y mediadores de las diversas propuestas para la construcción de la vida y la salud en los distintos territorios.

Sin embargo, la educación en el campo de la salud pública ha estado comúnmente vinculada a un modelo educativo tradicional de tipo instruccional con predominio de saberes y prácticas cimentadas en una racionalidad técnico-científica de carácter biomédico que impone una forma particular de conocer y significar los procesos de salud-enfermedad y de patologizar los sujetos rotulados como enfermos o saludables. Asimismo, han prevalecido las relaciones verticales que



limitan la construcción de una práctica autónoma y democrática, y que niegan los saberes diversos y la capacidad de los sujetos para comprender y actuar a favor de la vida y la salud. Una educación con escasa reflexión pedagógica sobre su quehacer que ha derivado en su uso instrumental limitando la potencia de sus prácticas en el desarrollo de capacidades para la co-producción de vida y salud (Granda, 2009; Campos 2009; Díaz et al., 2010; Vivero, 2013; Peñaranda, 2018).

Por tanto, en el marco del PDSP 2022-2031 se requiere comprender que la educación es un proceso donde aprender implica construir conjuntamente en lugar de adquirir, adaptar o reproducir ciegamente conocimientos y/o comportamientos (Ferreira et al., 2014). Una educación desmarcada del modelo biomédico hegemónico que rescate relaciones pedagógicas colaborativas y dialógicas, que permitan la problematización de la realidad y la implementación de metodologías que amplíen la capacidad de los sujetos para analizar e intervenir sobre sus circunstancias en la vía de coproducir subjetividades que hagan posible el mejoramiento de sus condiciones de vida y salud (Campos, 2009).

Trascender la visión instrumental de la educación y recuperar el saber pedagógico para lograr mejores desarrollos en el campo de la salud pública requiere reconocer las relaciones de poder existentes en las que se enmarca 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, implica promover formas de relacionamiento cada vez más dialógicas y colaborativas que habiliten la cogestión como fundamento esencial para la gestión territorial integral de la salud pública.

Educación que en cuanto componente esencial de la práctica de la salud pública pueda posibilitar la formación de un sujeto individual y colectivo libre y responsable de sus actos, capaz de acoger el ejercicio democrático y de apropiar subjetividades dialógicas e interculturales que aproximen la construcción de estilos de vida

saludable y al mejoramiento de las condiciones de vida y salud para todos los habitantes del territorio colombiano.

### ***Integralidad en Salud***

La garantía y reconocimiento del derecho fundamental a la salud se regula mediante la ley 1751 de 2015 y expresa que “comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud” (Artículo 2); agregando que se asegurará la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. Con respecto a la integralidad (artículo 8), dice 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”.

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 ordenadores, este trata lo que debe estar a cargo del sistema de salud<sup>38</sup> 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 demás ordenadores enfatizan en determinantes estructurales, sus ejes de desigualdad y determinantes intermedios relacionados con las condiciones

---

<sup>38</sup> 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.

materiales, este ordenador 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 y específicamente desde la salud pública se centra en que el principal referente es que las personas permanezcan sanas y acumulen durante su trascurso de vida, las mejores 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 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.<sup>39</sup> 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

---

<sup>39</sup> [CONFERENCIAS MUNDIALES DE PROMOCION DE LA SALUD – Observatorio de biopolítica](#)

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 medidas<sup>40</sup>; 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.

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).

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

---

<sup>40</sup> 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' \(who.int\)](#)

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.

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.<sup>41</sup>

En este sentido, la integralidad en salud se caracteriza por:

Estar centrada en las personas, 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

---

<sup>41</sup> 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

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.

### Referencias

- Audrey, S., & Batista-Ferrer, H. (2015). Healthy urban environments for children and young people: A systematic review of intervention studies. *Health and Place*, 36, 97–117. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2015.09.004> LK - [http://mgetit.lib.umich.edu/sfx\\_locator?sid=EMBASE&issn=18732054&id=doi:10.1016%2Fj.healthplace.2015.09.004&atitle=Healthy+urban+environment+s+for+children+and+young+people%3A+A+systematic+review+of+intervention+studies&stitle=Health+Place&title=Health+and+Place&volume=36&issue=&spage=97&epage=117&aulast=Audrey&aufirst=Suzanne&aunit=S.&afull=Audrey+S.&coden=HEPLF&isbn=&pages=97-117&date=2015&aunit1=S&aunitm=](http://mgetit.lib.umich.edu/sfx_locator?sid=EMBASE&issn=18732054&id=doi:10.1016%2Fj.healthplace.2015.09.004&atitle=Healthy+urban+environment+s+for+children+and+young+people%3A+A+systematic+review+of+intervention+studies&stitle=Health+Place&title=Health+and+Place&volume=36&issue=&spage=97&epage=117&aulast=Audrey&aufirst=Suzanne&aunit=S.&afull=Audrey+S.&coden=HEPLF&isbn=&pages=97-117&date=2015&aunit1=S&aunitm=)
- Abbfati, C., Abbas, K. M., Abbasi-Kangevari, M., Abd-Allah, F., Abdelalim, A., Abdollahi, M., ... Murray, C. J. L. (2020). Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10258), 1223–1249. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30752-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30752-2)
- Afanador, María Isabel (2002). El derecho a la integridad personal - Elementos para su análisis. *Reflexión Política*, 4 (8), 92-104.

- Berger, P., & Luckmann, T. (1968). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Gedisa.
- Bourdieu, P., & Passeron, J. C. (1998). *La reproducción. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza*. México D. F: Fontamara.
- Braveman, P. (2010). Social conditions, health equity, and human rights. *Health and Human Rights Journal*, 31-48.
- Braveman, P., Egerter, S., & Williams, D. R. (2011). The social determinants of health: Coming of age. *Annual Review of Public Health*, 32, 381–398.  
<https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031210-101218>
- Braveman, P., & Gottlieb, L. (2014). The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes. *Public Health Reports*, 129(SUPPL. 2), 19–31. <https://doi.org/10.1177/00333549141291s206>
- Caballero, G., Moreno, G., Sosa, M., Figueroa, E., Vega, M., & Culumbié, L. (2012). Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos. *INFODIR*, 1-10.
- Campos, G. W. (2002). Sete considerações sobre saúde e cultura. *Saúde e Sociedade*, 11 (1), 105-115.
- Campos, G. W. (2009). Concepción Paideia y co-producción de salud: la salud colectiva y la clínica ampliadas y compartidas. En G. W. Campos (Ed.), *Método Paideia: análisis y cogestión de colectivos* (pp. 167–203). Lugar Editores.
- Castellanos, P. L. (1998). Los Modelos Explicativos del Proceso Salud-Enfermedad: Los Determinantes Sociales. *Salud Pública: Desigualdades y Ausencia de Equidad*. In Mc Graw Hill (Ed.), *Salud Pública* (p. 35). Madrid. Retrieved from  
[https://www.academia.edu/25324592/LOS\\_MODELOS\\_EXPLICATIVOS\\_D\\_EL\\_PROCESO\\_SALUD\\_ENFERMEDAD\\_LOS\\_DETERMINANTES\\_SOCIALES](https://www.academia.edu/25324592/LOS_MODELOS_EXPLICATIVOS_D_EL_PROCESO_SALUD_ENFERMEDAD_LOS_DETERMINANTES_SOCIALES)
- Cofiño, Rafael; et.al.(2016) Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales?. *Gaceta Sanitaria* 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.06.004>

- Collins, Patricia. (2000) Black feminist thought. Knowledge, consciousness and the politics of empowerment [Internet]. Taylor & Francis e-Library, editor. Vol. 2. London: Routledge; 2000 [cited 2021 Dec 3]. 1–354. Available from: <https://uniteyouthdublin.files.wordpress.com/2015/01/black-feminist-thought-by-patricia-hill-collins.pdf>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2020) Panorama Social de América Latina, 2020 (LC/PUB.2021/2-P/Rev.1), Santiago, 2021.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe – CEPAL. (2000). Etnicidad, "Raza" y Equidad en América Latina y el Caribe. División de Desarrollo Social.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2022) Panorama Social de América Latina, 2021 (LC/PUB.2021/17-P), Santiago, 2022.
- Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. (2015). Avanzando hacia la equidad. Propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Consejería Presidencial para los Derechos Humanos y Asuntos Internacionales. (2018) Balance de la fase de alistamiento para la construcción del Plan de Acción en Derechos Humanos. Consejería Presidencial para los Derechos Humanos y Asuntos Internacionales.
- Corvalán, C. F., Kjellström, T., & Smith, K. R. (1999). Health, environment and sustainable development: Identifying links and indicators to promote action. *Epidemiology*, 10(5), 656–660. <https://doi.org/10.1097/00001648-199909000-00036>
- Cruces, Guillermo (2006). Protección social y sistemas de salud “Los sistemas de salud y de protección social frente a los nuevos escenarios epidemiológicos y demográficos”. Reunión de Expertos sobre Población y Pobreza en América Latina y el Caribe 14 y 15 de noviembre 2006, Santiago, Chile. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CELADE-División de Población, con el auspicio del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)



- Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE. (2020). Guía para la inclusión del enfoque diferencial e Interseccional en la producción estadística del Sistema Estadístico Nacional. Versión Consulta Pública.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE. (2021). El enfoque transversal de los derechos humanos en los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030. Nota Estadística.
- Devia, Camilo; Niño, Jairo (2015). Aproximación a la Seguridad Humana en Colombia. Estudios en Seguridad y Defensa 2015, diciembre, volumen 10 - número 20, 89-10
- Díaz, P., Peñaranda, F., Cristancho, S., Caicedo, N., Garcés, M., Alzate, T., Bernal, T., Gómez, M., Valencia, A., & Gómez, S. (2010). Educación para la salud: perspectivas y experiencias de educación superior en ciencias de la salud, Medellín, Colombia. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 28(3), 221–230.
- Diez Roux, A. V., & Mair, C. (2010). Neighborhoods and health. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186, 125–145. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.05333.x>
- Duque-Páramo, M. C. (2007). Cultura y Salud: Elementos para el Estudio de la Diversidad y las Inequidades. *Investigación En Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 9(2), 127–142.
- Einarsen S, Nielsen MB. Workplace bullying as an antecedent of mental health problems: a five-year prospective and representative study. *Int Arch Occup Environ Health*. 2015;88(2):131–42.
- Ereú de Mantilla, Evelyn (2018). Del antropocentrismo al biocentrismo: un recorrido hacia la educación para el desarrollo sostenible. *Revista de Ciencia y Tecnología. AGROLLANÍA*, 16 (2): 20-26. 2018. Edición Especial ISSN: 2665-0053
- Evans, T., Whitehead, M., Diderichsen, F., Bhuiya, A., & Wirth, A. (2001). *Desafío a la falta de equidad en salud: de la ética a la acción*. New York: Oxford.

- FAO. Social Protection [Internet]. Food and Agriculture Organization of the United Nations. [cited 2021 Nov 16]. Available from: <https://www.fao.org/social-protection/overview/whatisssp/en/>
- Ferreira, V., Rêgo da Rocha, G. O., Bragança Lopes, M. M., Silva dos Santos, M., & Aviz de Miranda, S. (2014). Educação em saúde e cidadania: revisão integrativa. *Trabalho, Educação e Saúde*, 12(2).  
<https://doi.org/10.1590/S1981-77462014000200009>
- Granda, E. (2009). La salud y la vida. Organización Panamericana de la Salud.
- Granda, E. (2009a). Salud: globalización de la vida y la solidaridad. En F. Rojas & M. Márquez (Eds.), *ALAMES en la memoria* (pp. 446–475). editorial caminos.
- Globally [Internet]. Policy Brief prepared for the UN Department of Economic and Social Affairs, Division for Social Policy and Development, United Nations Expert Group Meeting Session: “Good Practices in Family Policy Making. New York; 2012. Available from:  
<http://www.un.org/esa/socdev/family/docs/egm12/HEYMANN%26MCNEILL-PAPER.pdf>
- Harris, M. (2007). *Teorías sobre la cultura en la era posmoderna*. (AltaMira Press, Ed.) (Segunda ed). California: A&M Grafic, Santa Perpetua de la Mogada.
- Heymann J, McNeill K. *Families at Work: What We Know About Conditions*
- Globally [Internet]. Policy Brief prepared for the UN Department of Economic and Social Affairs, Division for Social Policy and Development, United Nations Expert Group Meeting Session: “Good Practices in Family Policy Making. New York; 2012. Available from:  
<http://www.un.org/esa/socdev/family/docs/egm12/HEYMANN%26MCNEILL-PAPER.pdf>
- Howden-Chapman, P. (2004). Housing standards: A glossary of housing and health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58(3), 162–168.  
<https://doi.org/10.1136/jech.2003.011569>
- Henson, R. M., Ortigoza, A., Martinez-Folgar, K., Baeza, F., Caiaffa, W., Vives Vergara, A., ... Lovasi, G. (2020). Evaluating the health effects of place-

- based slum upgrading physical environment interventions: A systematic review (2012-2018). *Social Science & Medicine* (1982), 261, 113102.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113102>
- Hosseini. (2017). Conceptual models of social determinants of health: a narrative review. *Iran J Public Health*, 435-46.
- Hunter, R. F., Christian, H., Veitch, J., Astell-Burt, T., Hipp, J. A., & Schipperijn, J. (2015). The impact of interventions to promote physical activity in urban green space: a systematic review and recommendations for future research. *Social Science & Medicine* (1982), 124, 246–256.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.11.051>
- Jackson, R. J., & Kochitzky, C. (2010). *Creating A Healthy Environment. The Impact of the Built Environment on Public Health. Sprawl Watch Clearinghouse Monograph Series*. Washington, DC. Retrieved from <papers2://publication/uuid/F32713AC-E603-495A-82DA-FBC2429ACAAA>
- McNeill, L. H., Kreuter, M. W., & Subramanian, S. V. (2006). Social Environment and Physical activity: A review of concepts and evidence. *Social Science and Medicine*, 63(4), 1011–1022.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.03.012>
- Miles MB, H. A. (1994). *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. California: SAGE.
- Ministerio de Salud y Protección Social, & Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Referentes Conceptuales y Abordajes sobre Determinantes Ambientales*. Bogotá, D.C: Ministerio de Salud y Protección Social. Retrieved from <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SA/referentes-conceptuales-abordajes-determinantes-ambientales.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016) Resolución 3202 de 2016. Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas el

- Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de la Política de Atención Integral en Salud –PAIS y se dictan otras disposiciones
- Ministerio de Salud y Protección Social (2021). Enfoque diferencial. Orígenes y alcances. Noviembre 2021.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2021a). Documento de postura institucional sobre curso de vida y salud pública. Documento de trabajo para la formulación del PDSP 2022-2031. No publicado.
- Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos. La Declaración Universal de Derechos Humanos | Naciones Unidas
- Neira, M., & Prüss-Ustün, A. (2016). Preventing disease through healthy environments: A global assessment of the environmental burden of disease. *Toxicology Letters*, 259, S1. <https://doi.org/10.1016/j.toxlet.2016.07.028>
- O'Compo, P., Xue, X., Wang, M.-C., & Caughy, M. O. (1997). Neighborhood risk factors multilevel analysis. *American Journal of Public Health*, 87(7), 1113–1118.
- Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (2022). ACNUDH | Qué son los derechos humanos (ohchr.org)
- Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos - OACNUDH, (2006) 'Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo' Disponible en: <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/FAQsp.pdf>. En: Balance de la fase de alistamiento para la construcción del plan de acción en derechos humanos. Consejería Presidencial para los Derechos Humanos y Asuntos Internacionales. 2018.
- One Health Initiative Task Force. (2008). *One health: A new professional imperative. One Health Initiative Task Force Final Report*. Washington, D.C. Retrieved from [https://www.avma.org/sites/default/files/resources/onehealth\\_final.pdf](https://www.avma.org/sites/default/files/resources/onehealth_final.pdf)
- Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2021). Panorama de la protección social en América Latina y el Caribe: Avances y retrocesos ante la pandemia. Serie Panorama Laboral en América Latina y el Caribe 2021.

- Organización Mundial de la Salud – OMS (2018). La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. 9789243512884-spa.pdf (who.int)
- OMS. (1998). Promoción de la Salud. Glosario de términos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Retrieved from [https://http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_spa.pdf;jsessionid=7B83BCC1FCC34D687EF8EFF057A2ED4F?sequence=1](https://http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=7B83BCC1FCC34D687EF8EFF057A2ED4F?sequence=1)
- OMS. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2. Genova: OMS.
- OMS. (2007). Social determinants of health. Retrieved from [https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1)
- OPS. (2007). Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental. In Salud en las Américas 2007. Publicación Científica y Técnica No. 22. Volumen I-Regional (p. 222). Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud. Retrieved from <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/dmdocuments/salud-americas-2007-vol-1.pdf>
- OPS Colombia. (n.d.). Entornos Saludables: Cartilla de los niños y de las niñas. Peñaranda-Correa, F., Bastidas-Acevedo, M., Escobar-Paucar, G., Torres-Ospina, N., & Arango-Córdoba, A. (2006). Análisis integral de las prácticas pedagógicas de un programa educativo en Colombia. Salud Pública de México, 48(3), 229–235.
- Peñaranda, F. (2018). Educación en el campo de la salud pública. Una mirada pedagógica. Medellín: Universidad de Antioquia
- Presidencia de la República de Colombia. (2018). Decreto 762 de 2018. Por el cual se adiciona un capítulo al Título 4 a la Parte 4, del Libro 2, del Decreto 1066 de 2015, Único Reglamentario del Sector Interior, para adoptar la Política Pública para la garantía del ejercicio efectivo de los derechos de las personas que hacen parte de los sectores sociales LGBTI y de personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas.
- Rabinowitz, P., & Conti, L. (2013). Links among human health, animal health, and

- ecosystem health. *Annual Review of Public Health*, 34, 189–204.  
<https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031912-114426>
- Ramirez-Velázquez, B., & Lopez-Levi, L. (2015). Espacio, paisaje, región, territorio y lugar: la diversidad en el pensamiento contemporáneo. Instituto de Geografía, Universidad Nacional Autónoma de México. México D.C.
- República de Colombia (2002). Ley 789 de 2002. Por la cual se dictan normas para apoyar el empleo y ampliar la protección social y se modifican algunos artículos del Código Sustantivo de Trabajo.
- República de Colombia (2015). Ley Estatutaria 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.
- República de Colombia. (2013). Ley Estatutaria 1618 de 2013. Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad”
- República de Colombia. (1991) Constitución Política Nacional.
- Resurrección, Liliana. (2015). La «discriminación múltiple». Formación del concepto y bases constitucionales para su aplicación en el Perú. *Pensamiento Constitucional*, 20, 311-334 / ISSN 1027-6769
- Robert Wood Johnson Foundation. Work Matters for Health [Internet]. Robert Wood Johnson Foundation Commission to Build a Healthier America. San Francisco; 2008. Available from:  
<http://www.rwjf.org/files/research/commissionwork122008.pdf>
- Salvia, Agustín Salvia y Tuñón, Ileana. (2013). Apuntes sobre la construcción de indicadores de desarrollo humano en la infancia. En Modelos e indicadores de desarrollo y bienestar infantil. Montevideo (Uruguay): Tradinco S.A.
- Sastry, N. (1996). Community characteristics, individual and household attributes, and child survival in Brazil. *Demography*, 33(2), 211–229.  
<https://doi.org/10.2307/2061873>
- Solar, O., & Irwin, A. (2010). A conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). WHO Commission on Social Determinants of Health. Switzerland.

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



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

---

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

### **Visión del PDSP 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 territorial, institucional y social de forma articulada, diferencial y sostenible.

### **Fines de la Salud Pública para el Próximo Decenio**

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

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





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

## **Principios**

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

### ***Dignidad***

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, género, 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 (Literal g artículo 6, Ley 1751 de 2015).

### ***Equidad***

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

### ***Justicia Social y Distributiva***

Es la creación de condiciones generales de equidad a través de políticas públicas incluyentes y efectivas que tiendan a la protección de 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.

### ***Prevalencia del Interés General***

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

### ***Inclusión***

Implica la integración de todas las personas al conjunto de la sociedad para que puedan alcanzar el máximo de sus capacidades y potencialidades en salud, especialmente la de aquellos sujetos individuales y colectivos que por razones de diversidad son objeto de discriminación, se encuentran en condición de



vulnerabilidad o sus derechos han sido vulnerados, para los que el Estado tiene la obligación de reconocer y responder con medidas que apunten a la equidad.

### ***Transparencia***

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

### ***Integralidad***

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

## **Ejes Estratégicos del PDSP 2022-2031**

Los ejes estratégicos del PDSP 2022-2031 son las grandes líneas o rutas de gestión de la salud pública, que teniendo como marco la garantía del derecho a la salud, el enfoque diferencial de derechos, la diversidad, el desarrollo humano y sostenible, y los determinantes sociales de la salud, permiten alcanzar la visión y los grandes fines definidos para los próximos diez años. Estas grandes líneas de gestión son: el gobierno y la gobernanza de la salud pública; la gestión intersectorial de los determinantes sociales de la salud; la gestión integral de la atención primaria en salud; la gestión integral del riesgo en salud pública y la gestión del conocimiento para la salud pública.

### ***Eje estratégico: 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 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 subnacionales, que de acuerdo con los mandatos constitucionales, cuentan con importantes competencias y responsabilidades en alcaldías (municipios y distritos) y gobernaciones (departamentos) orientadas a la garantía de la salud de los pobladores de sus áreas político-administrativas. 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.<sup>42</sup> La comprensión del diseño institucional de gobierno para la salud pública y sus alcances de interrelación es la base del trabajo intergubernamental basado en la legalidad, en el reconocimiento de experticias y de agendas comunes en sus diferentes niveles, y del fortalecimiento de la integración de políticas públicas, de 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, entendiendo para el alcance de este eje estratégico que el ejercicio de gobierno reconoce relaciones distintas con otros sectores gubernamentales (plano horizontal) como entre niveles nacional, departamental, distrital y municipal (plano vertical); cuyos mandatos y responsabilidades confluyen en garantizar (para el caso sectorial) y aportar (para lo multisectorial) al más alto nivel de salud posible.

La salud pública es transversal a toda la estructura de gobierno, tanto en lo nacional como en lo subnacional, dando sentido a las recomendaciones derivadas de la perspectiva de la salud en todas las políticas. Esto significa que la función

---

<sup>42</sup> 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)



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

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

### **Definiciones Centrales.**



**Gobierno.** Conjunto de arreglos institucionales públicos que dan cuenta de la distribución territorial del poder, las responsabilidades estatales y el logro de los fines sociales derivados del Estado Social de Derecho, unitario, democrático, pluralista, en un marco de descentralización político-administrativa, autonomía subnacional, con prevalencia del interés general.

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.

La descentralización y la autonomía de lo local se sustentan en el conocimiento de los gobiernos subnacionales 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 subnacionales y establecer acuerdos intergubernamentales multinivel; permitiendo relaciones armónicas entre lo centralizado y lo descentralizado.

**Gobernanza.** Es una forma organizativa del ejercicio del poder y procesos de acción conjunta en la que los representantes gubernamentales, y los demás actores sociales, políticos y económicos, se reconocen, relacionan, articulan y operan en contextos diversos para adelantar una acción colaborativa de interés público orientada al mejor nivel de salud posible. 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.

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

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

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

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





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

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

**Objetivo del Eje Estratégico.** 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.

**Elementos Orientadores.** El eje estratégico de gobierno y gobernanza de la salud pública se desarrollará de acuerdo con los siguientes elementos, que dan cuenta del alcance y objetivo, e incorporan las estrategias y acciones.

***Regulación y Legalidad para el Ejercicio del Gobierno y la Gobernanza de la Salud Pública.*** 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 colectivo, 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 el interés común afecta los intereses particulares y por ende es necesario trabajar por una adecuada alineación.

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 cogestión.

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.

Se desarrolla por medio de las siguientes estrategias:

- ***Generación de coherencia interna y simplificación del ordenamiento jurídico en materia de salud pública.*** Son múltiples los avances normativos y de política pública relacionados con la salud de las poblaciones y sus determinantes sociales que se han emitido en los últimos años, que se encuentran en implementación y que surgen a partir de los compromisos de país adquiridos. Esto unido a los marcos constitucionales, estatutarios, jurisprudenciales producen una estructura regulatoria y de legalidad que debe ser analizada en términos de los fines propuestos, de los mandatos y responsabilidades asignados, de sus alcances y contenidos, procesos y procedimientos involucrados, utilización de recursos, mecanismos de control; a fin de establecer las adecuaciones requeridas para facilitar la acción de la autoridad sanitaria (nacional y subnacional), garantizar su efectividad y fortalecer la gobernanza. Colombia viene avanzando en la simplificación normativa, sin embargo, se considera que debe fortalecerse la coherencia



interna, eliminar las contradicciones, duplicidades, suplir vacíos, integrar intencionalidades, temáticas, procesos y garantizar la seguridad jurídica de la salud pública. Este ejercicio mostrará además las necesidades adicionales que consoliden el ordenamiento jurídico de la salud pública. La estrategia se desarrolla mediante: revisión y análisis integral del ordenamiento regulatorio de la salud pública, elaboración de agenda de ajuste regulatorio, producción de regulación requerida.

- ***Desarrollo de procesos de armonización de regulaciones gubernamentales multinivel.*** Los diferentes gubernamentales producen regulaciones que deben ser armónicas para la implementación del PDSP 2022-2031 y avances significativos en salud pública. El Plan se ejecuta en el marco de varios planes de desarrollo, planes sectoriales, planes territoriales, políticas públicas que terminan, que continúan y que aparecen, lo que requiere un trabajo continuo de armonización de regulaciones gubernamentales. Las realidades territoriales específicas exigen que la regulación sea armónica y responda a sus contextos, con políticas y normas que aporten a la salud pública sostenible; y con ejercicios de gobernanza y gobernabilidad que se consolidan y reconocen la fuerza de un quehacer colectivo abierto, participante, empoderado y sostenible. La producción continua de normas y políticas públicas, los procesos de seguimiento y evaluación de estas 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.
- ***Adecuación regulatoria para el gobierno y la gobernanza de la salud pública que le brinde legitimidad y sostenibilidad.*** Las exigencias actuales en salud pública, lo acontecido durante la pandemia de Covid – 19, sus desafíos, la innovación global y local, y avanzar significativamente en gobernanza y gobernabilidad exige que la regulación fortalezca la coestión



democrática en los próximos 10 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 se consolidan y reconocen la fuerza de un quehacer colectivo abierto, participante, empoderado y sostenible.

***Generación y Adecuación de Arreglos Institucionales para el Gobierno y la Gobernanza de la Salud Pública.*** 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.

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.

Transformar los arreglos existentes reconocen la necesidad de gobiernos legítimos con capacidades de liderazgo, de cogestión, de relaciones en red que mitiguen las barreras derivadas de concepciones y operaciones rígidas, basadas en



especializaciones que fortalecen micropoderes, o en 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.

Las estrategias incluidas en este elemento orientador son:

- ***Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y la rectoría en salud pública.***

La autoridad sanitaria debe establecer la visión estratégica nacional y subnacional 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 en las gestiones que se deben adelantar con los sectores y actores para posicionar un actuar compartido en salud pública. Estos procesos y el cumplimiento de los mandatos y responsabilidades asignados requieren de contar con 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 adelantar de manera específica, la adecuación de las acciones en salud pública a sus diferenciales poblacionales y territoriales. La diversidad de quienes tienen a su cargo la garantía de la salud poblacional en sus territorios exige que en el marco del PDSP 2022-2031 se establezcan 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. Se requiere un fortalecimiento integral de sus capacidades en el que concurren no solo el apoyo permanente sectorial, sino también de aquellas entidades e instancias responsables de los sistemas de gestión, mejoramiento continuo, asistencias técnicas, transferencia de conocimiento, entre otros.

- **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 – administrativas en la que la implementación local es la estructura fundamental de los logros en salud requiere de relaciones intergubernamentales 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 subnacionales 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, sean comisiones, consejos, comités, sistemas administrativos, que permiten de distintas formas aportar a trabajos compartidos, colaborativos, de coordinación, en muchos de los cuales la autoridad sanitaria es parte constitutiva. Todos ellos deben ser aprovechados para incidir en agendas conjuntas que posicionen la salud pública y la intervención positiva de los determinantes sociales de la salud. La presencia activa de estos espacios, mecanismos e instancias en los territorios es diferente y por ende requiere que cada autoridad sanitaria establezca los actores presentes, 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, se soporte en la



armonización de políticas públicas, con un desempeño idóneo de sus responsabilidades y competencias con puentes de relación y de interacción. Que proponga 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.

***Desarrollo de la Gestión Democrática y Colaborativa de la Salud Pública en Territorio mediante la Participación Social y Ciudadana 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 reconocen 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.<sup>43</sup> 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 democrática<sup>44</sup> que le de 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,

---

<sup>43</sup> “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=&msclkid=5b43c45bd06e11ecb7a7d1cc9921760f>

<sup>44</sup> 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=&msclkid=5b43c45bd06e11ecb7a7d1cc9921760f>





incluyente, estable, continua y empoderada de la sociedad civil y la ciudadanía según los contextos territoriales y perspectiva de derechos.

Las estrategias y acciones por desplegar son:

- Implementación de procesos, reglas de relación, operación, mecanismos de control y convergencia en resultados y acción conjunta que permitan la cogestión participativa en salud pública.
- Fortalecimiento de capacidades territoriales y sociales requeridas para la gestión de la gobernanza democrática en salud pública, en términos de toma de decisiones basada en acuerdos conjuntos derivados de los objetivos comunes en salud pública y los resultados de valor público
- Fortalecimiento de la pluralidad participativa, organizada, dinámica y de interacción de acuerdo con los contextos territoriales y sociales orientada a la consolidación de la gobernabilidad, la legitimidad, la gestión integral de la salud pública basada en la acción conjunta, colaborativa y en los activos sociales.
- Intercambio colaborativo de conocimiento, recursos, sinergias y capacidades con perspectiva de activos sociales en salud pública.
- Armonización de las políticas públicas y demás instrumentos relacionados con énfasis en la planeación y la gestión de la salud pública (perspectiva colaborativa y de activos sociales en salud)
- Ejecución de la acción colectiva en salud pública basada en interacciones de redes dinámicas de gobierno, instancias multisectoriales, organizaciones sociales y ciudadanas, y demás actores estratégicos, en configuraciones territoriales que reconocen la diversidad y los alcances particulares de la salud pública.
- 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
- Implementación de mecanismos de corresponsabilidad social que apalanquen la acción conjunta.



**Fortalecimiento de la Transparencia y Confianza en la Acción Pública y Conjunta en Salud.** Trabajar de forma colaborativa en salud pública, lograr compromiso y empoderamiento social requiere estrategias que prevengan y superen las evidencias y percepciones de 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 el incremento de la confianza social entre actores y sectores, como base fundamental de contar con buenos gobiernos y gobernanzas reconocidas. Para esto es necesario que se fortalezcan varios de los mecanismos que se ubican en el marco de definiciones en proceso de implementación en el país y con avances no solo en el sector salud, sino en general en la totalidad de la estructura del Estado.

Son estrategias de este elemento orientador:

- **Gobierno abierto como soporte de los procesos, decisiones y espacios colaborativos de gobierno y gobernanza en salud pública.** El gobierno abierto<sup>45</sup> 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 que garanticen la inclusión diferencial de los sujetos de derecho y la ciudadanía en general. El Gobierno Abierto en salud pública requiere de 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,

---

<sup>45</sup> 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](http://funcionpublica.gov.co))



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

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)



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, empoderamiento de todos los participantes, que en la medida en que se logran trabajos colaborativos y acción colectiva, sea un compromiso de todos 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.

- **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 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 legítimas 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 y 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.



## ***Eje estratégico: Gestión Intersectorial de los Determinantes Sociales de la Salud***

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

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

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



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

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

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



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

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

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

### **Definiciones Centrales.**

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

***Transectorialidad.*** Existe transectorialidad cuando las decisiones de un sector tienen influencia y carácter vinculante en otros sectores y se han generado





procesos conjuntos de respuesta integrada (MSPS, 2016). Implica un modo de gestión más allá de la sumatoria de ofertas sectoriales, institucionales, profesionales o disciplinares. Por tanto, requiere la creación de visiones integrativas y nuevos marcos referenciales para el abordaje de la realidad social.

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

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

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





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

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

**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, de carácter público, privado o mixto, incluyendo la sociedad civil organizada y comunidades, para la intervención positiva de los determinantes estructurales e intermedios de la salud, con el propósito de mejorar las condiciones de vida, la salud, el bienestar y la calidad de vida de la población y avanzar hacia la equidad en salud.

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

**Fortalecimiento de las Instancias de Acción Intersectorial.** La acción intersectorial requiere de instancias sólidas del nivel nacional y sus espejos respectivos en el nivel subnacional para la articulación, coordinación e integración



de actores de sectores gubernamentales y no gubernamentales, públicos, privados y mixtos, la sociedad civil y las comunidades 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 las instancias de acción intersectorial del nivel nacional y subnacional recuperen, consoliden, desarrollen y mejoren su capacidad para ejercer sus funciones reglamentarias como instancias articuladoras de la acción intersectorial, así como su articulación con instancias de la planificación territorial. En el nivel nacional, la Comisión Intersectorial de Salud Pública es la encargada de la coordinación y seguimiento de la acción intersectorial en el marco del PDSP. Los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud han sido definidos como los espejos de la Comisión en el nivel subnacional, y los Consejos de Planeación Territorial son una de las instancias de planeación en las entidades territoriales.

Estrategias del elemento orientador:

- **Fortalecimiento de las instancias de acción intersectorial nacional y subnacional.** Esta estrategia busca el desarrollo de acuerdos de alto nivel y de ajustes normativos pertinentes para que la Comisión Intersectorial de Salud Pública en el nivel nacional y los Consejos de Seguridad Social en Salud en el nivel subnacional cuenten con una arquitectura institucional adecuada, insumos y recursos suficientes, así como planes de acción articulados de acuerdo con su reglamentación para el desarrollo pleno y efectivo de sus funciones como instancias de acción intersectorial que redunden en el desarrollo de políticas, planes, programas y acciones conjuntas para la transformación positiva de los determinantes sociales de la salud.
- **Articulación de los Consejos de Planeación Territorial a la acción intersectorial.** Esta estrategia busca el desarrollo de acuerdos de alto nivel para que los Consejos de Planeación Territorial como instancia de



planeación participativa y de debate y gestión de los Planes de Desarrollo Territorial del nivel subnacional se articulen a los procesos de gestión intersectorial en el marco de la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública.

- **Implementación de las recomendaciones derivadas de la evaluación de la Comisión Intersectorial de Salud Pública.** Consiste en el desarrollo de acciones intersectoriales entre el Ministerio de Salud y Protección Social, el Departamento Administrativo de Planeación Nacional, el Consejo Nacional de Política Económica y Social, y demás ministerios y departamentos administrativos que conforman la Comisión para implementar las recomendaciones derivadas de los resultados de la evaluación institucional de la Comisión Intersectorial de Salud Pública desarrollada en el marco del Conpes 4023.

**Establecimiento de un Marco para la Planificación y Gestión de 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 planificación conjunta orientados por instancias de acción intersectorial sólidas. En tal sentido, este elemento orientador busca la consolidación de un marco para la planificación y gestión intersectorial en el ámbito de las instancias de acción intersectorial que propicie la construcción de confianza y el entendimiento común entre actores, el compromiso político 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.

Estrategias del elemento orientador:



- ***Desarrollo un marco para la articulación y planificación intersectorial.***  
Consiste en el desarrollo de acciones para la estructuración y consolidación de un sistema unificado que, en el marco de la Comisión Intersectorial de Salud Pública y los Consejos territoriales, articule los actores intersectoriales gubernamentales y no gubernamentales de los distintos niveles territoriales (vertical y horizontal) para la gestión territorial integral de la salud pública; propicie la construcción de confianza, el entendimiento y construcción de un lenguaje común entre actores; defina un plan de acción intersectorial coordinado y articulado con objetivos comunes, compromisos, responsabilidades y asignación de recursos de todos los sectores; identifique y gestione fuentes adecuadas de financiación conjunta y establezca una distribución presupuestal para la acción intersectorial, que permitan la definición y financiamiento conjunto 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 y planificación intersectorial, se construyan periódicamente y de manera participativa intersectorial análisis integrados de equidad en salud a nivel nacional y subnacional con énfasis en los determinantes sociales de la salud, en el que contribuyan todos los sectores, propicie el intercambio de información y transferencia de conocimiento entre sectores y sea insumo fundamental en la formulación conjunta de políticas, planes y programas para su abordaje.
- ***Articulación de los procesos de planeación nacional y subnacional.***  
Consiste en el desarrollo de acciones en el nivel más alto de los gobiernos nacional y subnacionales que permitan la articulación de los mecanismos de planeación para la inclusión efectiva de la gestión de los determinantes sociales de la salud propuesta en el PDSP 2022-2031 en los planes de desarrollo nacional y territorial.



- **Implementación de la salud en todas las políticas.** Busca que en el marco de la articulación y planificación intersectorial, se desarrollen acciones consistentes en la inclusión de la perspectiva de salud en las políticas y acciones de los sectores participantes en las instancias de acción intersectorial, así como en los procesos de planeación nacional y territorial de acuerdo con las recomendaciones del enfoque de Salud en Todas las Políticas.
- **Fortalecimiento de la participación social para la acción intersectorial.** Busca el desarrollo de intervenciones y acciones enfocadas en el desarrollo y fortalecimiento de la acción colectiva en salud, apalancada en la participación deliberativa de la sociedad civil organizada y las comunidades en su diversidad y diferenciales en las instancias de acción intersectorial para su incidencia efectiva en los procesos de gestión intersectorial.
- **Consolidación de un marco de financiación de la gestión intersectorial.** Busca el desarrollo de acciones para la estructuración de un marco que permita la financiación conjunta de la gestión intersectorial de los determinantes sociales de la salud, mediante la identificación de mecanismos para el incremento adecuado de la financiación pública y sus mecanismos fiscales y progresivos, la articulación del sector privado para la identificación de mecanismos y aportes de este sector, así como la identificación de fuentes externas como fondos internacionales de financiación de la acción intersectorial.
- **Seguimiento y evaluación de la gestión intersectorial.** Consiste en el desarrollo de acciones para la estructuración en el marco del PDSP 2022-2031 de un sistema para el seguimiento y evaluación de los resultados e impactos de las acciones intersectoriales, y de los mecanismos de financiación, así como la identificación y articulación de fuentes de



información interoperables entre sectores y la definición conjunta de un tablero de control de indicadores para el seguimiento de la gestión intersectorial.

***Gestión Intersectorial y Transectorial de los Determinantes Estructurales e Intermedios de la Salud a Través de Políticas Públicas Participativas.*** Este elemento orientador busca la materialización de la acción intersectorial en 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 subnacionales de acción intersectorial con participación de la sociedad civil organizada y las comunidades en su diversidad y diferenciales.

Estrategias del elemento orientador:

- ***Reducción de las vulnerabilidades económicas y sociales.*** Consiste en la formulación, financiación, implementación y evaluación de políticas públicas participativas, planes y programas intersectoriales en el marco de los diferenciales poblacionales y territoriales en torno a la asistencia social para la reducción de las desigualdades sociales y la mitigación de las consecuencias adversas de las desigualdades económicas, la inclusión social de población en vulnerabilidad con mejoramiento de la oferta institucional y el fortalecimiento de la prestación de servicios.
- ***Mejora del empleo, el trabajo y el ámbito laboral.*** Consiste en la formulación, financiación, implementación y evaluación de políticas públicas participativas, planes y programas intersectoriales en el marco de los diferenciales poblacionales y territoriales en torno al empleo y el trabajo decente, la mejora de las condiciones de trabajo con garantías de protección y seguridad laboral para toda la población, la construcción de entornos de trabajo saludables, y la gestión de los riesgos en salud para la población



trabajadora, el incremento de la empleabilidad para la población general y población con discapacidad, la generación de empleo formal por parte de los sectores productivos, y la formación para el trabajo que fortalezca el desarrollo de conocimientos y capacidades ocupacionales necesarias para el mercado laboral. En el caso de la población trabajadora del sector informal, la formalización del empleo, ampliación de la cobertura, acceso y fortalecimiento del Sistema General de Riesgos Laborales, mejoramiento de las condiciones de trabajo, prevención de los riesgos ocupacionales y el fortalecimiento de factores protectores de la salud.

- **Acceso equitativo a educación de calidad para todos.** Consiste en la formulación, financiación, implementación y evaluación de políticas públicas participativas, planes y programas intersectoriales en el marco de los diferenciales poblacionales y territoriales en torno a la garantía del derecho fundamental a la educación para avanzar en el acceso equitativo a la educación para todos con enfoque étnico e intercultural, que incorpore la alfabetización de población adulta, la protección y educación integral para la primera infancia con programas de desarrollo en la niñez temprana, acceso equitativo a enseñanza primaria gratuita y obligatoria con buena calidad para los/as niños/as, y acceso equitativo a programas de preparación para la vida activa enfocados a los/as jóvenes y adultos. Así como el desarrollo de planes para mejorar la conectividad en zonas de difícil acceso y alta dispersión poblacional para favorecer la oferta educativa para niños/as, padres, madres y cuidadores/as principales.
- **Garantía del derecho a la alimentación adecuada, y la soberanía y seguridad alimentaria y nutricional sostenible.** Consiste en la formulación, financiación, implementación y evaluación de políticas públicas, planes y programas intersectoriales en el marco de los diferenciales poblacionales y territoriales para avanzar en el logro del derecho a una alimentación adecuada y sostenible, asegurando la producción y distribución





de alimentos con disponibilidad y oferta adecuada en los entornos cercanos a los sujetos, el acceso económico y físico oportuno, el aprovechamiento biológico y nutricional de los alimentos que responda a las necesidades alimentarias, nutricionales y económicas de la población. Asimismo, que permitan superar de manera progresiva la inseguridad alimentaria y la malnutrición y asegurar la sostenibilidad de los sistemas alimentarios con respeto y protección de los ecosistemas a largo plazo. De igual manera, el desarrollo de acciones para asegurar la inocuidad de los alimentos y el fortalecimiento de la inspección, vigilancia y control sanitaria de alimentos y bebidas. Además, acciones para reconocer, recuperar, fortalecer y proteger prácticas tradicionales alimentarias de los territorios que aporten a una alimentación saludable y sostenible.

- **Promoción de ciudades, entornos y ruralidades saludables y sostenibles.** Consiste en la formulación, financiación, implementación y evaluación de políticas públicas participativas, planes y programas intersectoriales en el marco de los diferenciales poblacionales y territoriales para el fomento de un ambiente sano, la protección y recuperación de los entornos, los ecosistemas y la biodiversidad; la construcción de zonas verdes biosaludables, parques y espacios públicos seguros para la recreación, la actividad física y el disfrute de la vida; la mejora del equipamiento de barrios y ruralidades en condiciones de mayor vulnerabilidad; el fomento de un sistema de transporte sostenible adecuado, seguro y asequible para todos/as y para la población con discapacidad, que promueva el uso de tecnologías y combustibles limpios, la articulación y oferta de modos variados de transporte, y el avance en la promoción y fortalecimiento de modos de transporte activo; 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; el acceso a viviendas dignas y a servicios públicos domiciliarios, el fomento de escuelas, universidades y entornos laborales 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.

- **Abordaje integral de la salud humana, animal y ambiental.** Se relaciona con la formulación, financiación, implementación y evaluación de políticas públicas intersectoriales 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 como la vigilancia sanitaria y los laboratorios; inclusión de los elementos de Una Salud en la agenda de investigación del país, 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.
- **Garantía de acceso a saneamiento básico y agua limpia.** Consiste en la formulación, financiación, implementación y evaluación de políticas públicas participativas, planes y programas intersectoriales en el marco de los diferenciales poblacionales y territoriales orientados a la protección de nacimientos de agua y reservas nacionales; la garantía de 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 de higiene para el cuidado de la vida y la salud.
- **Gestión de medidas para la adaptación y mitigación del cambio climático y sus efectos.** Consiste en la formulación, financiación, implementación y evaluación de políticas públicas participativas, planes y



programas intersectoriales en el marco de los diferenciales poblacionales y territoriales para la adaptación y mitigación del cambio climático, la implementación de acciones que avancen hacia un desarrollo sostenible bajo en carbono, que incidan en la promoción de relaciones sostenibles con el ambiente y en la mitigación de sus efectos deletéreos en los ecosistemas y en las condiciones de vida y salud de la población.

- ***Gestión integral del riesgo de emergencias y desastres.*** Consiste en la formulación, financiación, implementación y evaluación de políticas públicas participativas, planes y programas intersectoriales para la identificación, prevención y mitigación de los riesgos y vulnerabilidades frente a las emergencias y desastres; 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 prevención, preparación, gestión y reducción de riesgos y de consecuencias para la salud y recuperación de situaciones de emergencias y desastres; fortalecimiento del talento humano en salud 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 y consolidación de la estrategia nacional de respuesta a emergencias.
- ***Gestión de medidas para reducir la oferta y acceso a alimentos no saludables, tabaco y alcohol.*** Consiste en la gestión intersectorial de una política fiscal basada en el incremento de impuestos para reducir la oferta y acceso a alimentos no saludables (bebidas azucaradas, alimentos procesados y ultraprocesados, altamente calóricos y altos en grasas saturadas y productos altos en sal), y al tabaco, sus derivados, nuevos productos y sucedáneos e imitadores. Estrategias para la implementación del etiquetado frontal para alimentos no saludables, y restricciones a la publicidad. Así como el desarrollo de acciones orientadas a la limitación del



acceso a alimentos no saludables, tabaco, sus derivados, nuevos productos y sucedáneos e imitadores y al alcohol en entornos educativos y comunitarios.

- **Fomento de políticas entorno a la economía del cuidado.** Consiste en la gestión intersectorial de políticas públicas participativas, planes y programas en torno a la economía del cuidado enfocadas al reconocimiento y valoración del trabajo doméstico, del cuidado no remunerado y de las personas que ejercen este rol; el fomento de sistemas de cuidado con enfoque de género para la protección social y la prestación de servicios públicos de oferta institucional del cuidado dirigidos a las personas que realizan esta labor; programas de cambio cultural y pedagógico para la promoción de la responsabilidad compartida con igualdad de género tanto al interior de los hogares y las familias como en el ámbito nacional.

### **Eje estratégico: Gestión Integral de la Atención Primaria en Salud**

Las raíces de la Atención Primaria en Salud (APS) se encuentran en el compromiso con la justicia social, la equidad, la solidaridad y la participación. Desde Alma Ata, en 1978, el concepto ha sido reinterpretado y redefinido en múltiples ocasiones. Por ello, OMS y UNICEF han propuesto una definición sencilla, entendiendo la APS como:

Un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento,



la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas. (OMS, 2021)

La APS para el logro de los resultados en salud esperados contempla el abordaje del conjunto de los determinantes sociales de la salud. Particularmente en términos de la atención se centra en los aspectos generales e interrelacionados de la salud física, la salud mental, la salud social y el bienestar con el objeto de ofrecer una atención integral de calidad para dar respuesta a las necesidades de salud a lo largo del curso de la vida y no solo para una serie concreta de enfermedades (OMS, 2021).

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

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



El eje estratégico de Atención Primaria Integral en Salud se aproxima a las aspiraciones de equidad, bienestar, calidad de vida y desarrollo del país. Permite el abordaje territorial de los determinantes sociales de la salud al apropiar un enfoque de derechos centrado en las necesidades diferenciales de 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.

### **Definiciones Centrales.**

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

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

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

**Atención Primaria Integral en Salud.** Estrategia de gestión integral para la organización de la salud pública y el sistema de salud que implica esfuerzos territoriales, institucionales y sociales coordinados e integrados, tanto del sector salud como de la sociedad en su conjunto, para el abordaje de los determinantes sociales de la salud en la vía de garantizar el derecho a la salud, el bienestar y la calidad de vida de la población. Para lo cual desarrolla procesos de atención



integral, integrada y continua que articulan acciones promocionales para la vida y la salud con acciones de cuidado integral, gestión integral del riesgo, y 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.

**Alcance.** Elevar el nivel de salud, el bienestar y la calidad de vida de la población requiere de una acción participativa, colaborativa y comprometida con el abordaje de los determinantes sociales de la salud y la construcción de una sociedad con justicia social y ambiental.

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

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



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

***Gestión Territorial, Técnica, Administrativa y Financiera de la Salud Pública.*** Se relaciona con el fortalecimiento de las capacidades para gestionar territorial, técnica, administrativa y financieramente la Atención Primaria en Salud de tal forma que responda efectiva y eficazmente a las necesidades individuales y colectivas en salud pública brindando una atención integral, integrada y continua que considere diferenciales poblacionales y territoriales e incorpore mecanismos para el uso oportuno, transparente y apropiado de los recursos en el marco de la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública que se desarrolla en el capítulo 6 del presente Plan.

Estrategias para el desarrollo del elemento orientador:

- ***Planeación territorial integral en salud pública.*** Involucra la caracterización del territorio en términos de equipamiento, recursos y necesidades, capacidad instalada y mapeo de actores clave para el abordaje de las necesidades en salud pública, así como el establecimiento de prioridades y acuerdos para la acción colegiada, complementaria y sinérgica entre los distintos actores y sectores involucrados en la gestión de la salud pública territorial desde la perspectiva de la atención primaria integral en salud. Esta estrategia brinda herramientas para fortalecer desde un enfoque





de salud pública los procesos de planeación integral en salud a cargo de la entidad territorial para la definición del PTS.

- **Fortalecimiento y articulación y desarrollo de los sistemas de información en salud pública.** 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. Asimismo contempla el fortalecimiento del Sistema de Seguimiento y Evaluación del PDSP 2022-2031 y del Sistema de Vigilancia en Salud Pública de tal forma que optimicen la toma de decisiones para la gestión territorial integral en salud pública.
- **Desarrollo de tecnologías para la atención integral, integrada y continua.** Implica el desarrollo de tecnologías en salud pública que responden y se adaptan a los diferenciales poblacionales y territoriales a lo largo del continuo del curso de la vida y que contribuyen a la efectividad de las intervenciones poblacionales, colectivas e individuales para la protección social, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la detección temprana, el diagnóstico, manejo y control de las enfermedades, la rehabilitación y la paliación. Además comprende todas aquellas tecnologías aplicables a la gestión administrativa y financiera, acompañadas del impulso de la investigación y la generación del conocimiento en temas de efectividad, aplicación, costos entre otros aspectos.
- **Gestión del talento humano en salud pública.** Se relaciona el desarrollo y fortalecimiento de los equipos interdisciplinarios (con el involucramiento de agentes comunitarios en los ámbitos que así lo requieran) en términos de disponibilidad, accesibilidad, calidad y continuidad del talento humano requerido para tal fin y en condiciones de protección y seguridad laboral. Asimismo Implica el desarrollo de capacidades en el talento humano para el abordaje diferencial, familiar y comunitario en el marco del cuidado integral de la vida y la salud, así como el desarrollo y actualización de capacidades





técnicas y relacionales que permitan una respuesta efectiva y eficaz a las necesidades en salud de la población.

***Coordinación y Articulación entre los Distintos Sistemas, Niveles, Intervenciones y Modelos Involucrados en la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública.*** Se relaciona con el relacionamiento estratégico para el intercambio de recursos, conocimientos y capacidades a través del fortalecimiento de la coordinación entre los sistemas de salud y protección social y los demás sistemas gubernamentales involucrados con el abordaje de los determinantes sociales de la salud. De igual manera implica el desarrollo de procesos en red que faciliten la coordinación y articulación entre actores y sectores a través de los tres niveles de gestión de la salud pública (macro, meso y micro) en procura de la garantía de los derechos en interdependencia y en el marco del desarrollo integral, diferencial y sostenible a nivel territorial. Asimismo, requiere la articulación de las intervenciones poblacionales, colectivas e individuales en salud pública y en particular, exige integrar, con adaptaciones interculturales según diferenciales poblacionales y territoriales, los distintos enfoques del modelo de atención para el abordaje integral de las condiciones de salud.

Estrategias para el desarrollo del elemento orientador:

- ***Coordinación y articulación de las acciones territoriales en salud pública.*** Se relaciona con la coordinación y articulación en el territorio de las acciones que incidan en el abordaje de los determinantes sociales de la salud contempladas en los Planes de Desarrollo Territorial, Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial-PDET, Planes de Ordenamiento Territorial, Planes de Seguridad y Salud en el Trabajo, entre otros, con las acciones sectoriales poblacionales, colectivas e individuales contempladas en el Plan Territorial en Salud, el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, las Rutas Integrales de Atención en Salud, el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación de manera integrada y corresponsable entre la entidad territorial y los demás actores del sistema.



- **Desarrollo y consolidación de redes integradas para el bienestar.** Se relaciona con el desarrollo de redes integrales e integradas de servicios sociales y servicios de salud que permitan superar la fragmentación de las acciones tendientes al bienestar y el desarrollo humano y social sostenible por medio de la integración territorial de las acciones de bienestar en condiciones de calidad, accesibilidad, oportunidad y aceptabilidad para la garantía de la atención integral, integrada y continua según necesidades del momento del curso de vida bajo la coordinación y responsabilidad de la entidad territorial en articulación con las redes integradas de servicios de salud bajo la responsabilidad de EAPS y prestadores.
- **Desarrollo de Rutas Integrales de Gestión en Salud Pública.** Se relaciona con el desarrollo de rutas que faciliten la coordinación entre los tres niveles de la Gestión Territorial integral de la Salud Pública, la articulación de las intervenciones poblacionales, colectivas e individuales y adicionalmente, faciliten la integración y articulación de las intervenciones de promoción de la salud realizadas por los prestadores en el marco de la atención integral de las condiciones de salud bajo responsabilidad de las EAPB con las intervenciones colectivas para la promoción de la salud y la gestión del riesgo en grupos poblacionales realizadas por la entidad territorial en los diferentes entornos y ámbitos donde transcurre la vida y la salud.
- **Integración de enfoques para la atención integral de las condiciones de salud.** Implica la integración efectiva de los enfoques de cuidado crónico, gestión del riesgo, salud familiar y comunitaria, con adaptaciones diferenciales y territoriales, en el modelo de atención integral de las condiciones de salud del nivel de la microgestión de la salud pública.
- **Integración de sistemas para el cuidado integral de la vida y la salud.** Se relaciona con la integración del sistema de salud, el sistema de protección social y demás sistemas gubernamentales con incidencia en los determinantes sociales en articulación con el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI), los planes de vida indígenas y otras formas



autónomas para el cuidado de la vida y la salud a través de los niveles de gestión territorial integral de la salud pública.

***Promoción y Protección de Modos, Condiciones y Estilos Favorables a la Vida y la Salud.*** Se relaciona con las decisiones concertadas entre los distintos sectores del desarrollo para avanzar en la mejora conjunta de las condiciones de bienestar y salud de la población. El abordaje de la atención primaria integral en salud debe llevar a 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.

Estrategias para el desarrollo del elemento orientador:

- Consolidación de marcos políticos jurídicos y normativos para la promoción de la salud, el bienestar, la calidad de vida y la garantía de derechos
- Promoción y protección para un ambiente sano
- Prevención y el control frente a las dinámicas incrementales de vulnerabilidad para la población y los ecosistemas, así como con la mitigación de los efectos del cambio climático
- Acceso a saneamiento básico y agua limpia
- Promoción y protección de mejores condiciones de vida y salud en ámbitos urbanos y rurales, así como en entornos educativos, laborales, comunitarios, institucionales y del hogar
- Protección social y promoción de mejores condiciones de trabajo para la población en entornos urbanos y rurales
- Promoción y protección de la soberanía y la seguridad alimentaria y nutricional



- Promoción y protección de la salud mental, la recreación, la sana convivencia, la salud sexual y reproductiva, la actividad física y la alimentación saludable.

***Promoción y Protección del Cuidado Integral de la Salud con Enfoque Diferencial.*** Se relaciona con el desarrollo de acciones afirmativas y diferenciales individuales y colectivas para sujetos de especial protección y personas expuestas a contextos, situaciones o condiciones de mayor vulnerabilidad que obliga por parte de las entidades del Estado a tomar medidas de protección especial y trato preferente para la inclusión estratégica del enfoque diferencial.

Estrategias para el desarrollo del elemento orientador:

- Promoción y protección de la salud materno-infantil
- Promoción y protección del desarrollo integral de niños, niñas y adolescentes
- Promoción y protección de la salud sexual y reproductiva con equidad de género
- Promoción y protección del envejecimiento activo de la población
- Protección de las personas con enfermedades huérfanas/raras bajo su reconocimiento como sujetos de especial protección
- Promoción y protección del cuidado integral de la salud y la mejoría de las condiciones de vida para personas indígenas, negras, afro, raizales y palenqueras, Rrom, migrantes, víctimas del conflicto armado y sociopolítico, habitantes de calle, campesinas, personas privadas de la libertad y en condición de discapacidad.

***Fortalecimiento de la Participación Social en Salud.*** 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 plurales que garanticen la seguridad y autonomía de los participantes y la legitimidad de las decisiones.



Estrategias para el desarrollo del elemento orientador:

- Promoción y desarrollo de capacidades para la participación social y la acción colectiva en salud tendientes a mejorar las condiciones de vida y salud de los habitantes del territorio colombiano
- Fortalecimiento de los escenarios, mecanismos y recursos para la 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.

***Institucionalización de una Cultura para la Vida y la Salud.*** Se relaciona con el desarrollo de capacidades territoriales, sociales e institucionales favorables a una cultura para la vida y la salud lo que implica el desarrollo de las prácticas pedagógicas educativas y comunicativas en el campo de la salud pública, entendidas dichas prácticas pedagógicas como acciones intencionales de formación producidas histórica y culturalmente, orientadas por fines epistemológicos, éticos y políticos que trascienden el ámbito institucional y reflexionan sobre la naturaleza, los contextos, los discursos, las intencionalidades, los contenidos, las metodologías, los sujetos y el tipo de relaciones establecidas en el proceso educativo (Ortega, 2009).

Estrategias para el desarrollo del elemento orientador:

- ***Desarrollo de una reflexión pedagógica sobre los procesos educativos en el campo de la educación para la salud.*** Se relaciona con el reconocimiento del rol del talento humano en salud como educadores y por tanto productores de cultura, lo que conlleva a la necesidad de promover una reflexión pedagógica al interior del campo de la salud pública que oriente sus



prácticas educativas hacia la promoción de una cultura para el cuidado de la vida y la salud en el marco de la implementación de la política. En ese sentido, requiere reflexionar sobre la intencionalidad, los fines, la naturaleza, los contextos, los discursos, las intencionalidades, los contenidos, las metodologías, los sujetos y el tipo de relaciones establecidas en los procesos educativos al interior del campo de la salud pública con el propósito de desarrollar prácticas pedagógicas que permitan el desarrollo de capacidades para interpretar, proponer, acordar y actuar en los sujetos que participan de la cogestión de la salud pública a nivel territorial.

- ***Construcción de capacidades dialógicas para la cogestión 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 acogiendo el diálogo como posibilidad de ampliar la capacidad de los sujetos para problematizar la realidad, abordar el conflicto, reconocer la diferencia y analizar e intervenir sobre sus circunstancias en la vía de coproducir subjetividades que hagan posible el mejoramiento de sus condiciones de vida y salud.

### **Eje estratégico: Gestión Integral del Riesgo en Salud Pública**

La Gestión Integral del Riesgo en Salud Pública como eje estratégico del PDSP 2022-2031 retoma lo planteado en el Plan anterior, así como importantes avances recorridos en el sistema de salud colombiano. La Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS) se entiende como una “estrategia transversal de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) que se fundamenta en la articulación e interacción de los agentes del sistema de salud y otros sectores para identificar, evaluar, medir, intervenir (desde la prevención hasta la paliación) y llevar a cabo el seguimiento y monitoreo de los riesgos para la salud de las personas, familias y comunidades,



orientada al logro de resultados en salud y al bienestar de la población” (MSPS, 2018, p.8). De igual modo, se ha establecido que la GIRS tiene un componente colectivo con intervenciones para grupos poblacionales en cabeza de la entidad territorial y otro individual a cargo de las EAPB, ARL, prestadores y personas. Por tanto, se operativiza a través del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) y el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (PBSUPC).

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

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

De acuerdo con la OMS (2002), algunos de los riesgos en salud se han reducido, pero las pautas de consumo (alimentos, alcohol, tabaco, entre otros) han generado una transición de los riesgos y una tendencia al incremento de las





enfermedades crónicas no transmisibles, agregando una importante carga de enfermedad, incluso con regiones que aún no superan los problemas de salud como las enfermedades transmisibles y la desnutrición.

Al entender el riesgo como la probabilidad de un resultado adverso, o un factor que aumenta esa probabilidad, se debe reconocer que los riesgos para la salud de las poblaciones son diversos, dinámicos, en algunos casos crecientes, pueden constituirse en cualquier momento y se relacionan con las circunstancias de vida compartida y particular, en diferentes escenarios vitales y dinámicas sociales. La aproximación a los riesgos está mediada por la estructura cultural de la sociedad, las experiencias personales, familiares y sociales, los acumulados vitales individuales y colectivos; a lo que se unen las definiciones técnicas de expertos e institucionalidad que participan de su control y de su producción.

Los riesgos por lo tanto obedecen a contextos específicos, en los que se constituyen condiciones particulares y situaciones que producen relaciones complejas en tiempo y espacio, con diferentes incidencias sobre las poblaciones. Algunos de ellos con expresiones individuales de consumo, por ejemplo, se relacionan con entornos que potencian los riesgos o los controlan, con base en disponibilidad y acceso a alimentos saludables, oferta y equipamientos que promuevan y faciliten hábitos y estilos saludables, controles sobre consumos de sustancias dañinas para la salud, regulación de medidas preventivas, entre otros.

Esto significa que la gestión integral del riesgo en salud pública no contempla exclusivamente los riesgos individuales, sino que también establece las acciones necesarias para, desde el respeto a la autonomía, generar transformaciones del comportamiento y establecer acciones de protección, reconociendo la complejidad de las dinámicas en las que el curso de vida y la salud familiar y comunitaria tienen un papel protagónico. Mucho de lo que se muestra como una situación meramente individual, si bien incorpora asuntos particulares de decisiones, comportamientos y prácticas; no son aisladas y se encuentran en relación con los contextos,





oportunidades, dinámicas sociales e intereses de distintos órdenes, es decir, con los determinantes estructurales de la salud y las desigualdades sanitarias en los que se desarrolla la vida de los habitantes de Colombia.

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

La Gestión Integral de Riesgos en Salud Pública debe orientarse a pensar, primero, los orígenes de la salud, los activos sociales e institucionales para protegerla en el curso de vida personal, familiar y en comunidad. Tanto la salud como el bienestar son construcciones sociales que se deben promover, consolidar y restaurar de manera continua y dinámica. La gestión integral de riesgos va más allá de intervenciones específicas sobre riesgos únicos y aislados, se trata de abordar en positivo, todo aquello que es necesario realizar para trabajar por una



salud basada en las oportunidades y fortalezas de las sociedades actuales y futuras, tanto en lo local como en lo global, con permanentes alertas sobre los generadores de daño individual y colectivo, lo que puede profundizar las desigualdades estructurales existentes.

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

#### **Definiciones Centrales.**

**Riesgo en Salud.** Probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y valorado como negativo para la salud individual y/o colectiva.

**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.

**Gestión Integral del Riesgo 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.



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

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

**Alcance.** La gestión integral del riesgo en salud pública se trata entonces de asumir la salud pública en su alcance completo, lo que significa que la suma de riesgos (probabilidades de materializar amenazas para la vida y la salud) individuales y colectivos confluye e incrementa las vulnerabilidades sociales y las vulneraciones sistemáticas de los derechos humanos. La apuesta de la salud pública no se centra en atender solo las enfermedades, sino en mantener y proteger la salud de la población, lo que pasa por transformar las circunstancias de vida en el corto, mediano y largo plazo, disminuyendo la magnitud y severidad de los riesgos y su producción de daño sobre los sujetos titulares de derechos, tanto individuales como colectivos.



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

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

**Objetivo.** 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.

**Elementos Orientadores.** El eje estratégico de la Gestión Integral del Riesgo en Salud Pública se desarrollará de acuerdo con los siguientes elementos, que dan cuenta del alcance y objetivo: gestión de las amenazas colectivas en salud pública; fortalecimiento de los procesos de aseguramiento y prestación de servicios



para la gestión del riesgo individual en salud, en el marco del modelo de atención para el cuidado integral de la salud, e implementación de Rutas para la Gestión integral de Riesgos en Salud Pública.

**Gestión de las Amenazas Colectivas en Salud Pública.** Se relaciona con la posibilidad y capacidad de respuesta frente a las amenazas colectivas en salud pública que permitan la prevención, mitigación y superación adecuada de riesgos colectivos en concurrencia, complementariedad y subsidiaridad con otros actores y sectores gubernamentales y no gubernamentales. De igual manera se relaciona con el fortalecimiento de capacidades en el talento humano y el desarrollo de infraestructura científica y tecnológica que permitan contrarrestar cualquier eventualidad frente a riesgos para la salud individual y colectiva.

Estrategias para el desarrollo del elemento orientador:

- **Gestión anticipada y oportuna de amenazas colectivas potenciales.** Se relaciona con la posibilidad de gestionar respuestas proactivas en salud pública relativas a las amenazas colectivas en términos de salud ambiental, emergencias y desastres, sanidad portuaria, seguridad alimentaria, entornos cotidianos, seguridad en el trabajo y protección social, gestión de los riesgos biológicos, sociales, económicos y ambientales con incidencia en la salud pública y prevención de su materialización con efectos negativos en la vida y salud de los habitantes del territorio colombiano.

**Fortalecimiento de los Procesos de Aseguramiento<sup>46</sup> 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.** Se relaciona con la 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

---

<sup>46</sup> Incluye seguridad y salud en el trabajo.



territorial las cuales deben aplicarse a cada uno de los contextos poblacionales y territoriales

Estrategias para el desarrollo del elemento orientador:

- 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
- Organización de la red de prestadores de servicios de salud primarios y complementarios y definición del tipo de atención requerida teniendo en cuenta adaptaciones diferenciales para el diseño de la prestación de los servicios de salud
- Garantía de la seguridad de la atención a través de prácticas de prevención cuaternaria y acción sin daño, equipos interdisciplinarios capacitados y coordinados, personas y familias informadas y proactivas, prestación de servicios de salud seguros y humanizados, sistemas de información interoperables y estrategias de monitoreo, seguimiento y evaluación que optimicen la toma de decisiones y el logro de resultados positivos en salud
- Estrategias de anticipación y gestión de los riesgos financieros derivados de la atención individual en el sistema de salud.

***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 necesidades poblacionales y territoriales con el concurso no solo del MSPS, sino además con los aportes de la academia, de las sociedades y agremiaciones médicas, asociaciones de pacientes y de la sociedad civil organizada e interesada en temáticas particulares. Implica a nivel territorial el desarrollo de acuerdos sectoriales e intersectoriales para la gestión integral de los riesgos en salud pública.

Estrategias para el desarrollo del elemento orientador:



- Formulación, implementación, seguimiento, monitoreo y evaluación de rutas integradas e integrales sectoriales, intersectoriales y comunitarias para la gestión del riesgo en salud pública que articulen intervenciones individuales y colectivas de anticipación y control de riesgos en salud pública con perspectiva territorial
- Fortalecimiento de la implementación de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud y de las RIAS para grupos de riesgo y eventos priorizados según grupos de riesgo a través de la apropiación conceptual y metodológica de las RIAS.
- Desarrollo de modelos comunitarios para el abordaje de los trastornos de salud mental que protejan frente a el aislamiento y discriminación propios de los modelos tradicionales de hospital psiquiátrico.
- Desarrollo y apropiación de un enfoque de reducción de riesgos y daños para el manejo integral del consumo de sustancias psicoactivas como posibilidad no solo de prevenir el consumo, sino de mejorar la funcionalidad y calidad de vida de las personas al gestionar y minimizar los riesgos y daños en la salud derivados del consumo.

***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 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. Asimismo se relaciona con el desarrollo y fortalecimiento de estrategias de educación y comunicación para la salud individuales, familiares o grupales en el marco de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud.



## **Eje estratégico: Gestión del Conocimiento para la Salud Pública**

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

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

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

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





práctica (WHO, 2013b). Brechas que, además, han sido señaladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un factor contribuyente de las profundas inequidades sanitarias (WHO, 2005).

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

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

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

### **Definiciones Centrales.**



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

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

**Alcance del Eje Estratégico.** El eje estratégico de Gestión del Conocimiento para la Salud Pública, plantea un modelo de gestión del conocimiento en salud pública que entiende esta gestión como un conjunto de principios, procesos, herramientas y prácticas que permite a las personas y a los colectivos consolidar, generar, divulgar, traducir y usar el conocimiento para la gestión de la salud pública, avanzar hacia la garantía del derecho fundamental a la salud, mejorar el acceso equitativo a nuevas tecnologías en salud, así como mejorar el desempeño del sistema y de los servicios de salud. El modelo propuesto contempla procesos a través de los cuales se logra la gestión del conocimiento tales como la gestión de datos, la generación de conocimiento, la difusión y traducción social del conocimiento y su uso para la toma de decisiones; las tecnologías de la información y las comunicaciones como herramientas de apoyo a la gestión del conocimiento; y a las personas como generadoras y usuarias del conocimiento.

De esta manera el eje estratégico de Gestión del Conocimiento para la Salud Pública está orientado a la construcción colectiva de conocimientos y saberes, que a partir de estrategias de generación, divulgación, traducción y uso de conocimiento por individuos y colectivos en los distintos niveles y sectores implicados en la gestión de la salud pública del país oriente la toma de decisiones.



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

**Objetivo del Esje Estratégico.** Fortalecer la gestión del conocimiento para la salud pública mediante el reconocimiento y la construcción conjunta de conocimientos y saberes, el fortalecimiento de las capacidades institucionales y sociales, la gestión de los sistemas de información y la articulación intersectorial, como una de las estrategias transversales de la gestión de la salud pública en el país.

**Elementos Orientadores.** El eje estratégico de la gestión del conocimiento para la salud pública se desarrolla de acuerdo con los procesos del modelo de gestión del conocimiento para la salud pública, que dan cuenta del alcance y del objetivo: fortalecimiento de un marco de articulación para la gestión de conocimiento; generación de conocimiento; divulgación y traducción social del conocimiento; y uso del conocimiento.

***Establecimiento de un Marco de Articulación para la Gestión del Conocimiento.*** Se relaciona con acciones sectoriales e intersectoriales para la configuración, desarrollo y sostenimiento de un marco integrado de articulación y planificación para la gestión de conocimiento en salud que avance en el fortalecimiento de capacidades, que articule actores clave sectoriales, intersectoriales, la academia, la sociedad civil organizada y las comunidades para la construcción de una red integrada de gestión del conocimiento en salud pública en el marco del PDSP, que permita la construcción colectiva de conocimiento y saberes para orientar la toma de decisiones en salud.

Estrategias del elemento orientador:



- **Consolidación de una red integrada de gestión del conocimiento en salud pública.** Consiste en el desarrollo de acciones intersectoriales para la estructuración y consolidación de una red integrada de gestión del conocimiento, saberes e investigación en salud pública, que articule actores clave sectoriales, de la academia, de otros sectores gubernamentales, del sector público y privado, de organismos de cooperación internacional, de la sociedad civil organizada y las comunidades de los distintos niveles territoriales en espacios de entendimiento y construcción de confianza, que estructure un plan estratégico colaborativo y articulado de gestión del conocimiento con acciones de cooperación interinstitucionales, que aborde las necesidades técnicas y operativas para la generación de conocimiento e investigación, el desarrollo de capacidades, el fortalecimiento de la gestión de la información, de las fuentes de información y del talento humano pertinente, así como la gestión de mecanismos financieros y normativos para la sostenibilidad de la gestión del conocimiento.
- **Consolidación de un plan estratégico para la gestión del conocimiento.** Consiste en el desarrollo de acciones para la estructuración de un plan estratégico articulado con acciones de cooperación interinstitucional para la gestión del conocimiento en el marco de la red integrada de gestión del conocimiento en salud pública. Este plan deberá además avanzar hacia la materialización de la gestión del conocimiento y la investigación como función esencial de la salud pública, la propuesta de una agenda de gestión del conocimiento e investigación con líneas definidas acordes a las necesidades de salud nacionales y subnacionales, así como al fortalecimiento de las capacidades para la generación de conocimiento y el desarrollo de investigación.
- **Gestión de la sostenibilidad del marco y la red para la gestión del conocimiento.** Consiste en el desarrollo de mecanismos normativos para la configuración y reglamentación de la red integrada de gestión del conocimiento en salud pública. Asimismo, busca la gestión de fuentes de



financiación en niveles altos del gobierno nacional, con acciones intersectoriales con el Ministerio de Ciencia Tecnología e Innovación para el fortalecimiento de programas de ciencia, tecnología e innovación en salud; Ministerio de Salud y Protección Social, otros ministerios y con organismos de cooperación internacional para asegurar la gestión del conocimiento e investigación en salud, así como el fortalecimiento de las capacidades y la sostenibilidad de la red integrada de gestión del conocimiento.

- **Fomento de la participación social para la gestión del conocimiento.** Busca el desarrollo de acciones enfocadas en el fomento de la participación de la sociedad civil organizada y las comunidades en su diversidad en la red integrada de gestión del conocimiento en salud pública, que promueva 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.

**Fortalecimiento de fuentes de información y gestión de datos.** Se relaciona con el desarrollo de mecanismos para la generación, obtención, estructuración, preparación, consolidación, evaluación, disposición, fortalecimiento y gobernanza de la información y de datos tales como registros administrativos, encuestas y censos poblacionales en los diferentes niveles territoriales. Las acciones deben partir de la identificación de las brechas de información, síntesis de la información y datos existentes, para luego promover la integración y acceso a otras fuentes de información que permitan fomentar el incremento de la evidencia en salud para el país y enriquecer las fuentes de datos sanitarios. (MSPS, 2015)

Estrategias del elemento orientador:

- **Consolidación de fuentes de información.** Consiste en el desarrollo de planes y acciones sectoriales e intersectoriales para el fortalecimiento de las fuentes de información del sector y otros sectores, que identifique brechas de información, así como otras fuentes de información disponibles, que



integre diversas fuentes de información, así como el desarrollo de acciones, mecanismos, instrumentos y herramientas para la interoperabilidad de sistemas de información de interés en salud pública.

- **Consolidación de la gestión de datos.** Consiste en el desarrollo de planes y acciones tendientes a la colaboración interinstitucional e intersectorial para el intercambio de datos y garantizar su disponibilidad y acceso equitativo a través de repositorios de datos disponibles para el público, bases de datos en línea anonimizadas y datos agregados en cumplimiento de regulaciones sobre protección de datos, garantía de confidencialidad y seguridad, con el objetivo de permitir el uso amplio de la información disponible para la generación de conocimiento. En esta estrategia de gestión de datos también es esencial el desarrollo de acciones para garantizar la inclusión en registros administrativos de variables para la medición de estratificadores sociales (ocupación), así como la identificación racial y étnica y demás determinantes sociales de la salud que permita su uso para los análisis requeridos en salud pública.

**Generación de Conocimiento.** En el marco de la red integrada de gestión del conocimiento en salud pública, este elemento orientador consiste en la consolidación de acciones para la construcción colectiva de conocimientos, saberes e investigación en salud pública a través de procesos de co-creación entre diferentes actores sociales.

Estrategias del elemento orientador:

- **Articulación de necesidades en salud con la toma de decisiones.** Consiste en el desarrollo de acciones para fomentar y desarrollar análisis integrados de las necesidades de salud y la situación de salud territoriales, los determinantes sociales de la salud y las desigualdades en salud en articulación con los actores de la red, que permita la definición de líneas de gestión del conocimiento e investigación coherentes, así como la articulación



de estas necesidades con la evidencia generada a nivel internacional y nacional para la toma de decisiones y la estructuración de acciones informadas en salud pública.

- **Consolidación de espacios para la construcción colectiva de saberes.** Consiste en el desarrollo de acciones para fomentar y desarrollar espacios integrados en un marco intercultural con actores diversos y comunidades étnicas para el intercambio de saberes, cosmovisiones y la construcción colectiva de saberes en salud pública.
- **Desarrollo y fortalecimiento de centros de pensamiento en salud pública.** Consiste en el desarrollo de planes y programas para la construcción de centros de pensamiento en salud pública con actores de la red integrada de gestión del conocimiento en alianza con universidades, investigadores y académicos para generar espacios permanentes de reflexión y debate académico entorno a la salud pública del país, así como la construcción de propuestas para el mejoramiento de la acción en salud pública en el marco de los determinantes sociales y de la garantía del derecho fundamental a la salud, la evaluación del PDSP y la orientación para la formulación de políticas públicas sólidas.
- **Fortalecimiento de observatorios en salud pública.** Consiste en el desarrollo de planes y acciones para la construcción, fortalecimiento y financiación de observatorios de salud 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.



- **Gestión para la transformación de información.** Consiste en el desarrollo de planes y programas para la estructuración y configuración de procesos para la obtención, organización, sistematización almacenamiento de datos e información para su uso. Asimismo, la estructuración y desarrollo de herramientas e instrumentos para la transformación de la información en conocimiento, que permitan el análisis, transferencia y uso de la información para la toma de decisiones en salud pública.
- **Fortalecimiento de los procesos de planeación en salud pública.** Consiste en el desarrollo de planes y acciones para la estructuración de procesos que permitan la transferencia de información del sistema de seguimiento y evaluación del PDSP para optimizar la toma de decisiones en salud. Asimismo, el desarrollo de acciones para el fortalecimiento de los procesos de planeación en salud pública en el marco de la estrategia de gestión Planear, Hacer, Verificar y Actuar (PHVA).

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

Estrategias del elemento orientador:

- **Consolidación de la apropiación social del conocimiento.** Consiste en el desarrollo de planes y acciones para la estructuración de procesos, la gestión de tecnologías, herramientas e instrumentos que permitan el intercambio de información, la disponibilidad de información clara y datos para quien la requiera, y la divulgación y transferencia de la información y su uso para





apoyar la toma de decisiones en procesos de apropiación social del conocimiento.

- **Desarrollo de estrategias de comunicación.** Consiste en el desarrollo de acciones para la comunicación multidireccional, interactiva e intersectorial para la divulgación y apropiación social del conocimiento con diversos actores tales como encuentros, seminarios, conferencias, foros, coloquios y demás espacios de divulgación e interlocución con actores sectoriales, intersectoriales, la sociedad civil y las comunidades. Asimismo, el fomento de herramientas estilo boletines, infografías, resúmenes informativos, resúmenes de políticas, noticias, documentos de divulgación, publicaciones en blogs y redes sociales, páginas web con herramientas de visualización que permitan difundir el conocimiento a actores clave y a la población en general. Asimismo, el fomento de la divulgación científica de los resultados de investigación a través de eventos académicos y artículos científicos.

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

Estrategias del elemento orientador:

- **Consolidación de una cultura de uso del conocimiento.** Consiste en el desarrollo de planes y acciones para que en el marco de la red integrada de gestión del conocimiento en salud pública y con participación articulada de los actores se consolide una cultura del uso del conocimiento en los procesos de toma de decisiones en salud pública, en el seguimiento y evaluación del PDSP, así como en la formulación de lineamientos, planes, programas y políticas públicas en el nivel nacional y subnacional.



## ***Eje estratégico: Gestión y Desarrollo del Talento Humano en Salud Pública***

Los **sistemas de salud** dependen en gran medida para su organización y operación del talento humano en salud, que se constituye en un factor central en el objetivo de avanzar hacia la garantía del derecho fundamental a la salud, y al logro de una mayor cobertura y acceso al sistema de salud (OPS, 2017). De esta manera, el rol del **talento humano en salud** en cuanto a la organización y operación del sistema de salud a través de la prestación de servicios, la disposición de recursos, la gestión y uso del conocimiento, contribuye a generar transformaciones que impactan positivamente los resultados en salud de la población, así como a la construcción de sistemas de salud sólidos y resilientes (MSPS, 2018).

En tal sentido, el desarrollo, la disponibilidad, la accesibilidad y la calidad del talento humano en salud 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). Es así como, los lineamientos internacionales especialmente la agenda 2030, han establecido la necesidad de formular políticas adecuadas para el desarrollo del talento humano en salud, que incluyan el fortalecimiento de la financiación, la creación de nuevos empleos, la formalización laboral, la contratación y capacitación adecuadas como estrategias clave para avanzar hacia el cumplimiento de los compromisos adquiridos en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y otros acuerdos internacionales (MSPS, 2018; OMS, 2015, 2016; OPS, 2017).

En el marco de acuerdos internacionales, la “Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030”, adoptada en la 69ª Asamblea Mundial de la Salud del 2016, que es fundamental “acelerar el progreso hacia la cobertura sanitaria universal y los ODS garantizando el acceso equitativo a un personal de salud capacitado y motivado dentro de sistemas de salud eficaces” para lo que se debe “garantizar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad del personal de salud mediante inversiones suficientes y la aplicación de políticas



eficaces a nivel nacional, regional y mundial” (OMS, 2015, p. 5). Asimismo, la 29ª Conferencia Sanitaria Panamericana, estableció en el 2017, la “Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de la salud”, que se basa en el goce del derecho a la salud y al “rol central que los recursos humanos de la salud tienen para superar de manera progresiva las barreras de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización, étnicas y de género para que todas las comunidades puedan acceder de manera equitativa y sin discriminación a servicios integrales de salud que sean adecuados, oportunos y de calidad” (OPS, 2017, p. 6). Desde esta perspectiva, el desarrollo de recursos humanos para la salud corresponde a una de las funciones esenciales de la salud pública renovadas (OPS, 2020) y constituye un factor estratégico esencial en iniciativas previas como las “Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015”, que reafirmó la necesidad de vincular los perfiles de competencias del personal sanitario con la estrategia de atención primaria en salud (OPS, 2007).

En Colombia, la Ley 1164 de 2007, definió *“las disposiciones relacionadas con los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética del Talento Humano del área de la salud”* (Congreso de la República de Colombia, 2007). De igual forma la Ley 1438 de 2011, establece la necesidad de desarrollar una *“política de talento humano en salud que oriente la formación, ejercicio y gestión de las profesiones y ocupaciones del área de la salud, en coherencia con las necesidades de la población colombiana, las características y objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud”* (Congreso de la República, 2011, p. 34). Por otra parte, el capítulo III de la Ley Estatutaria en Salud (2015), especifica la autonomía profesional y el respeto a la dignidad de los profesionales y trabajadores de la salud, los cuales deberán tener *“condiciones laborales, justas y dignas, con estabilidad y facilidades para incrementar sus conocimientos”* (Congreso de la República, 2015, p. 10). Es así como en el marco de estos compromisos, 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).*

En coherencia con esta política y los lineamientos internacionales, regionales y nacionales, así como los aprendizajes obtenidos durante la respuesta sanitaria a la pandemia por COVID-19, que coinciden con 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 como un eje estratégico fundamental para avanzar hacia el cumplimiento de su visión y fines en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud, la incidencia sobre los determinantes sociales y la gestión territorial.

#### **Definiciones centrales.**

**Talento Humano en Salud Pública.** Todas las personas que realizan acciones cuya finalidad fundamental es obtener resultados positivos en salud.

**Alcance del Eje Estratégico.** El talento humano en salud es el pilar fundamental del sistema de salud y de la gestión de la salud pública que contribuye para avanzar hacia la materialización del derecho fundamental a la salud, a la mejora del desempeño y sostenibilidad del sistema y sus instituciones, y a la consolidación de un sistema de salud sólido y resiliente.

El eje de gestión y desarrollo del talento humano para la salud en el marco del PDSP 2022-2031, propende por el desarrollo de mecanismos que hagan posible el fortalecimiento de su rol central para lograr la integralidad de la gestión de la salud pública, mediante el desarrollo del talento humano para la salud a través de los procesos de formación, desarrollo, empleabilidad, monitoreo y distribución de la fuerza de trabajo en los territorios a nivel nacional. Asimismo, incorpora elementos relacionados con el desarrollo de capacidades necesarias para el abordaje de la



salud desde el marco de los determinantes sociales y la gestión territorial integral de la salud pública.

**Objetivo del Eje Estratégico.** Consolidar la gestión y desarrollo del talento humano en salud como el pilar fundamental del sistema de salud mediante la articulación sectorial e intersectorial que asegure su formación y desempeño acorde a las necesidades de salud territoriales, 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 y la gestión territorial integral de la salud pública.

**Elementos orientadores.** El eje estratégico de gestión y desarrollo del talento humano para la salud se desarrollará de acuerdo con los siguientes elementos, que dan cuenta del alcance y objetivo: Consolidación de una gobernanza del talento humano para la salud; Fortalecimiento de las capacidades del talento humano en salud; y Gestión para la disponibilidad y sostenibilidad del talento humano para la salud en condiciones de protección y seguridad laboral.

**Consolidación de la Capacidad de Cogestión del Talento Humano en Salud.** La consolidación de la capacidad de cogestión del talento humano en salud se relaciona con el fortalecimiento de la rectoría del sector salud para la articulación, establecimiento de alianzas y el desarrollo de acciones colaborativas en procesos intersectoriales con los sectores de educación, trabajo, hacienda, el sector privado y las entidades territoriales con el propósito de potenciar el desarrollo del talento humano para la salud en coherencia con las necesidades de salud de la población para avanzar al mayor nivel de salud posible en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud.

Estrategias del elemento orientador:



- **Gestión intersectorial para el desarrollo del talento humano para la salud.** Consiste en el fortalecimiento de la rectoría del sector salud en el nivel nacional y subnacional y su articulación para el desarrollo de procesos intersectoriales con los sectores de educación, trabajo, hacienda, el sector privado, las entidades territoriales y otras instancias para la formulación de políticas, planes o programas enfocados en:
  - La regulación y fortalecimiento de los procesos de formación del talento humano en salud, incluyendo los estándares y criterios requeridos de educación superior, la educación continua y la educación técnica y vocacional. El fortalecimiento y fomento de las capacidades de las autoridades de regulación y acreditación para el desarrollo de lineamientos, normas, y regulaciones para la acreditación y garantía de la calidad del talento humano, así como el desarrollo de mecanismos sólidos de evaluación y fiscalización del ejercicio profesional y su renovación con base en estándares, instrumentos e instancias de evaluación y seguimiento del talento humano en salud.
  - La regulación del mercado de trabajo y del ejercicio profesional con garantía de condiciones de trabajo dignas apoyada de sistemas de protección contra riesgos en el trabajo, que incluya el desarrollo de mecanismos de retribución adecuados acordes con las responsabilidades profesionales y del trabajo, así como la formalización laboral.
  - La búsqueda de mecanismos de financiación y el desarrollo de estrategias para el incremento de la inversión pública en el talento humano que permita incrementar su disponibilidad y accesibilidad para abordar las necesidades de salud en los territorios.
  
- **Gestión de la información del talento humano.** Consiste en el desarrollo de planes y programas para el fortalecimiento del Sistema de Registro Único del Talento Humano en Salud (RETHUS), su interoperabilidad e integración



con otros sistemas y fuentes de información del sector y de otros sectores, el desarrollo de mecanismos de estandarización, consolidación y análisis de la información con la definición de indicadores que permita la caracterización del talento humano, el seguimiento, la identificación de sus condiciones profesionales, laborales, su ubicación geográfica y movilidad, así como el mapeo de procesos de formación continua.

**Fortalecimiento de las capacidades del talento humano en salud.** Se relaciona con el fortalecimiento de los procesos de formación y educación continua del talento humano para la salud que estén alineados a las necesidades de salud territorial, del sistema de salud, a la vanguardia de las demandas de salud actuales y futuras y al cumplimiento de los ODS, en el marco de un modelo de salud intercultural basado en las personas, las familias y las comunidades, el reconocimiento de los saberes ancestrales, la gestión e implementación de la estrategia de atención primaria en salud; la garantía de una educación interprofesional, así como el desarrollo de competencias para el trabajo intersectorial, políticas públicas, el análisis de políticas y de la situación de salud, la comunicación en salud, la vigilancia en salud pública, la seguridad sanitaria y la aplicación del reglamento sanitario internacional, la gestión del conocimiento, el monitoreo y evaluación, la gestión intersectorial para la salud pública, y las tecnologías de la información y las telecomunicaciones en salud, la diversidad e interculturalidad y la educación en el campo de la salud pública.

Estrategias del elemento orientador:

- ***Gestión para la formación y educación continua del talento humano pertinente a las necesidades de salud y del sistema de salud.*** Consiste en el desarrollo de planes y programas articulados con el sector de educación para la consolidación de una política de formación por competencias acorde a las necesidades en salud pública del contexto territorial y las necesidades de formación descritas anteriormente; el desarrollo de procesos de articulación entre competencias profesionales y las competencias





ocupacionales para la gestión de la salud pública; la implementación del enfoque diferencial en la formación y desempeño en las profesiones y ocupaciones de la salud; la formación para el desarrollo de trabajo colaborativo en la formación y desempeño del talento humano en salud por medio de la educación interprofesional para la gestión de la salud pública; la implementación de programas y planes enfocados en la promoción de la actualización del talento humano, a través de la educación y formación continua. Además, el desarrollo de planes para el fomento de la formación del talento humano procedente de zonas rurales.

**Gestión para la disponibilidad y sostenibilidad del talento humano para la salud en condiciones de protección y seguridad laboral.** Se relaciona con el desarrollo de estrategias orientadas a garantizar la distribución y disponibilidad del talento humano en el territorio nacional en condiciones laborales adecuadas, a través de mecanismos de fidelización, movilización e incentivos y de apoyo psicosocial; el fortalecimiento del servicio social obligatorio como estrategia para incrementar esta disponibilidad en el territorio, así como la conformación de equipos interdisciplinarios para los cuidados primarios que garanticen un sistema orientado en las personas.

Estrategias del elemento orientador:

- **Gestión del talento humano para el territorio.** Consiste en el desarrollo de estrategias de planeación para la dotación y distribución del talento humano para la salud en el territorio nacional de acuerdo con las necesidades en salud específicas de las comunidades y los territorios, incluyendo mecanismos de desconcentración, retención y rotación del personal; el desarrollo de incentivos tanto económicos, de desarrollo profesional, estabilidad laboral, mejores condiciones de trabajo y carga de trabajo, salarios justos, adecuados y oportunos, y posibilidades de educación continua para generar procesos de retención y redistribución del talento humano en salud en los territorios. Asimismo, el desarrollo de sistemas de





atención organizados en red en todos los niveles y la integración de servicios de salud pública para mejorar la capacidad resolutive del talento humano. La inclusión de la perspectivas de género y de inclusión en los procesos de contratación del talento humano.

- **Gestión del talento humano para la salud pública.** Consiste en el desarrollo de planes y programas para la inclusión de nuevos perfiles y el fortalecimiento de las funciones y roles de equipos básicos interdisciplinarios de salud en torno a la gestión de la salud pública como los promotores sociales o agentes comunitarios, gestores de salud pública en áreas rurales y sabedores ancestrales; la conformación de equipos interprofesionales para el primer nivel de atención a partir de normas y regulaciones específicas y la oferta de empleo público; el desarrollo de mecanismos para evaluar y adecuar las capacidades y perfiles de los equipos del primer nivel para asegurar el ejercicio de todas las funciones esenciales de la salud pública, el abordaje de los determinantes sociales de la salud, y el desarrollo de la interculturalidad.
- **Fortalecimiento del servicio social obligatorio.** Consiste en el desarrollo de planes y programas para el fortalecimiento de una cultura del servicio social obligatorio, que incluye la gestión con instituciones de salud para la creación de cargos para el servicio social obligatorio y la asignación de recursos sostenibles para su financiamiento; así como el desarrollo de un marco jurídico que permita ampliar el servicio social obligatorio a otras disciplinas no incluidas actualmente.
- **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, especialmente tras la emergencia sanitaria por



COVID-19; y fomentar el cumplimiento de las políticas en Seguridad y Salud en el Trabajo para el talento humano en salud.

### Referencias

- Braveman, P., Egerter, S., & Williams, D. R. (2011). The social determinants of health: Coming of age. *Annual Review of Public Health, 32*, 381–398. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031210-101218>
- Braveman, P., & Gottlieb, L. (2014). The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes. *Public Health Reports, 129*(SUPPL. 2), 19–31. <https://doi.org/10.1177/00333549141291s206>
- Congreso de la República. Ley Estatutaria No. 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones, Ministerio de Salud y Protección Social § (2015). Colombia: Congreso de Colombia. Retrieved from [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Ley 1751 de 2015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf)
- Departamento Administrativo de la Función Pública. (2020). *Gestión del Conocimiento*.
- Departamento Administrativo de la Función Pública. (2021). *Abecé de la Integración de la Gestión del Conocimiento y la Innovación. Versión 1*. Bogotá, D.C, Colombia. Retrieved from [https://www.funcionpublica.gov.co/web/eva/biblioteca-virtual/-/document\\_library/bGsp2ljUBdeu/view\\_file/40788625](https://www.funcionpublica.gov.co/web/eva/biblioteca-virtual/-/document_library/bGsp2ljUBdeu/view_file/40788625)
- 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 \(funcionpublica.gov.co\)](https://www.funcionpublica.gov.co)
- Díez, E., Camprubí, L., & Ferrelli, R. (2015). *Recomendaciones técnicas y operativas para el fortalecimiento de la Comisión Intersectorial de Salud Pública de Colombia*. Colección Documentos de Trabajo No. 31. Eurosocial. Bogotá: EUROsocial. Retrieved from



<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/recomendaciones-fortalecimiento-comision-intersectorial-salud-publica-colombia.pdf>

- Girard, J., & Girard, J. (2015). Defining knowledge management: Toward an applied compendium. *Online Journal of Applied Knowledge Management*, 3(1), 1–20.
- Kershaw, P. (2018). The need for health in all policies in Canada. *CMAJ: Canadian Medical Association*, 190, E64–E65. <https://doi.org/10.1503/cmaj.171530>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Política de atención integral en salud. Un sistema de salud al servicio de la gente*. Bogotá, D.C, Colombia. <https://doi.org/10.2307/j.ctv1rcf0q5.5>
- MSPS. (2016). *Orientaciones para la Intersectorialidad*. Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá, D.C, Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social.
- OCDE. (2018). *Guidelines for Collecting, Reporting and Using Data on Innovation. Manual de OSLO, 4ta ed.* Paris, Luxembourg: OECD Publishing. Paris.
- OMS. (2010). *Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas. Hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar. Informe de la Reunión Internacional sobre la Salud en Todas las Políticas Adelaida*. Retrieved from [http://www.who.int/social\\_determinants/spanish\\_adelaide\\_statement\\_for\\_w eb.pdf](http://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_w eb.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Política de la OPS sobre investigación para la salud*. Washington, DC.
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Las funciones esenciales de la salud pública en las américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco Conceptual y descripción*. Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC. Retrieved from [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53125/9789275322659\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53125/9789275322659_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Ortega, P. (2009). *La pedagogía crítica reflexiones en torno a sus prácticas y*



desafíos. *Universitas Humanística*, 31, 26–34.

Piot, P. (2012). Innovation and technology for global public health. *Global Public Health*, 7(SUPPL. 1), S46–S53.

<https://doi.org/10.1080/17441692.2012.698294>

República de Colombia. Ley 1757 de 2015. por la cual se dictan disposiciones en materia de promoción y protección del derecho a la participación democrática y, define la rendición de cuentas.

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](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69119/WHO_EIP_KMS_2005.1.pdf)

WHO. (2013). Health in all policies (HiAP) framework for country action. *Health Promotion International*, 29(S1), i19–i28.

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

WHO. (2021). Atención Primaria de Salud. Geneva. Retrieved from

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>



## Capítulo 6. Gestión Territorial Integral de la Salud Pública del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031

---

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

Por su parte, la gestión es un proceso relacional producto de la interacción entre personas que tiene como finalidad mejorar los procesos organizativos institucionales para el cumplimiento de los objetivos propuestos. Por tanto, el centro de la gestión debe estar en los sujetos, en el talento humano que hace posible la gestión de la salud pública, y no en los objetos que participan de una cadena de valor, que si bien 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 gerencial, 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, que incidan de manera particular en la forma de relacionamiento jerárquica e instrumental que prevalece en las prácticas de salud, específicamente en las relaciones instituidas entre los directivos del nivel nacional y el nivel subnacional, 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.

Gestión que permita trastocar, la lógica predominante de la planificación en salud que obedece exclusivamente a lineamientos y procedimientos de formulación gubernamental impartidos desde el nivel central de manera vertical y descendente limitando las posibilidades de agencia de los territorios, por lógicas ascendentes incrementales que permitan el protagonismo de los actores sociales e institucionales para coordinar, planificar y evaluar la acción en salud pública desde la concreción de lo local (Duncan y Sepúlveda, 2008).

Gestión de 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 que avancen hacia formas menos burocratizadas y cada vez más reflexivas, dialógicas y colaborativas 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, pero interviniendo más el tipo de relaciones que se establecen entre los sujetos que a los sujetos en sí mismos (Campos, 2005).



En ese sentido, se entiende la gestión de la salud pública como un modo particular de relacionarse que reconoce los distintos roles y grados de saber y poder en los sujetos involucrados, pero que busca establecer entre ellos relaciones constructivas, formas más democráticas para coordinar, planificar y evaluar el trabajo, que integran la experiencia, el deseo y el interés de los sujetos en ejercicios de cogestión que facilitan la coproducción y establecen las interacciones humanas como el centro de la gestión en salud. 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).

Así, el talento humano en salud pública, se constituye en uno de los principales gestores de la salud pública, es decir, en intérprete y mediador de las distintas formas del cuidado de la vida y la salud, al rescatar la potencia creadora de los sujetos individuales y colectivos para coproducir salud en los territorios y al interior de los diferentes entornos donde transcurren sus vidas (Granda, 2009; Campos 2009). Gestores de la salud pública capaces de analizar e integrar el conocimiento que aportan las distintas disciplinas y saberes en una comprensión multidimensional y compleja del contexto sociosanitario en interacción con los sujetos que lo habitan, y al mismo tiempo, de proponer prácticas que superen el abordaje centrado en la enfermedad para avanzar hacia prácticas que generen oportunidades y desarrollen capacidades para potenciar la vida y la salud, articuladas a las necesidades e intereses de los distintos actores que configuran el territorio.

En este sentido, 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 disenso 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 lo Otro y el desarrollo de capacidades de mediación y concertación que puedan avanzar en objetivos comunes frente al accionar de la salud pública y eviten lógicas necrófilas de odio y destrucción.

Por tanto, la gestión en salud pública para el PDSP 2022-2031 se comprende como un proceso relacional de carácter participativo, colaborativo y democrático que busca mejorar los procesos de gobernanza de la salud pública al trascender la gestión como una directriz vertical exclusivamente gubernamental y apostar por formas cada vez más dialógicas de relacionamiento que desarrollen capacidades para interpretar, proponer, acordar y actuar en los sujetos que gestan la salud pública del país atendiendo diferenciales poblacionales y territoriales.





Lo anterior no desconoce que la gestión de la salud pública demanda las funciones de rectoría del Estado para coordinar y articular acciones encaminadas hacia la garantía y el goce efectivo del derecho a la salud y la protección social, la formulación de políticas, planes, programas y proyectos en materia de salud pública, la armonización del PDSP con los Planes Territoriales de Salud y su articulación con los demás planes de orden territorial, la adecuada gestión de la salud pública y del plan de salud pública de intervenciones colectivas, todas estas reconocidas en la normatividad como competencias y responsabilidades de la autoridad sanitaria (Artículo 46 de la Ley 715 de 2001, Ley 1751 de 2015, Resolución 1536 de 2015, Resolución 518 de 2015). Sin embargo, en coherencia con el enfoque de derechos, los avances en la jurisprudencia y los desarrollos teórico-prácticos en el campo de la salud pública, comprende que la gestión de 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.

La gestión de la salud pública para el PDSP 2022-2031 implica un compromiso con el bienestar, la calidad de vida y el desarrollo humano y sostenible para los habitantes del territorio colombiano en vínculo con la equidad y la protección social y en equilibrio con el cuidado de la vida y la salud, lo que 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.

### **Gestión Territorial Integral de la Salud Pública**

En el marco operativo el PDSP 2022-2031 comprende la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública-GTISP 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 GTISP se organiza e integra a través



de tres niveles de gestión: la macrogestión del desarrollo intersectorial, la mesogestión de los territorios y la microgestión para la atención integral de las condiciones de salud. 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.

Así, desde la normatividad vigente la GTISP recupera para la gestión de la salud pública aquellos elementos centrales de la PAIS, el PIC, las RIAS y el MAITE, a saber: la atención primaria en salud, la gestión integral del riesgo, el cuidado integral y el enfoque diferencial y territorial ampliándolos en una perspectiva integrativa de protección social y promocional de derechos que busca, de un lado, la articulación horizontal con 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 con 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.

Particularmente, los tres niveles de gestión recogen e integran las intervenciones individuales en los diferentes momentos del curso de vida personal y familiar; las intervenciones colectivas para grupos poblacionales que comparten similares condiciones de vida y salud materializadas en los distintos 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 todos los habitantes del territorio colombiano.



Por su parte, desde el abordaje conceptual del PDSP 2022-2031 la GTISP implica la formulación e implementación institucional de planes y estrategias sectoriales e intersectoriales orientadas a la transformación positiva de los determinantes sociales de la salud, a la protección social y ambiental, al desarrollo de acciones afirmativas para los sujetos de especial protección y al logro de la equidad con la participación de la sociedad civil organizada y demás actores sociales involucrados. Planes y estrategias para el cuidado integral de las condiciones que afectan la salud individual y colectiva, desplegadas en el marco de la institucionalización de una cultura para la vida y la salud que permita, a través de la educación y comunicación en el campo de la salud pública, la promoción y el desarrollo de modos, condiciones y estilos que favorezcan las condiciones de vida y salud en los distintos entornos y territorios del país.

De igual manera la GTISP 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 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 del riesgo 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 de desarrollar el talento humano en salud pública como uno de los gestores fundamentales del plan.



En suma, la GTISP se constituye en un proceso de democratización de la gestión de la salud pública 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 todos sus habitantes.

### ***Elementos y Niveles de Gestión de la Salud Pública***

En la vía de avanzar en la operacionalización de la GTISP se recogen en primer lugar los elementos identificados como centrales para la comprensión y articulación de la gestión de la salud pública, como son: el desarrollo, el territorio y el cuidado. En segundo lugar se describen cada uno de los niveles de gestión: la macrogestión del desarrollo intersectorial, la mesogestión de los territorios y la microgestión para la atención integral de las condiciones de salud.

**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 de la salud pública. Por su parte, las próximas políticas requieren de una gestión intersectorial eficaz que permita: la construcción de una visión integrada para el abordaje de los determinantes sociales en salud; la generación de acuerdos institucionales y sociales para la realización de un trabajo participativo y colaborativo en sus distintas fases de planeación, 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 para la gestión de la salud pública en el ámbito del desarrollo implica recuperar la autoridad, capacidad y responsabilidad institucional frente a la gestión de lo público 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 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 no solo como un espacio político administrativo donde se distribuyen los riesgos ambientales, sino también como el lugar donde acontece y se construye social y subjetivamente la vida y la salud, y por tanto requiere articular dimensiones naturales, sociales y subjetivas para su comprensión. En consecuencia, la gestión territorial de la salud pública brinda la posibilidad de abordar situacional y diferencialmente las necesidades en salud de los distintos grupos poblacionales del país. Abordaje territorial que define un modelo para la co-gestión de las distintas formas de producción de vida y salud ancladas a las formas de subjetivar el territorio y a las 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.

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



Así, el territorio requiere procesos de gestión democrática y participativa que permitan: el desarrollo de capacidades 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 a las configuraciones propias del territorio; y el relacionamiento entre distintos actores sociales, políticos, económicos y ambientales de carácter estratégico que propicien el intercambio de conocimientos, recursos y capacidades para adelantar una acción colaborativa frente al interés común de mejorar la salud, el bienestar y la calidad de vida de sus habitantes.

**El Cuidado.** El cuidado se concibe como una facultad humana que supera los roles de género y que implica una disposición relacional y una práctica responsable consigo mismo, con otros/as y con el entorno. Un proceso que recurre a escuchar, prestar atención, estar presente, actuar con tacto, generar confianza y brindar una respuesta integral y respetuosa ante las necesidades de 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. La gestión del cuidado integral se desarrolla bajo el entendimiento de nuestra interdependencia en vínculo con la vulnerabilidad





humana, social y ambiental, por consiguiente el cuidado de los colectivos requiere solidaridad, responsabilidad y compromiso con otros/as y con el entorno en aras de proteger la vida y la salud (Schramm & Kottow, 2001; Aguilera-Guzmán, et al., 2008). Por su parte, el cuidado de los individuos ayuda a restablecer la dignidad y la autonomía, contribuye a la seguridad, permite el despliegue de las potencialidades humanas y aproxima el bienestar.

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

En ese sentido, la gestión del cuidado recurre 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. En ese sentido, se constituyen en 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 y de otros, y de gestionar escenarios cuidadores que propicien condiciones de vida y salud que puedan afectar positivamente los determinantes sociales de la salud.

**Niveles de Gestión.** Los niveles de gestión involucrados en la organización macro, meso y micro de la salud pública territorial que demandan procesos de coordinación y articulación multinivel y de cogestión democrática para dar respuesta al marco estratégico del PDSP se describen a continuación.

***Primer Nivel: la Macrogestión del Desarrollo Intersectorial.*** 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 del desarrollo está fundamentada en la acción intersectorial como una estrategia esencial para el abordaje de los determinantes sociales de la salud, el logro de la equidad, el bienestar y el desarrollo humano y sostenible para los habitantes del territorio colombiano. Por tanto, requiere de la caracterización de los niveles de calidad de vida y desarrollo de índole nacional y subnacional para trazar 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 para la prevención y mitigación de los efectos del cambio climático; 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) promoción 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 del desarrollo intersectorial 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 coordinación de la acción sectorial e intersectorial, la formulación de políticas intersectoriales y la formulación e implementación de los procesos de seguimiento y evaluación para la gestión de los determinantes sociales de la salud del Plan Decenal de Salud Pública.

Cobran especial relevancia para la macrogestión del desarrollo intersectorial de la salud pública a nivel subnacional los Consejos Territoriales de Planeación-CTP así como los Consejos Indígenas Territoriales y demás instancias territoriales de planeación participativa del nivel nacional y subnacional.<sup>47</sup> 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

---

<sup>47</sup> 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 subnacional los CTP, las Asambleas Departamentales, los Concejos Municipales, Distritales y las Entidades Territoriales Indígenas. Tomado de: <https://www.cnp.gov.co/normativa/normativa-ctp>



intersectorial sin detrimento de la autonomía territorial frente a la planeación participativa y la respuesta a las necesidades contextualizadas en los distintos territorios. Asimismo los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud en articulación con la CISP y el MSPS contribuirán a la gestión del desarrollo intersectorial a nivel subnacional.

La macrogestión del desarrollo intersectorial contempla como aspectos clave:

- La formulación, implementación y evaluación de políticas, programas, planes, proyectos, estrategias bajo los principios de la cooperación, coordinación e integración en favor de la equidad, el derecho a la salud, el bienestar y la calidad de vida de los habitantes del 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 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 GTISP.
- La consecución de recursos públicos y privados, nacionales y de cooperación internacional para la gestión territorial integral de la salud pública.
- La protección y promoción de los ecosistemas saludables.
- El fortalecimiento de la participación social en salud como ejercicio efectivo para la toma de decisiones en salud pública y no simplemente como un procedimiento informativo y consultivo.
- El desarrollo y fortalecimiento de observatorios y centros de pensamiento en salud pública.
- El desarrollo de sistemas de información interoperables y de sistemas de seguimiento, evaluación y vigilancia en salud pública que optimicen la toma de decisiones y el logro de los resultados en salud.
- El desarrollo de una agenda interministerial e intersectorial en el transcurso del próximo decenio para la gestión efectiva de los determinantes sociales de la salud



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

En ese sentido, la mesogestión de los territorios 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 político-administrativas, propias o emergentes que reconocen la diversidad y responden a las particularidades de los distintos territorios en materia de salud pública.

De ahí que 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 para la gestión integral de la salud pública y del sistema de salud a nivel territorial. La mesogestión de los territorios permite la acción colaborativa y participativa de cara al logro del desarrollo humano y sostenible bajo la responsabilidad de las entidades territoriales quienes son las encargadas de adelantar la gestión territorial, administrativa y financiera en el marco de sus competencias y bajo la garantía de su autonomía. Para lo anterior desarrollan procesos de planeación integral colaborativa y participativa que requieren de la caracterización del territorio en términos de equipamiento, recursos y necesidades, así como del mapeo de actores clave para avanzar en procesos de cogestión que garanticen el gobierno, la gobernanza y la sostenibilidad de la salud pública.



Particularmente, la Mesogestión de los territorios 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 internacional<sup>48</sup> y nacional<sup>49</sup>, como al marco conceptual y estratégico del PDSP 2022-2031. La estrategia 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<sup>50</sup>, 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 cogestión 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

---

<sup>48</sup> 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.

<sup>49</sup> A nivel nacional el Modelo CERS fue incluida por primera vez en el PND 2014-2018 y posteriormente en el PND 2018-2022.

<sup>50</sup> Un acuerdo firmado implica la voluntad del territorio para la implementación del Modelo CERS.



control de los recursos, se convierte en un pilar que dinamiza de manera efectiva la gestión territorial integral de la salud pública.

La mesogestión de los territorios contempla como aspectos clave:

- La caracterización de las necesidades, prioridades, capacidades instaladas y actores clave del territorio para la gestión de la salud pública.
- La armonización de políticas, planes y sistemas (de salud, protección social y propios) a través del desarrollo de instrumentos de política pública que permitan la cogestión democrática, la gobernabilidad y la participación intersectorial.
- La adopción y adaptación por parte de las entidades territoriales de los contenidos del PDSP en los Planes de Desarrollo Territorial y los Planes Territoriales de Salud.
- El establecimiento de prioridades y arreglos institucionales para la acción conjunta entre los distintos actores y sectores, gubernamentales y no gubernamentales, que comprometa los actores del sector salud según sus competencias en materia de salud pública con el logro de los objetivos del desarrollo territorial.
- La conformación de redes de protección social intersectorial que integren la prestación de servicios sociales y de salud que garanticen el acceso efectivo a las acciones de bienestar.
- La integración de intervenciones poblacionales, colectivas e individuales en el territorio, en el marco de los Planes Territoriales de Salud, de Riesgos Laborales, de Accidentes de Tránsito y Eventos Catastróficos, el Plan de Intervenciones Colectivas, las Rutas Integrales de Atención en Salud y los Planes de Beneficio con cargo a la Unidad de Pago por Capitación, entre otros.
- La coordinación e integración entre la promoción de escenarios cuidadores del modelo CERS con la promoción de la salud del modelo de atención que se implementa en el nivel de la microgestión de la atención integral de las condiciones de salud.



- La integración de sistemas de información interoperables, sistemas de monitoreo, seguimiento y evaluación y sistemas de vigilancia en salud pública que optimicen la toma de decisiones para la acción en salud pública.
- 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 sociopolítico, campesinos y migrantes.
- La gestión efectiva 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 de vulnerabilidad que impiden el desarrollo humano y social de personas, familias y comunidades, particularmente para personas víctimas del conflicto armado y sociopolítico. Articulación del PTS con los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial-PDET dispuestos para los territorios más afectados por el conflicto armado.
- El desarrollo de arreglos institucionales y agendas estratégicas que permitan fortalecer las relaciones campo-ciudad y la solución de conflictos territoriales socioambientales.
- El fortalecimiento de la participación social en salud efectiva e incidente en condiciones de respeto por la autonomía y pluralidad organizativa como garantes de los procesos de democratización y cogestión en el territorio.

**Tercer Nivel: la Microgestión de la Atención Integral de las Condiciones de Salud.** Diferentes modelos de atención han sido desarrollados para mejorar la calidad del cuidado de las condiciones de salud. Dada la transición demográfica y epidemiológica y la expansión en América Latina de las enfermedades no trasmisibles la OMS desarrolló una versión expandida del Modelo de Cuidado





Crónico<sup>51</sup> que procura el fortalecimiento y rediseño de la prestación de los servicios de salud para el abordaje multidimensional de las condiciones crónicas. Los estudios de efectividad sugieren que el diseño de los servicios basados en este modelo mejoran la calidad del cuidado y los resultados en salud al tiempo que son costo-efectivos (Coleman et al. 2009).

Por su parte, la Atención Primaria en Salud constituye la opción de mayor calidad y costo-efectividad para asegurar la atención integral, integrada y continua en los sistemas de salud de países de ingresos medios y bajos (Willison & Andrews; 2005). Asimismo las Redes Integradas de Servicios de Salud se constituyen en un componente esencial para el desarrollo de sistemas de salud basados en APS al mejorar la calidad, accesibilidad, aceptabilidad, eficiencia y equidad en los servicios (OPS, 2007). Especialmente, 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 atención integral de las condiciones de salud 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, las cuales se entienden como aquellas circunstancias de salud de una persona, más o menos persistentes, cuyo abordaje requiere de respuestas coordinadas por parte de los

---

<sup>51</sup> El modelo del Cuidado Innovador para las Condiciones Crónicas (Innovative Care for Chronic Conditions- ICC).





sistemas de atención en salud, de carácter reactivo y episódico para las eventualidades agudas o proactivo y continuo para las eventualidades crónicas (Mendes, 2014).

El nivel de la microgestión de la atención integral de las condiciones de salud 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 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 cogestión del continuo del cuidado a través de la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y paliación a lo largo del curso de la vida y en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y calidad. Dicho modelo es parte constitutiva del nivel de microgestión de la salud pública y está bajo la responsabilidad directa de las aseguradoras y los prestadores de los servicios de salud.

La microgestión de la atención integral de las condiciones de salud contempla como aspectos clave:

- La caracterización de la población a cargo en términos de necesidades y prioridades de atención por parte de las aseguradoras.
- La organización de la red de prestadores de servicios de salud primarios y complementarios.
- La integración de modelos de atención de las condiciones en salud agudas y crónicas con base en los enfoques de riesgo, cuidado crónico, clínica



ampliada, salud familiar y comunitaria según diferenciales poblacionales y territoriales.

- La implementación de equipos interdisciplinarios con un grupo de personas y familias adscritas a su cargo.
- El desarrollo de capacidades para el cuidado a través de estrategias de educación y comunicación en el campo de la salud pública.
- El diseño y la integración de diferentes modalidades de prestación de servicios que involucran más no se limitan a: diseños específicos para la implementación de las RIAS, la atención domiciliaria, la conformación de grupos de apoyo carácter socioeducativo y socio-terapéutico de apoyo al cuidado y 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 monitoreo, seguimiento y evaluación que optimicen la toma de decisiones y el logro de resultados en salud.
- El desarrollo de estrategias de anticipación de los riesgos en salud y financieros relacionados con la operación del aseguramiento y la prestación de servicios que puedan afectar su funcionamiento y/o el cumplimiento de objetivos.

En suma, los tres niveles de gestión constituyen el Sistema de Gestión Territorial Integral de la Salud Pública. Dicho sistema en su globalidad apunta a la reducción de la carga de enfermedad y de las desigualdades en salud en la vía de alcanzar mayores niveles de equidad, 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.



A continuación se describen los aspectos generales relacionados con los recursos requeridos en cada nivel de gestión que permiten la operación de la salud pública a nivel territorial.

Borrador



## Recursos Operativos

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

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

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



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

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

El PDSP 2022-2031 propone siete recursos operativos, a saber:

- Desarrollo del talento humano
- Participación social y comunitaria en salud
- Acceso efectivo a servicios sociales, de salud y acciones de bienestar
- Estandarización de la práctica y evaluación de tecnologías en el marco de la gestión de tecnologías de la salud pública
- Vigilancia en salud pública
- Salud digital y sistemas de información interoperables
- Planeación, seguimiento y evaluación efectiva de la salud pública



## **Recurso Operativo 1. Desarrollo del Talento Humano**

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

**Alcance.** El recurso operativo busca garantizar la distribución equitativa, la disponibilidad acorde a las necesidades en salud de las poblaciones y el desarrollo de procesos que garanticen la resolutivez del talento humano frente a las problemáticas del territorio.

### **Temáticas a resolver.**

- Oferta inequitativa del talento humano en salud pública
- Reconocimiento de los saberes ancestrales y el talento humano que desarrolla, aplica y se forma en medicina tradicional.
- Retención del talento humano en territorios vulnerables y condiciones sociales y de salud críticas.

**Mecanismos de fortalecimiento para la gestión de la oferta del talento humano en salud con relación a la apuesta del PDSP y las necesidades en salud de las personas.**

### **Nivel de macrogestión del Desarrollo Intersectorial.**

- a. Adecuada planeación del talento humano necesario para la gestión de las acciones de salud pública. En conjunto con el Ministerio de Educación Nacional, el Ministerio de Salud y Protección Social en el marco de sus competencias



deberán establecer mecanismos de regulación de la formación del talento humano acorde a las necesidades territoriales y sectoriales.

- b. Diseño e implementación de incentivos financieros para la retención y sostenibilidad del talento humano en el territorio. Los incentivos serán el mecanismo innovador de la gestión de este recurso operativo, estos incentivos deben considerar elementos de pago por resultado, pago por incentivo a la demanda de acciones de salud pública, entre otros.

### **Nivel de mesogestión de los Territorios.**

- a. Las entidades territoriales deberán fortalecer los mecanismos para la gestión el talento humano en salud pública que permitan identificar acorde a sus diferenciales poblacionales y territoriales el perfil del talento humano necesario para gestionar el Plan Territorial de Salud; instituir procesos de cogestión para definir de manera colaborativa y participativa las diferentes acciones operativas requeridas en el marco de la gestión de la salud pública; y desarrollar capacidades institucionales y sociales en el conjunto del talento humano que integra la entidad territorial para la GTISP.
- b. Presupuesto y asignación adecuada de recursos financieros para la contratación del talento humano necesario para la acción.

### **Nivel de Microgestión de la Atención Integral de las Condiciones de Salud**

- a. Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios deberán realizar una planeación estratégica del recurso humano basada en la demanda de servicios y la situación de salud de la población afiliada, reconociendo los perfiles necesarios y ámbitos requeridos para garantizar la integralidad de la atención en salud.
- b. Los prestadores de servicios de salud deberán al igual que las EAPB's realizar el análisis de la demanda de servicios y la necesidad de fortalecer integralmente su equipo de profesionales de la salud para la gestión del modelo de atención, la



garantía del diseño de la prestación de servicios y la red integrada de servicios de salud que pueda optimizar la respuesta oportuna a las necesidades de atención.

## ***Recurso Operativo 2. Participación Social y Comunitaria en Salud***

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

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

### **Temáticas a resolver.**

- Instancias de participación social para la toma de decisiones en el proceso de planeación nacional y territorial de la política pública.
- Procesos de rendición de cuentas a nivel nacional y subnacional sobre el desempeño y los resultados de la implementación del PDSP 2022-2031.
- Gestión y regulación de las transferencias de valor a las organizaciones de sociedad civil organizada por parte de la industria y sector privado.

**Mecanismos de Fortalecimiento para garantizar y participar de la implementación, evaluación y control del PDSP 2022-2031.**





### **Nivel de macrogestión del Desarrollo Intersectorial.**

- a. Fortalecer los mecanismos de participación social y las instancias de rendición de cuentas de las Instituciones de control del sistema: Contraloría General de la República, Procuraduría General de la Nación y Superintendencia Nacional de Salud
- b. Empoderamiento de la ciudadanía y de las organizaciones sociales en salud estableciendo incentivos y gestionando recursos para la financiación para las iniciativas comunitarias, permitiendo que las comunidades incidan y decidan en las políticas en salud (MSPS, 2017).
- c. Impulsar la cultura de la salud capacitando a los actores interesados en procesos de planeación, formulación, implementación y evaluación de política pública con diferencial poblacional y territorial, desarrollando capacidades y competencias de la sociedad civil y comunidades organizadas en política pública que permita que sus acciones fortalezcan la acción sobre los determinantes sociales de la salud y de la salud pública (MSPS, 2017; Andriole & Stephen, 1979) .
- d. Creación y fortalecimiento de la institucionalidad para la participación social y comunitaria, fortaleciendo los canales de participación para la sociedad civil y comunidades organizadas (Berger, et al., 2012).

### **Nivel de mesogestión de los Territorios.**

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



de salud y otros sectores permite fortalecer los procesos de transparencia en los territorios (Andriole & Stephen, 1979).

- b. Vigilancia social y mecanismos de rendición de cuentas deben ser los elementos clave del seguimiento y evaluación de la implementación de las políticas públicas. Para ello, se hace prioritario la creación y fortalecimiento de los espacios y procesos de rendición de cuentas, y la sostenibilidad de estos, reconociéndolos como espacios de abogacía por el bien común y la mejora en los procesos de toma de decisión (MSPS, 2017; Andriole & Stephen, 1979).

### **Nivel de Microgestión de la Atención Integral de las Condiciones de Salud**

- a. Desarrollar programas de creación y fortalecimiento de asociaciones de usuarios y pacientes por parte de las EAPBs que permitan espacios de y procesos de rendición de cuentas, así como participación en los procesos de toma de decisión en la implementación de acciones propuestas en el PDSP 2022-2031.
- b. Integrar en la junta directiva de las empresas aseguradoras y prestadoras de servicios de salud a pacientes y/o usuarios para hacerlos partícipes de los procesos de toma de decisiones.

### **Recurso Operativo 3. Acceso Efectivo a Servicios Sociales, de Salud y Acciones de Bienestar**

**Definición.** El acceso efectivo se define como el acceso equitativo, oportuno y con altos niveles de calidad para la garantía del derecho fundamental a la salud y la generación del valor de la salud pública como elemento transformador en relación con la incidencia positiva sobre los determinantes sociales de la salud (WHO, 2018).

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



### **Temáticas a resolver.**

- Sistemas y servicios de salud centrados en la promoción y prevención de la salud
- Desarrollo de programas de promoción y prevención para enfermedades prevenibles crónicas y agudas.
- Desarrollo de modelos de atención centrado en el cuidado
- Diseño de servicios de salud centrado en las personas para la garantía de la integralidad y continuidad de los servicios de salud para enfermedades crónicas no transmisibles.
- Desarrollo de redes integradas e integrales de servicios de salud orientados a la gestión de la salud integral.

### **Mecanismos de Fortalecimiento.**

#### **Nivel de macrogestión del Desarrollo Intersectorial.**

- a. Política que oriente los criterios y procesos para el modelo de atención centrado en las personas.
- b. Fortalecimiento de la implementación del Decreto 441 de 2022 que establece reglas de contratación y relacionamiento entre aseguradores, prestadores y direcciones territoriales.
- c. Fortalecimiento de las líneas estratégicas del sistema de salud orientado a la APS.
- d. Desarrollo del sistema de incentivos para la integralidad de los servicios de salud pública y servicios de salud hospitalarios.
- e. Desarrollo de diseños de servicios de salud para cáncer y enfermedades raras que permitan el acceso efectivo a servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento integral.
- f. Fortalecimiento de los modelos de atención integral para las personas, familias y cuidadores con problemas o trastornos mentales.



- g. Articulación sectorial e intersectorial, a través de la Comisión Intersectorial de Salud Pública y los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, entre los diferentes niveles de atención y gestión de la salud y los determinantes sociales de la salud, que disminuya la fragmentación y mejore la percepción y satisfacción de la atención en los diferentes momentos de la gestión de la salud pública (MSPS, 2016; Huber, et al., 2008).

### **Nivel de mesogestión de los Territorios.**

- a. Organización y gestión de servicios de salud centrados en la persona con enfoque en atención primaria en salud familiar y comunitaria, y gestión de los determinantes sociales de la salud (WHO, 2018).
- b. Planeación estratégica de los servicios sociales de salud, así como los servicios de salud médicos y hospitalarios de tal forma que se prevenga y mitigue los efectos de la fragmentación de los servicios.
- c. Organización de las redes de servicios de salud teniendo en cuenta la capacidad de la red, las distancias y las necesidades de salud de la población.
- d. Fortalecimiento del prestador primario permitiendo que se convierta en ese primer momento resolutivo, orientado a la atención comunitaria, familiar e intersectorial reconociéndolo como determinante intermedio de la salud y de las desigualdades sanitarias. Asimismo, que desarrolle capacidades de relacionamiento efectivo con los diferentes actores sociales, ciudadanía y sociedad civil organizada para permitir la gestión del cuidado de la salud de los colectivos (MSPS, 2016).

### **Nivel de Microgestión de la Atención Integral de las Condiciones de Salud**

- a. Organización y gestión de servicios de salud centrados en la persona con enfoque en atención primaria en salud familiar y comunitaria, y gestión de los determinantes sociales de la salud (WHO, 2018).
- b. Organización de la red propia y externa de la EAPB's que gestione la fragmentación de los servicios.



- c. Establecer mecanismos de contratación equitativos y eficientes con los operadores logísticos, proveedores de medicamentos, insumos, dispositivos y servicios de salud que garanticen inventarios y oportunidad de acceso a dichos servicios de salud pública.
- d. Fortalecer la calidad de los servicios de salud a partir de las necesidades en salud y salud pública de las personas, familias y comunidades con base en la ética profesional, las prácticas basadas en valor y la evidencia científica, reconociendo el contexto ambiental, social, económico, político y cultural del territorio (WHO, 2018; Huber, 2009).
- e. Incluir en el proceso operativo del aseguramiento y la prestación de servicios mecanismos de adquisición oportuna de tecnologías para el diagnóstico temprano y la tamización de enfermedades prevenibles, en particular para cáncer, enfermedades cardiovasculares, enfermedades raras y salud mental.
- f. Utilizar la transformación digital para incorporar modalidades de prestación de servicios tipo teleconsulta, servicios de salud domiciliaria, entre otros.

#### ***Recurso Operativo 4. Estandarización de la Práctica y Evaluación de Tecnologías Basadas en Valor en el Marco de la Gestión de la Salud Pública***

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

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



### **Temáticas a resolver.**

- Metodologías para la evaluación de estrategias de intervención colectiva
- Metodologías para el desarrollo de guías de práctica en Salud Pública
- Metodologías de respuestas rápidas para la toma de decisiones
- Mecanismos de gestión financiera basada en evaluación de tecnologías en Salud Pública.
- Mecanismos de transferencia de conocimiento para la toma de decisiones informadas en evidencia.

### **Mecanismos de Fortalecimiento.**

#### **Nivel de macrogestión del Desarrollo Intersectorial.**

- a. Políticas y regulación en evaluación de tecnologías que permita el adecuado desempeño de los agentes en torno a la evaluación de tecnologías y el reconocimiento de su real valor terapéutico y social a razón de su efectividad, costo-utilidad e impacto en los sistemas y sectores relacionados con la gestión de la salud pública. Asimismo, en el proceso de incorporación reconoce los mecanismos de regulación y de toma de decisiones para la inversión de tecnologías y servicios de salud pública y las acciones necesarias para garantizar una estandarización de la práctica en salud pública que permita el logro de los objetivos planteados en la política en términos de la salud y bienestar de las personas (Gerhardus, et al., 2008; Dietrich, 2009).
- b. Planificación estratégica para la gestión de la innovación de tecnologías y servicios de salud pública que permitirá que el sistema de salud y los otros sectores se anticipen a la innovación disruptiva de las tecnologías y servicios de salud a través de procesos de escaneo del horizonte de nuevas tecnologías, regulación regional de la innovación, y mesas de negociación anticipada con los desarrolladores de las tecnologías y servicios de salud. Así como el fortalecimiento de los procesos de toma de decisión basados en valor social de las tecnologías y servicios de salud que



permita la construcción del capital social institucional para el desarrollo de la institucionalidad necesaria para la decisión de inversión o desinversión de una nueva tecnología o servicio de salud pública (Rosén & Werkö, 2014; Dietrich, 2009).

- c. Creación del ecosistema de Gestión de Tecnologías en Salud que permita un uso eficiente de los recursos y la gestión del conocimiento para la incorporación de tecnologías y servicios de salud pública a nivel institucional, territorial y nacional.

### **Nivel de mesogestión de los Territorios.**

- a. Modelos y mecanismos de gestión de activos y riesgos relacionados con tecnologías y servicios de salud que permitan el uso eficiente de los recursos asignados a la gestión de tecnologías y servicios de salud pública en Colombia. Este elemento permitirá desarrollar mecanismos de contratación basados en valor y riesgo compartido, que busquen primariamente el acceso a dichas tecnologías y servicios, pero también la equidad en el financiamiento y asignación de recursos en el marco del sistema de salud y otros sectores (Dietrich, 2009).
- b. Creación y fortalecimiento de instancias técnico científicas que soporten el proceso de toma de decisión con referente a la incorporación de una nueva estrategia o tecnología en salud en el ámbito colectivo.

### **Nivel de Microgestión de la Atención Integral de las Condiciones de Salud**

- a. Incorporación de procesos de adopción y adaptación de evaluación de tecnologías, protocolos y guías de práctica en salud pública que permitan mejorar la toma de decisiones en la implementación del PDSP 2022-2031 en los aseguradores, prestadores y entidades territoriales.
- b. Conformar equipos de trabajo multidisciplinarios que permitan el desarrollo de los procesos de novo, adopción y adaptación de evaluación de tecnologías y guías de práctica en salud pública.



- c. Construir y fortalecer mecanismos y procesos que permitan el uso efectivo de evidencia científica para la toma de decisiones con referente a la incorporación de nuevas tecnologías y prácticas en salud pública.

### **Mecanismos de Fortalecimiento.**

#### ***Recurso Operativo 5. Vigilancia en Salud Pública***

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

**Alcance.** Identificar y gestionar los riesgos en salud y salud pública, así como agregar valor a la gestión del conocimiento a partir de la información analizada y la propuesta de acciones de salud pública a corto, mediano y largo plazo para fortalecer la respuesta frente a riesgos como epidemias, pandemias, comportamientos de riesgo de las poblaciones y aumento de las desigualdades sociales en salud que ponen en riesgo la salud de las personas y los colectivos. La vigilancia en salud pública debe incluir, no solo la identificación de factores de riesgo relacionada con los diferentes eventos mórbidos, sino que también debe incorporar los elementos determinantes de las desigualdades sociales en salud y de los resultados sanitarios, salud ambiental y la respuesta a emergencias y desastres (MSPS, 2010). El Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila, es el instrumento operativo por el cual se gestiona la información en forma sistemática y oportuna, sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población, con el fin de orientar las políticas y la planificación en





salud pública; tomar las decisiones para la prevención y control de enfermedades y factores de riesgo en salud; optimizar el seguimiento y evaluación de las intervenciones; racionalizar y optimizar los recursos disponibles y lograr la efectividad de las acciones en esta materia, propendiendo por la protección de la salud individual y colectiva.

### **Temáticas a resolver.**

Fortalecimiento de la red nacional de laboratorios de biológica molecular

Vigilancia en tiempo real

Vigilancia comunitaria

Modelos integrales de mitigación de riesgo para enfermedades prevenibles

Vigilancia de la resistencia antimicrobiana

Vigilancia de enfermedades zoonóticas

Vigilancia de las enfermedades inmunoprevenibles

Uso de las Tecnologías de la información y comunicación en vigilancia en salud pública.

### **Mecanismos de Fortalecimiento del Sistema de Vigilancia en Salud Pública.**

#### **Nivel de macrogestión del Desarrollo Intersectorial.**

- a. Fortalecimiento del liderazgo de un sistema de vigilancia en salud pública que condicione ambientes de confianza para realizar alianzas estratégicas y obtención de recursos.
- b. Relacionamiento entre la vigilancia en salud pública y la investigación en salud pública que permita el desarrollo de investigación en salud pública para generar evidencia en diferentes contextos, evaluación del estado de salud de las poblaciones y de los determinantes sociales de la salud, que permitan una acción efectiva y de alto valor en salud pública (Thacker & Berkelman, 1992; MSPS, 2010)
- c. Inteligencia epidemiológica para epidemias y pandemias. La evolución de modelos de vigilancia en salud pública que, en conjunto con las tecnologías de información, permita identificar, de manera predictiva, riesgos 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 y colectivos, considerando las diferencias poblacionales y territoriales.
- d. Tecnologías para la optimización de procesos de vigilancia que permitan el análisis confiable y oportuno de datos recolectados con métodos y supuestos diferentes para la toma de decisión. Asimismo, permitir el uso de información no estructurada.
  - e. Interoperabilidad y estandarización del flujo de la información, mecanismo que se desarrollará en el recurso de salud digital y sistemas de información interoperables.
  - f. Fomento de procesos regulatorios para fortalecer la vigilancia epidemiológica de resistencia antimicrobiana a nivel nacional y local.

#### **Nivel de mesogestión de los Territorios.**

- a. Planeación estratégica periódica para el fortalecimiento de la red de laboratorios para diagnóstico molecular.
- b. Desarrollo de capacidades de los equipos técnicos de campo para la implementación de los programas de vigilancia epidemiológica para zoonosis.
- c. Incorporación de lineamientos e implementación de programas de vigilancia de resistencia antimicrobiana en los diferentes ámbitos de prestación de servicios en el territorio.
- d. Desarrollo de lineamientos técnicos y procesos que permitan gestionar de manera efectiva el riesgo de un brote de infección por cepas resistentes a medicamentos.

#### **Nivel de Microgestión de la Atención Integral de las Condiciones de Salud**

- a. Fortalecimiento del reporte de casos y posibles procesos de riesgo para infecciones resistentes a medicamentos.
- b. Desarrollo de metodologías y procesos que permitan usar de manera efectiva la información de vigilancia para la toma de decisiones.
- c. Articulación con la dirección territorial, EAPB, IPS en torno al fortalecimiento de los sistemas de vigilancia y control del sector para eventos de salud priorizados.



- d. Establecer mecanismos de integración en términos de la gestión individual y colectiva y su relación con los riesgos establecidos en el marco del sistema de vigilancia.

### **Recurso Operativo 6. Salud Digital y Sistemas de Información Interoperables**

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

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

#### **Temáticas a resolver.**

- Sistemas de información integrados e interoperables
- Gobierno de datos abierto
- Modalidades de atención en salud que se fortalecen con la transformación digital
- Historia Clínica Interoperable

**Mecanismos de Fortalecimiento de sistemas de vigilancia en salud pública para próximas pandemias.**



### **Nivel de macrogestión del Desarrollo Intersectorial.**

- a. Estructura de gobierno y gobernanza para la salud digital que incluya los elementos éticos, estratégicos y operativos que permitan el buen uso de la salud digital en los diferentes contextos de la salud pública (WHO, 2019; WHO, 2020).
- b. Desarrollar una estrategia en conjunto con el Ministerio de Tecnología y Comunicaciones que permita mejorar el acceso a internet a poblaciones en situación de vulnerabilidad.
- c. Desarrollo de lineamientos técnicos para el desarrollo de algoritmos de análisis de la información en términos de riesgos, modelos causales, modelos de reconocimiento de diferencias entre observaciones y otros.
- d. Avanzando de manera decidida a la implementación de la política que permita la interoperabilidad de la Historia Clínica

### **Nivel de mesogestión de los Territorios.**

- a. Transformación digital para la gestión de la salud pública a través de la creación de plataformas digitales, aplicaciones, entre otros, que faciliten a la ciudadanía ser agente de gestión de la salud pública a través del uso de dispositivos electrónicos, redes sociales y plataformas virtuales que busquen fomentar hábitos de vida saludable, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, acceso efectivo a servicios de salud, y educación y comunicación en el campo de la salud pública.
- b. Diseñar modelos de atención con modalidades que favorezcan el uso de tecnologías de la información.

### **Nivel de Microgestión de la Atención Integral de las Condiciones de Salud**



- a. Desarrollo por parte de las aseguradoras y prestadores de servicios de salud plataformas digitales que permitan al paciente, ciudadano reconocer su situación de salud, su plan de acción en salud y posibles elementos de atención disponibles.
- b. Inclusión de mecanismos de auditoria utilizando inteligencia artificial para la adecuada gestión del riesgo, así como para el análisis del avance sobre la atención primaria en salud en el marco del plan de acción de este presente Plan.

### ***Recurso Operativo 7. Planeación, Seguimiento y Evaluación Efectiva de la Salud Pública***

**Definición.** Se define como el recurso que orienta los procesos de la planeación estratégica, el seguimiento y evaluación a los diferentes actores de la política pública encargados del ejercicio de la garantía del derecho fundamental a la salud a través de la gestión de la salud publica en los diferentes niveles territoriales (OECD, 2017).

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

#### **Temáticas a resolver.**

- Articulación de planeación de las diferentes políticas públicas en los diferentes niveles de acción.
- Estandarizar el modelo de Planeación, Seguimiento y Evaluación para el sector e interoperabilidad con los otros modelos.
- Procesos de participación social en el marco de la planeación, seguimiento y evaluación
- Sistemas de control de prácticas no efectivas para el PDSP.
- Mecanismos de evaluación del desempeño para la política.

#### **Mecanismos de Fortalecimiento del ciclo PHVA del PDSP 2022-2031.**



### **Nivel de macrogestión del Desarrollo Intersectorial.**

- a. Fortalecimiento de la implementación y optimización del sistema de seguimiento, monitoreo y evaluación del PDSP 2022-2031. El sistema de seguimiento, monitoreo y evaluación busca identificar de manera temprana los riesgos relacionados con el desarrollo, la gestión de las acciones sectoriales e intersectoriales, así como con el cumplimiento de los objetivos de los ejes estratégicos y los fines de la política.
- b. Desarrollo de lineamientos técnicos para la planeación y gestión intersectorial del PDSP 2022-2031 en el marco de las funciones de la Comisión Intersectorial de Salud Pública y los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud.
- c. Articulación y armonización de procesos de planeación sugeridos en las diferentes políticas públicas relacionadas con salud. ODS, OECD, PND entre otros.

### **Nivel de mesogestión de los Territorios.**

- a. Desarrollo de planes de acción para la mejora de la gestión de la salud pública. Las direcciones territoriales, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia de Salud deberán desarrollar, de manera coordinada, planes de acción como respuesta a los hallazgos del sistema de seguimiento, monitoreo y evaluación. Asimismo, las aseguradoras y los prestadores deberán acoger los planes de mejoramiento, en el marco de sus funciones, para el logro de los objetivos de la salud pública en el marco de la política.
- b. Articulación de los procesos de planeación del Plan Territorial de Salud y los Planes de Desarrollo Territorial.
- c. Desarrollo conjunto con las Instituciones de Vigilancia y Control y el Ministerio de Salud y Protección Social, de lineamientos, procedimientos y gestión en el marco del modelo PHVA y el seguimiento y evaluación de los diferentes actores relacionados con el PDSP.



- d. Desarrollo de metodologías de planificación pragmáticas y robustas que permitan que la dirección territorial gestione de manera efectiva el plan territorial de salud.
- e. Desarrollo de mecanismos de seguimiento y rendición de cuentas por parte de la entidad territorial que le permita reconocer las acciones de los diferentes actores del sector e intersectoriales en el marco del cumplimiento de las metas y acciones contempladas en el PDSP.

### **Nivel de Microgestión de la Atención Integral de las Condiciones de Salud**

- a. Seguimiento del uso de los recursos y el cumplimiento de las acciones por parte del MSPS y las Instituciones encargadas de la Inspección Vigilancia y Control
- b. Reconocimiento del Plan Territorial de Salud por parte de los aseguradores y prestadores y tomarlo como hoja de ruta para el establecimiento de su plan estratégico en el marco de sus funciones en el sistema de salud.

### **Referencias**

- Aguilera-Guzmán, M. R., Mondragón, L., & Medina-Mora, M. (2008). Consideraciones éticas en intervenciones comunitarias: la pertinencia del consentimiento informado\*. *Artículo original Salud Mental*, 31(2), 129–138.
- Andriole, S. J. (1979). Decision Process Models and the Needs of Policy-Makers: Thoughts on the Foreign Policy Interface. *Policy Sciences*, 11(1), 19–37.
- Berger, L., Berger, N., Bosetti, V., Gilboa, I., & Peter, L. (2021). Rational policymaking during a pandemic. *Perspective*, 118(4), 1–7.  
<https://doi.org/10.1073/pnas.2012704118>
- Campos, G. W. (2005). Paideia y gestión: un ensayo sobre el soporte Paideia en el trabajo en salud. *Salud Colectiva*, 1 (1), 59-67.



- Campos, G. W. (2009). Concepción Paideia y co-producción de salud: la salud colectiva y la clínica ampliadas y compartidas. En G. W. Campos (Ed.), *Método Paideia: análisis y cogestión de colectivos* (pp. 167–203). Lugar Editores.
- Campos, G. W. (2021). *Gestión en salud. En defensa de la vida*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanus.
- Dietrich, E. S. (2009). Effects of the National Institute for Health and Clinical Excellence 's technology appraisals on prescribing and net ingredient costs of drugs in the National Health Service in England. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 25(3), 262–271.  
<https://doi.org/10.1017/S0266462309990110>
- Gerhardus, A., Dorendorf, E., Røttingen, J.-A., & Santamera, A. S. (2008). What are the effects of HTA reports on the health system? Evidence from the research literature. In *Health Technology Assessment and Health Policy-Making in Europe. Current Status, Challenges and Potential. Observatory Studies Series No. 14* (p. 197). Copenhagen.
- Gilligan, C. (2013). *La ética del cuidado*. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas.
- Gilmore, B., Ndejjo, R., Tchetchia, A., Claro, V. De, Mago, E., Diallo, A. A., ...  
Bhattacharyya, S. (2020). Community engagement for COVID-19 prevention and control : a rapid evidence synthesis. *BMJ Global Health*, 5:(e003188), 1–11.  
<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003188>
- Huber, M., Stanciole, A., Bremner, J., & Wahlbeck, K. (2008). *Quality in and Equality of Access to Health Care Services*.
- INS. (2013). *Lineamientos de Vigilancia y Control en Salud Pública 2013*. Bogotá, D.C, Colombia. Retrieved from  
[http://idsn.gov.co/site/images/epidemiologia/documentos/lineamientos\\_2013.pdf](http://idsn.gov.co/site/images/epidemiologia/documentos/lineamientos_2013.pdf)
- Karamitri, I., Talias, M. A., & Bellali, T. (2017). Knowledge management practices in healthcare settings : a systematic review. *The International Journal of Health Planning and Management*, 32, 4–18. <https://doi.org/10.1002/hpm.2303>





- Kieny, M., Evans, D. B., & Kadandale, S. (2014). Health-system resilience : reflections on the Ebola crisis in western Africa. *Bull World Health Organ* 2014;92:850, 92, 850. <https://doi.org/doi:10.2471/BLT.14.149278>
- Laihonen, H. (2012). Knowledge structures of a health ecosystem. *Journal of Health Organization and Management*, 26(4), 542–558. <https://doi.org/10.1108/14777261211251571>
- Massuda, A., Campos, G. W. (2010). El método de soporte Paideia en el hospital: la experiencia del Hospital de Clínicas de la Universidade Estadual de Campinas (HC-Unicamp). *Salud Colectiva*, 6(2), 163-180.
- MSPS. (2016). Política de atención integral en salud. Un sistema de salud al servicio de la gente. Bogotá, D.C, Colombia. <https://doi.org/10.2307/j.ctv1rcf0q5.5>
- MSPS. (2018). Política Nacional de Talento Humano en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá, D.C, Colombia. Retrieved from <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/politica-nacional-talento-humano-salud.pdf>
- MSPS. (2019). Política de Participación en Salud PSSS. Resolución 2063 de 2017. Bogotá, D.C, Colombia. Retrieved from <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/GT/politica-ppss-resolucion-2063-de-2017-cartilla.pdf>
- Molina, N. (2018). Territorios, lugares y salud: redimensionar lo espacial en salud pública. *Cad. Saúde Pública* 2018, 34(1), 1-13.
- OECD. (2019). Open Government in Biscay, OECD Public Governance Reviews. <https://doi.org/doi.org/10.1787/e4e1a40c-en>.
- OPS. (2020). Las funciones esenciales de la salud pública en las américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco Conceptual y descripción. Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC. Retrieved from [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53125/9789275322659\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53125/9789275322659_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Rosén, M., & Werkö, S. (2014). Does Health Technology Assessment Affect Policy-Making and Clinical Practice in Sweeden? *International Journal of Technology*



Assessment in Health Care, 30(3), 265–272.

<https://doi.org/10.1017/S0266462314000270>

Schramm, F. R., & Kottow, M. (2001). Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 17(4), 949–956.

Sepúlveda, S., Duncan, M. (2008). Gestión del desarrollo sostenible en territorios rurales en Brasil. San José de Costa Rica: Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura.

Thacker, S., & Berkelman, R. (1992). History of public health surveillance. In Baker EL (Ed.), *Public Health Surveillance*. New York: Van Norstrand Reinhold.

Mendes, E. (2014). Las condiciones crónicas en la atención primaria de la salud: la necesidad imperiosa de consolidar la estrategia de salud de la familia. Brasilia: OPS.

WHO. (2016). Global strategy on human resources for health : Workforce 2030.

Retrieved from

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf>

WHO. (2018). Primary health care : closing the gap between public health and primary care through integration. Retrieved from

<https://www.who.int/publications/i/item/primary-health-care-closing-the-gap-between-public-health-and-primary-care-through-integration>

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

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



## Capítulo 7. Sistema de Seguimiento y Evaluación del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031

El Ministerio de Salud y Protección Social estableció el Sistema de Monitoreo y Evaluación con el propósito de dar a conocer los avances y el cumplimiento en las metas y el logro de objetivos del PDSP 2012-2021. De igual manera, en el cumplimiento de sus competencias y obligaciones normativas, llevó a cabo la evaluación del PDSP 2012-2021 (MSPS 2018, 2021), bajo los parámetros establecidos por el Departamento Nacional de Planeación-DNP rector del Sistema Nacional de Evaluaciones y al interior de la Agenda de Estudios y Evaluaciones<sup>52</sup>

Partiendo de las lecciones aprendidas y la identificación de oportunidades de mejora, se generó la necesidad de fortalecer el Sistema de Monitoreo y Evaluación para el decenio 2022-2031, en adelante Sistema de Seguimiento y Evaluación<sup>53</sup>, de tal forma que pueda generar procesos de retroalimentación oportuna identificando casos de éxito y oportunidades de mejora en el cumplimiento de las metas definidas, especialmente en las etapas de hacer y verificar del ciclo de mejora continua de la política pública (PHVA) y contribuir a una gestión integral de la salud pública orientada al logro de resultados y a la generación de valor público (MSPS, 2021) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021).

---

<sup>52</sup> Agenda de periodicidad anual, resultado del mapeo y priorización de necesidades que presentan las diferentes dependencias del ministerio en relación con estudios, evaluaciones e investigaciones, que es coordinada por la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales y aprobada por la Alta Dirección. En particular, las evaluaciones pueden ser ejecutadas por el Grupo de Estudios Sectoriales y Evaluación de Políticas Públicas-GESEPP-OAPES del MSPS o presentadas como candidatas a la Agenda de Evaluaciones del Departamento Nacional de Planeación.

<sup>2</sup> 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.



El Sistema de Seguimiento y Evaluación-SSE se establece como un proceso orientado por el marco estratégico del PDSP 2022-2031 (visión, fines, principios y ejes estratégicos), que posibilitará el acompañamiento constante a la ejecución del Plan y permitirá proveer información de manera continua y actualizada a los actores involucrados con su implementación sobre el avance en el logro de los resultados esperados. De ahí que, ambos Seguimiento y Evaluación son procesos complementarios en el que la información recogida durante el seguimiento es también insumo necesario más no suficiente para la evaluación.

El Sistema se fundamenta en el seguimiento y evaluación de las acciones orientadas en torno a dos ámbitos: los resultados logrados y la gestión de los procesos, donde la ejecución de cada acción esta sometida a la influencia directa o indirecta de factores que controla y no, por tanto, requiere de un seguimiento sistemático para identificar facilitadores y limitantes conforme a la jerarquía de planificación. De un lado desde la gestión importa rastrear las actividades ejecutadas, con qué recursos y bajo qué modalidad de organización y movilización de talento humano, de otro lado, desde los resultados importa conocer los resultados que se van logrando y su sostenibilidad en el tiempo (Mancero y Rham, 2006). Así, el SSE se constituye en una herramienta especial de gestión pública utilizada para seguir, medir y evaluar efectos y retroalimentar esta información en procesos continuos de gobierno y toma de decisiones (Banco Mundial, 2004).

### **Objetivo**

El Sistema de Seguimiento y Evaluación se constituye en un instrumento de gestión de la salud pública que tiene como objetivo establecer los elementos teóricos, funcionales y operativos requeridos para conocer los avances en el cumplimiento de las metas y el logro de objetivos derivados de la formulación del PDSP 2022-2031 y suministrar información de manera oportuna y rutinaria a los responsables de la política . Para lo anterior recurre de un lado, al proceso de seguimiento al desempeño (operación) de los actores y sectores involucrados en la ejecución del



plan, a través de la verificación de los avances en el cumplimiento de metas y la generación de alertas tempranas que permitan encausar su logro efectivo; y de otro lado, al proceso de evaluación para valorar la gestión de los procesos (operación) y los resultados obtenidos dando cuenta de la efectividad de la política pública, con el propósito de informar avances, aportar insumos para la toma de decisiones en salud pública y contribuir a la comprensión de los mecanismos involucrados en los resultados alcanzados.

### **Alcance**

Proporcionar información oportuna, veraz, confiable, continua y actualizada sobre el avance de las metas del PDSP 2022-2031 a nivel nacional y subnacional, que oriente la toma de decisiones (estratégicas y operativas), para la implementación del plan por parte de los actores involucrados, permitiendo valorar y juzgar la efectividad en el logro de los objetivos y fines, el nivel de cumplimiento de las metas propuestas, los resultados alcanzados y la relación entre actores, con el fin de determinar ajustes en su implementación.

### **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).

## ***Cadena de Valor y Componentes***

La cadena de valor es un modelo que comprende la descripción secuencial entre los insumos, actividades, productos y resultados que añade valor a lo largo del proceso de transformación total (DNP, 2014, 2021). A continuación se describen sus componentes de manera sintética.

**Insumos.** Son los factores productivos, bienes y/o servicios con los que se cuenta para realizar la intervención pública (DNP, 2014).

**Actividades.** Conjunto de procesos mediante los cuales se genera valor al utilizar los insumos dando lugar a un producto determinado (DNP, 2018).

**Productos.** Son los bienes y servicios generados por la intervención pública, que se obtienen mediante los procesos de transformación de los insumos a través de las actividades (DNP, 2014).

**Resultados.** Son los efectos intencionales o no de la intervención pública, una vez se han consumido los productos (DNP, 2014).

**Meta.** 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).

### **Características del Sistema de Seguimiento y Evaluación**

El Sistema de Seguimiento y Evaluación comprende la relación organizada de normas, procedimientos y recursos (financieros, técnicos y humanos) para la recopilación de datos, el análisis, la interpretación y la divulgación de información, de forma sistemática, sobre la implementación y cumplimiento de los fines y metas del Plan con la finalidad de orientar la toma de decisiones en los actores del sistema de salud y demás sectores involucrados en la gestión integral de la salud pública y generar planes de acción para optimizar la efectividad de la política pública en los diferentes territorios.

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 efectividad 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).

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 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 pública<sup>54</sup>. Ver Gráfica 1.

**Gráfica 1.**

*Actores Involucrados en el Sistema de Seguimiento y Evaluación del PDSP 2022-2031.*



Fuente: Elaboración propia

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. De ahí que, contar

<sup>54</sup> 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.





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.

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)<sup>55</sup> y en la definición de distintos tipos de evaluación que permitirán llevar a cabo la evaluación de manera estratégica y efectiva pero también dinámica, acorde a las necesidades convencionales y emergentes de la salud pública. Este abordaje contribuye a una planeación 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.

Particularmente, el seguimiento contará con un sistema informático que permita los procesos de gestión propios del sistema y que establezca la interoperabilidad con diferentes fuentes de información tanto primarias (encuestas, entrevistas, grupos focales) como secundarias (documentos, registros

---

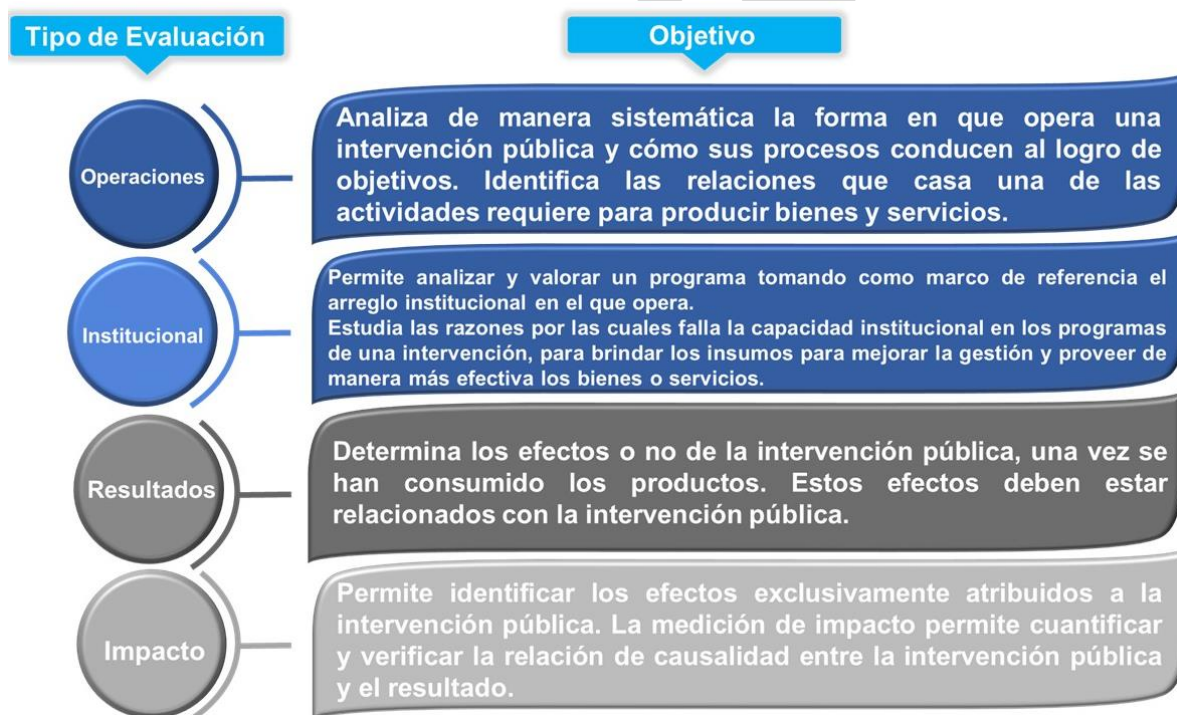
<sup>55</sup> En concordancia con los fines, objetivos y metas del Plan se partió del catálogo de indicadores que permitió la valoración y selección de métricas asociadas a indicadores de proceso (KPI por las siglas de Key Performance Indicator) y de resultado que cumplieran con criterios de calidad para su formulación y respondieran 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 **Fuente especificada no válida..** Por su parte, bajo los criterios CREMA, 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 períodos de referencia de las variables involucradas, entre otros aspectos **Fuente especificada no válida..**

administrativos, encuestas poblacionales, observatorios, estadísticas), y el uso de los datos integrados en el Sistema Integrado de la Protección Social -SISPRO.

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 pública. Ver gráfico 2.

### Gráfico 2.

*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 tanto del nivel nacional como subnacional 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 se tendrá en cuenta para la evaluación las competencias administrativas y de planeación de los actores involucrados.

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 que según acuerdos institucionales del MSPS y el DNP se realizará sobre uno de los ejes estratégicos del PDSP, el de Gestión Integral de la Atención Primaria en Salud, presentando sus resultados al cierre del decenio durante el año 2032. De otro lado, para contribuir a la evaluación de impacto se realizará la evaluación de la estrategia de Salud en Todas las Políticas (STP) a través de la herramienta de evaluación conocida como Evaluación de Impacto en Salud<sup>56</sup> que estudia la intervención, caracteriza la población objeto de intervención y mediante una combinación de evidencias cuantitativas y cualitativas, estima sus impactos potenciales sobre la salud. La EIS permitirá el desarrollo de la evaluación de los otros cinco ejes estratégicos del PDSP.

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

---

<sup>56</sup> La Salud en todas las políticas (STP) es un enfoque para la formulación de políticas que considera sistemáticamente las implicaciones sanitarias de las decisiones de política pública en los distintos sectores del desarrollo, que busca propiciar sinergias y evitar los efectos nocivos que las políticas formuladas por fuera del sector puedan generar en la salud de la población y la equidad sanitaria. Es un enfoque colaborativo en línea con los postulados de Alma Ata, la Carta de Ottawa y la Comisión de los DSS que busca mejorar la salud mediante la incorporación de un lente de salud en la toma de decisiones en los demás sectores y áreas de política. Adicionalmente desarrolla la capacidad de los responsables de las políticas de salud para identificar y apoyar acciones que contribuyan al logro de los objetivos de desarrollo de otros sectores, reconociendo la naturaleza interdependiente del desarrollo humano, social, económico y ambiental. Tomado de <https://www.paho.org/es/temas/salud-todas-politicas>. Por su parte, la evaluación del impacto en la salud (EIS) se utiliza como una herramienta predictiva para evaluar la STP. Consiste en una combinación de procedimientos, métodos y herramientas, mediante la cual una política, un programa o un proyecto pueden ser evaluados en relación con sus efectos sobre la salud y la distribución de tales efectos sobre la población **Fuente especificada no válida.**



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 primarias y secundarias 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 caso<sup>57</sup>. 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, los distintos momentos de la evaluación se diseñarán de manera participativa, con el fin de garantizar la legitimidad y calidad del proceso.

Dado que las evaluaciones del PDSP servirán para tomar decisiones durante el plazo de su implementación y al mismo tiempo servirán de insumo para la definición de otras políticas públicas y planes de desarrollo territorial y sectorial durante los cambios de gobierno, se plantea la siguiente línea de tiempo con la periodicidad de los diferentes tipos de evaluación a desarrollar. Ver Gráfico 3. Dicha periodicidad permitirá la toma oportuna de decisiones y la realización de los ajustes requeridos con el fin de encauzar el rumbo de la implementación hacia la obtención de los resultados esperados.

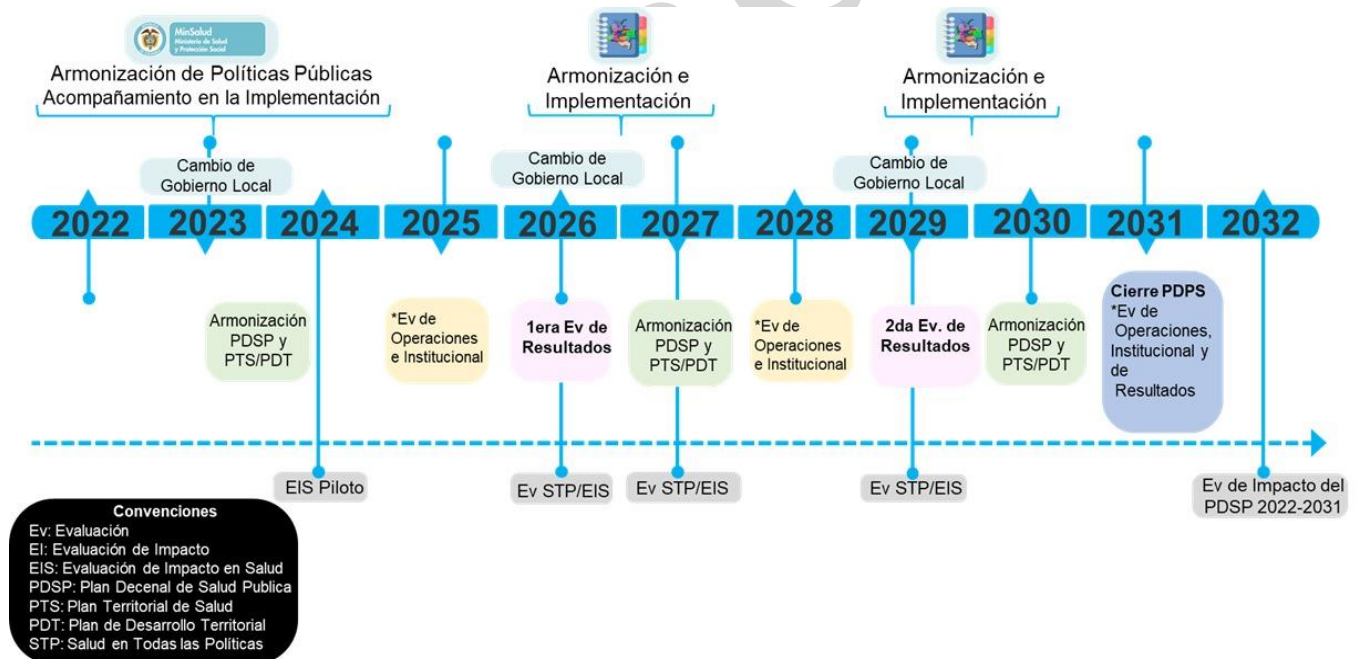
---

<sup>57</sup> 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).

Adicionalmente, el proceso de evaluación además de contar con los elementos de tipo técnico y procedimental anteriormente descritos, se apoyará en el comité técnico del Plan, que tal y como lo establece el acto normativo del PDSP 2022-2031, determinará las modificaciones necesarias a la periodicidad y tipo de evaluación, determinando elementos a evaluar, actores implicados y siguiendo los estándares para los procesos de evaluación en acuerdo con 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).

### Gráfico 3.

Periodicidad de las Evaluaciones del PDPS 2022-2031.



Fuente: Elaboración propia

Finalmente, se plantea una serie de etapas o momentos que deberán tenerse en cuenta para el desarrollo de las evaluaciones con el propósito de asegurar su robustez, legitimidad y calidad, las cuales se describen a continuación Ver Tabla 1.



**Tabla 47.***Fases para el desarrollo operativo de las Evaluaciones del PDSP 2022-2031.*

<b>Fase</b>	<b>Descripción</b>
0. Involucramiento de las partes interesadas	Según el tipo de evaluación y los elementos a evaluar, considerar todos los posibles actores interesados y permitir su participación dentro del proceso. Mantener informados a los actores sobre el desarrollo de la evaluación y los resultados alcanzando. Es deseable que los actores se involucren en el diseño, ejecución y definición de recomendaciones de mejora.
1. Planeación y formulación estratégica	Surtir un proceso de planeación que contemple la definición estratégica de la evaluación, la identificación de los objetivos y la generación de valor público. Recopilar y analizar la información relacionada con el Plan y utilizar la cadena de valor establecida para la intervención identificando posibles necesidades, preguntas, hipótesis y variables claves a evaluar (DNP, 2014). Considerar en esta fase, la alineación con el proceso de evaluación de los PTS.
2. Definición y diseño de la evaluación	Diseñar la metodología según lo establecido en la fase anterior, definiendo las actividades, productos y recursos necesarios para la evaluación. Enmarcar cada tipo de evaluación en ejes, objetivos, estrategias y metas definidas y enfocar la evaluación hacia los temas de mayor preocupación identificados por el comité técnico del Plan. En esta etapa es fundamental tener en cuenta la definición de los objetivos, para lo cual se utilizará, entre otras, la metodología de objetivos y resultados clave -OKR-, que identifica objetivos, usuarios e intervenciones y efectos sobre los usuarios.
3. Selección de indicadores	Establecer el alcance y el objetivo que se quiere cuantificar según el tipo de evaluación y diseño metodológico y proceder a seleccionar los indicadores más adecuados y alineados con el PDSP y los PTS.
4. Medición de indicadores	Realizar un análisis conceptual de los indicadores según el tipo de evaluación y determinar el tipo de acumulación (mantener, incrementar y disminuir) la línea base y la meta.
5. Ejecución	Seleccionar al equipo que desarrollará cada tipo de evaluación y surtir el proceso de: i) recopilación de datos; ii) procesamiento de datos y análisis de la información; iii) generación de productos que permitan presentar los hallazgos; y iv) provisión de elementos para la toma de decisiones.
6. Conclusiones y recomendaciones	Interpretar los resultados y justificar de acuerdo con la evidencia disponible. Revisar y retroalimentar todos los productos de la evaluación. Difundir los resultados, conclusiones y recomendaciones con los actores involucrados desde la etapa 0. Contar con la participación y retroalimentación de todos aquellos actores que deben seguir las recomendaciones estipuladas en la evaluación. Establecer las actividades a desarrollar, los actores y sus responsabilidades, así como el tiempo a utilizar durante la socialización.
7. Socialización de Resultados	Comunicación Interna y externa de mensajes con los siguientes criterios: i) razonable, asegurarse que lo expresado corresponde con lo que se está evaluando; ii) comprensible, que se entienda su contenido; iii) sensible a variaciones en el fenómeno que se mide, si es capaz de distinguir variaciones de la calidad del proceso; iv) componentes claramente definidos que expresen la claridad requerida; v) derivable de datos factibles de obtener, que la información solicitada sea posible de obtener; vi) que incorpore elementos de traducción y apropiación social del conocimiento.



Fase	Descripción
8. Seguimiento a recomendaciones	Hacer seguimiento a las recomendaciones sobre aquello que debe ajustarse para lograr efectivamente la mejora de la intervención según los hallazgos de la evaluación.

Fuente: Tomado y adaptado de (MSPS, 2021)

### Referencias

- Ahmad, R., & Yunos, Z. (2004). The Application of Mixed Method in Developing a Cyber Terrorism Framework. *Journal of Information Security*, 3(3)
- Bacigalupe, A., Esnaola, S., Calderon, C., Zuazagoitia, J., Aldasoro, E. (2009). La evaluación del impacto sobre la salud: una herramienta para incorporar la salud en las intervenciones no sanitarias. *Gac Sanit.* 23 (1), 62-66.
- Banco Mundial. (2004). *Manual para gestores del desarrollo. Diez pasos hacia un Sistema de Seguimiento y Evaluación basados en Resultados*. Washington, DC 20433, USA: Mayol Ediciones S.A.
- Banco Mundial. (2008). *Fortalecimiento de los sistemas de monitoreo y evaluación (M&E) en América Latina: Informe*. CLAD.
- Bautista, O. (2009). *Ética pública y buen gobierno. Fundamentos, estado de la cuestión y valores para el servicio Público*. México: Instituto de Administración Pública del Estado de México, A.C.
- Bustelo, M. (2003). ¿Qué tiene de específico la metodología de evaluación? En R. Bañón (Ed.) *La evaluación de la acción y de las políticas públicas* (pp.1-14). Editorial Díaz de Santos.
- CEPAL. (ABRIL de 2015). *Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas*. Santiago de Chile: Publicación de las Naciones Unidas. Obtenido de [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5607/S057518\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5607/S057518_es.pdf)
- Congreso de la República de Colombia. (2001). *Ley 715 de 2001. Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de*



*conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de*

*la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación*

*de los servicios de educación y salud, entre otros. Obtenido de*

*[https://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-](https://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-190387_archivo_pdf_articulos_plantapersonal_ley715.pdf)*

*[190387\\_archivo\\_pdf\\_articulos\\_plantapersonal\\_ley715.pdf](https://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-190387_archivo_pdf_articulos_plantapersonal_ley715.pdf)*

Congreso de la República de Colombia. (2007). *Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social*

*en Salud y se dictan otras disposiciones. Obtenido de*

*[https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf)*

*[-1122-de-2007.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf)*

Congreso de Colombia. (19 de Enero de 2011). Ley 1438 de 2011. Por Medio de

la cual se Reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se

dictan otras Disposiciones. Bogotá D.C. .

Departamento Administrativo de la Función Pública. Decreto 4107 de 2011. *Por el*

*cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y*

*Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y*

*Protección Social. Obtenido de*

*[https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/de](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/decreto-4107-de-2011.pdf)*

*[creto-4107-de-2011.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/decreto-4107-de-2011.pdf)*

DNP - Dirección Nacional de Planeación. (2009). *Guía Metodológica para la*

*Formulación de Indicadores. Bogotá D.C.: Scripto Gómez y Rosales.*

Departamento Nacional de Planeación - DNP. (2009). *Guía Metodológica para la*

*formulación de indicadores. Bogotá: Editorial Scripto Gómez y Rosales .*

Recuperado el 1 de 2 de Febrero

DNP\_Dirección de Seguimiento y Evaluación de Políticas Públicas. (2014). *Guía*

*Metodológica para el Seguimiento y la Evaluación a Políticas Públicas.*

Obtenido de





<https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Sinergia/Documentos/Cartilla%20Guia%20para%20Seguimiento%20y%20Evaluaci%C3%B3n%20Ago%202013.pdf>

DNP (2014). *Guía para el Seguimiento de Políticas Públicas* Obtenido de

[https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Sinergia/Documentos/Guia\\_para\\_segimiento\\_Politiclas\\_Publicas.PDF](https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Sinergia/Documentos/Guia_para_segimiento_Politiclas_Publicas.PDF)

Departamento Nacional de Planeación. (10 de Julio de 2014). *Decreto 1290 de 2014. Por el cuál se Reglamena El Sistema Nacional de Evaluación de Gestión y Resultados - Sinergia-*. Obtenido de

[https://www.redjurista.com/Documents/decreto\\_1290\\_de\\_2014\\_dnp\\_-\\_departamento\\_nacional\\_de\\_planeacion.aspx#/](https://www.redjurista.com/Documents/decreto_1290_de_2014_dnp_-_departamento_nacional_de_planeacion.aspx#/)

DNP-Departamento Nacional de Planeación. Dirección de Seguimiento y Evaluación de Políticas Públicas. (2014). *Guía Metodológica para el Seguimiento y la Evaluación de Políticas Públicas*. Recuperado el 28 de Enero de 2022, de

<https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Sinergia/Documentos/Cartilla%20Guia%20para%20Seguimiento%20y%20Evaluaci%C3%B3n%20Ago%202013.pdf>

DNP. Dirección de Seguimiento y Evaluación de Políticas Públicas. (2018). *Guía para la Construcción y Análisis de Indicadores*. Recuperado el 1 de Febrero de 2022, de

[https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Sinergia/Documentos/Guia\\_para\\_elaborar\\_Indicadores.pdf](https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Sinergia/Documentos/Guia_para_elaborar_Indicadores.pdf)

DNP - Dirección de Inversiones y Finanzas Públicas. Subdirección de Proyectos e Información para la Inversión Pública. (2021). *Seguimiento a proyectos de inversión pública. Dirección de Inversiones y Finanzas Públicas. Subdirección de Proyectos e Información para la Inversión Pública*.

Recuperado el 1 de Febrero de 2022, de

<https://spi.dnp.gov.co/userfiles/file/Presentacion%20Conceptual%20Seguimiento%20V2.pdf>

Ferrer, A. T. (1997). *Tratamiento y Usos de la Información en Evaluación*. España.



- Lorena, M., & Rham, P. d. (2006). *Monitoreo y evaluación de acciones de desarrollo orientadas al impacto*. Quito: Asocam.
- Merino, M. (2008). La Importancia de la ética en el análisis de las políticas públicas. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*(41), 5-32.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2015). *Resolución 1536 de 2015. Por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1536-de-2015.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2018). *Evaluación de procesos e institucional del PDSP 2012-2021*. Bogotá D.C. : Minsalud.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). *Propuesta metodológica para el desarrollo técnico del Sistema de monitoreo y seguimiento del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031*. Bogotá D.C.: Minsalud.
- Ministerio de Salud y Protección Social - Plan Decenal - Evaluación del Plan Decenal de Salud Pública. (1 de Febrero de 2022). *Evaluación del Plan Decenal de Salud Pública*. Recuperado el 1 de Febrero de 2022, de <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/evaluacion.aspx>
- Stake, R., (1995). *Investigación con estudio de casos*. Madrid. Ediciones MORATA.

---

<sup>1</sup> Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Censo General 2005. Colombia.

<sup>2</sup> Organización mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014. Parte II. 9 estadísticas demográficas y socioeconómicas.

<sup>3</sup> Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). La fecundidad en América Latina: ¿Transición o revolución?, Serie Seminarios y conferencias. Santiago de Chile, mayo de 2004. Disponible en:



[https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6745/S043186\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6745/S043186_es.pdf). Consultado el 26 de octubre de 2021.

<sup>4</sup> Organización Mundial de la Salud. Alimentación del lactante y del niño pequeño. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>. Consultado el 11 de enero de 2022.

<sup>5</sup> Observatorio de Drogas de Colombia, el Ministerio de Justicia y del Derecho, el Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social, con el apoyo de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de los Estados Americanos (OEA). Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar, Colombia 2016

<sup>6</sup> Lopera-Medina, Mónica María. La enfermedad renal crónica en Colombia: necesidades en salud y respuesta del Sistema General de Seguridad Social en Salud .Rev. Gerenc. Polit. Salud [online]. 2016, vol.15, n.30 [cited 2019-06-05], pp.212-233

<sup>7</sup> Cuenta de Alto Costo. Situación Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia en Colombia.

<sup>8</sup> Cuenta de Alto Costo. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Situación del VIH/SIDA en Colombia 2020.

<sup>9</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Estrategia Nacional para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil, VIH, Sífilis, Hepatitis B y Enfermedad de Chagas. Comportamiento de la Transmisión Materno Infantil del VIH en Colombia. Abril 2021.

<sup>10</sup> International Agency for Research on Cancer, IARC, Organización Mundial de la Salud. Today Cancer. Disponible en <http://gco.iarc.f/today/home>. Consultado el 20 de mayo del 2019.

<sup>11</sup> Cuenta de Alto Costo. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Situación del cáncer pediátrico en Colombia.

<sup>12</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Programa Ampliado de Inmunizaciones. Consultado en la Bodega de Datos SISPRO el 11 de marzo de 2015.