

Ajustes para la implementación del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 - Anexo técnico

Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Epidemiología y Demografía
Grupo de Planeación en Salud Pública
Noviembre, 2023

CONFIDENCIAL

GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTÍNEZ
Ministro de Salud y Protección Social

JAIME HERNÁN URREGO RODRÍGUEZ
Viceministro de Salud Pública y
Prestación de Servicios

LUIS ALBERTO MARTÍNEZ SALDARRIAGA
Viceministro de Protección Social

GONZALO PARRA GONZALEZ
Secretario General

CLARA MERCEDES SUÁREZ RODRIGUEZ
Directora de Epidemiología y Demografía

CONFIDENCIAL

Ajustes para implementación Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031-Anexo técnico
© Ministerio de Salud y Protección Social

Coordinación del Grupo de Planeación en Salud Pública
Andrea Yanira Rodríguez Rodríguez

Coordinación Técnica
Andrea Yanira Rodríguez Rodríguez

Equipo Técnico

Deisy Arrubla Sánchez
Patricia Rozo Lesmes
Nubia Nohemí Hortua Mora
Andrea Johanna Avella Tolosa
Angela Marcela Herrera Sarmiento
Paula Andrea Grisales Cantor
Luz Stella Ríos Marín

Con la participación de

Dirección de Promoción y Prevención
Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria
Dirección de Desarrollo del talento Humano en Salud
Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud
Dirección de Regulación de la operación del aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones
Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud
Dirección de Financiamiento Sectorial
Oficina de Promoción Social
Oficina de Calidad
Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales
Oficina Asesora de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres
Dirección de Epidemiología y Demografía

© Ministerio de Salud y Protección Social
Carrera 13 No. 32 76
PBX: (57-1) 330 50 00
FAX: (57-1) 330 50 50
Línea de atención nacional gratuita: 018000 91 00 97
Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:30 p.m.
Bogotá D.C., Colombia

Contenido

Capítulo 1. Antecedentes y contexto del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 ..	6
Capítulo 2. Metodología de la formulación del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031	14
Capítulo 3. Diagnóstico Situacional de Condiciones de Salud con Énfasis en Análisis de Desigualdades	31
Capítulo 4. Referentes conceptuales en la implementación del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031	114
Capítulo 5. Marco estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031	127
Capítulo 6. Gestión Territorial integral de la Salud Pública del PDSP 2022-2031	162
Capítulo 7. Responsabilidades de los actores del sector salud en el PDSP 2022-2031	169
Capítulo 8. Salud propia e intercultural con los pueblos y comunidades en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031	182
Capítulo 9. Poblaciones víctimas del conflicto armado en Colombia en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031	277
Capítulo 10. Sistema de Seguimiento y Evaluación del PDSP 2022-2031	289
Capítulo 11. Sostenibilidad Financiera del PDSP 2022-2031	310
Bibliografía.....	322

SIGLAS

APS	Atención Primaria en Salud
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CIDH	Corte Interamericana de Derechos Humanos
COSUDE	Agencia Suiza para el desarrollo y la Cooperación
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DDHH	Derechos Humanos
DSS	Determinantes Sociales de la Salud
GIZ	Agencia Alemana para la Cooperación Internacional
MTAC	Medicinas y terapias alternativas y complementarias
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PDET	Programa de Desarrollo con enfoque territorial
PDSP	Plan Decenal de Salud Pública
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el desarrollo
SISPI	Sistema Indígena Propio e Intercultural
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Cultura, las Ciencias y la Educación

Capítulo 1. Antecedentes y contexto del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031

El Plan Decenal de Salud Pública establecido como política de Estado es la hoja de ruta que define la estrategia y la manera como la institucionalidad y la ciudadanía en general enfrentarán los retos de la salud pública en los territorios del país durante diez años, reconociendo la diversidad de contextos sociales, políticos, culturales y de salud, así como las dinámicas geopolíticas regionales y mundiales, en busca de la reducción de las inequidades y el avance hacia la garantía del derecho fundamental a la salud, constituido como un pacto social y un mandato ciudadano de carácter participativo, pluralista y multicultural que exige la participación y acción coordinada entre actores y sectores gubernamentales y no gubernamentales, para crear procesos, situaciones y circunstancias que favorezcan el ejercicio de la salud pública, la incidencia positiva sobre los determinantes sociales de la salud y el bienestar de las personas.

El primer Plan 2012-2021 considerado el derrotero de la salud pública, con transformaciones a largo plazo, al pasar de una planeación de cuatro a una de diez años, permitió ampliar la comprensión de la salud, logrando sensibilizar a los territorios en la necesidad de incidir sobre los determinantes sociales de la salud para mejorar las condiciones de vida, salud y bienestar de la población. Sumado a lo anterior, en el marco de la implementación del plan, los territorios contaron con la Estrategia PASE a la Equidad en Salud¹, como un hito en la planeación del sector que orientó el análisis e identificación y comprensión de las situaciones presentes en los territorios para la proyección de respuestas articuladas en el marco de la autonomía de las entidades y de lo dispuesto en la Ley 152 de 1994.

En línea con lo expuesto, el plan contemplaba estrategias para la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud, así como para el fortalecimiento de la autoridad sanitaria, con el fin de instaurar acciones de articulación y trabajo coordinado entre diferentes sectores, que permitiera compartir saberes, experiencias y posibilitar la búsqueda de soluciones integrales en las políticas territoriales, buscando el bienestar, desarrollo y calidad de vida de la población. En esta misma línea, y según lo establecido en la Ley 1438 de 2011, el país avanzó durante la implementación del plan, en la creación y reglamentación de la Comisión Intersectorial de Salud Pública – CISP como instancia de coordinación para la gestión intersectorial de los Determinantes Sociales de la Salud.

El PDSP 2012-2021, como parte instrumental del Estado, fijó entre sus metas el desarrollo del capítulo étnico con el fin de establecer la ruta que asegurara acciones diferenciales en vía de la garantía de los derechos de los pueblos y comunidades indígenas, NARP y Rrom

¹ La Estrategia PASE a la Equidad en Salud se inscribe en el ciclo de la gestión pública y desarrolla una secuencia metodológica para la formulación de Planes Territoriales de Salud a través de dos procesos, tres momentos y diez pasos.

y el restablecimiento de los derechos de las víctimas y otros grupos vulnerables y diferenciales. El Plan adoptó el enfoque diferencial como un componente transversal y estratégico que permitiera la aplicación de medidas especiales en favor de aquellos grupos sociales en los que dichas diferencias significan desventajas.

El Plan destaca las realidades y particularidades de las poblaciones étnicas, tales como su cosmovisión, sus usos y costumbres, origen e identidad cultural. Por ello, pone de manifiesto que existen diferencias en las necesidades de atención y protección de la salud y que dichas comunidades deben ser partícipes en su entendimiento para transformar las situaciones de inequidad, discriminación y vulneración de derechos, por medio de acciones afirmativas y de acuerdo con las prioridades definidas por los pueblos y comunidades étnicas en los espacios de diálogo y concertación, con el fin de fortalecer el abordaje intercultural en la planeación territorial de salud.

Dificultades y resultados del PDSP 2012-2021

Como lo señala Pérez (2017) las políticas públicas son instrumentos de los Estados para la transformación de las realidades, implementadas para modelar estas realidades imperfectas. Sin embargo, la implementación de las políticas públicas conlleva una serie de complejidades que, en conjunto, se estructuran bajo interacciones con mayor o menor independencia, involucrando actores, decisiones y oportunidades, que determinan el éxito o avance de su implantación. Por ello, para determinar las dificultades de la implementación del PDSP el Minsalud (2018) desarrolló una “Evaluación de Procesos e Institucional del Plan Decenal de Salud Pública (2012-2021)”, con el fin de identificar los elementos que influyeron en la implementación y la obtención de resultados del PDSP. Algunas de las dificultades identificadas fueron:

1. **Articulación e intersectorialidad:** Dentro de este ítem se señaló como débil el acompañamiento y articulación entre el Ministerio y las entidades territoriales, así como la articulación con los otros sectores del Gobierno para emprender acciones conjuntas para la gestión intersectorial de los determinantes sociales de la salud. A nivel territorial se consideró débil o nula la articulación con los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud – CTSSS y a su vez con las instancias intersectoriales que permitiera potenciar esfuerzos a favor de la salud pública. La CISP es percibida como una iniciativa de personas y no de sectores, además, se le considera alejada a las realidades y saberes locales.

2. **Fortalecimiento de capacidades:** En el marco de la evaluación, se identificaron y reportaron debilidades en las capacidades operativas y financieras en entidades territoriales, en particular del orden municipal, relacionadas con dificultades de conectividad, de disponibilidad de talento humano y de falta de desarrollo de capacidades para la gestión de la salud pública.

3. Proceso de Planeación: Dificultades en el entendimiento de la metodología PASE a la Equidad en Salud; insuficiencia de recursos, principalmente en municipios de categoría 4,5 y 6. En lo estratégico, falta de claridad de las metas y ausencia de indicadores que permitieran su seguimiento y evaluación.

4. Sistema de información para la toma de decisiones: El sistema para el seguimiento del PDSP – Portal Web del PDSP- no alcanzó a desarrollar todos los módulos previstos, lo que limitó la obtención de información para la evaluación del PDSP y de los PTS. De igual manera se señaló que faltó retroalimentación hacia las entidades.

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

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

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

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

Acontecimientos nacionales e internacionales

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

capacidad de recuperación. Estas situaciones han generado grandes retos en materia de salud pública y para los sistemas de salud nacionales.

La pandemia por COVID-19 rápidamente se convirtió en una amenaza para la humanidad, amenazando la economía y los sistemas de salud. Esta pandemia generó la mayor crisis social y sanitaria global de la historia reciente. Como lo indica OXFAM (2022) la pandemia afectó un mundo marcado por la desigualdad, poniendo al descubierto las debilidades y la baja inversión para el desarrollo de los sistemas de salud, y las desigualdades en la garantía al derecho a la salud que enfrentan distintos grupos poblacionales.

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

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

Desde los recursos se puede señalar que, de las intervenciones en salud (individuales, colectivas y poblacionales) se derivan de los recursos del aseguramiento en salud² y de los fondos y recursos de la salud pública³. De manera particular, el país no cuenta con un solo

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

³ Los recursos transferidos para financiar los servicios de educación y salud a las Entidades Territoriales, Departamentos, Distritos y Municipios los señala la Constitución Política de Colombia (art. 356 y 357), estos recursos constituyen el Sistema

sistema que integre los recursos o realice su seguimiento, por ello se creó el sistema de aseguramiento administrado por la ADRES⁴ y los recursos de la salud pública bajo la administración de las entidades territoriales de salud. Por el aseguramiento en salud, según el DANE (2021) para el año 2020, el régimen contributivo en salud contó con 32,98 billones de pesos, de estos el 72,2% fueron contribuciones a la seguridad social, y el 27,8% de transferencias del gobierno nacional para su financiación.

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

En cuanto a la salud pública, el Informe sobre la asignación y ejecución de los recursos de la Subcuenta de Salud Pública Colectiva de los departamentos y distritos en el año 2020 (MSPS, 2021), señaló que la principal fuente de financiación siguen siendo los recursos del Sistema General de Participaciones componente Salud Pública con el 38%, seguido de otros aportes o transferencias municipales⁵ con 26%; luego la fuente de otros recursos de capital, con una participación del 20%⁶, en cuarto lugar los recursos de otros aportes o transferencias nacionales (ETV, Lepra, Tuberculosis) con un peso del 5%, y la quinta principal fuente de financiación de las acciones de Salud Pública en la vigencia 2020 fueron los recursos no ejecutados del SGP SP de vigencias anteriores con un 3%, por un valor de 43 mil millones de pesos. Estas fuentes suman, porcentualmente un 92%, lo que significa que las acciones de salud pública son financiadas principalmente por los recursos transferidos por la nación, ya que de las cinco principales fuentes de financiación, tres son del orden nacional (SGP-SP de la vigencia, SGP-SP vigencias anteriores y transferencias

General de Participaciones – SGP, cuya destinación y distribución se han establecido en la Ley 715 de 2001, en dicha distribución están los recursos para financiar las acciones de Salud Pública. (MSPS, 2021).

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

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

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

nacionales ETV, Lepra, TBC-), y las otras dos fuentes - Otras transferencias municipales y recursos de capital - en su gran mayoría la aporta el distrito de Bogotá con una suma cercana a los 588 mil millones de pesos.

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

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

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

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

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

Transición plan anterior al actual

“Construir Sobre lo Construido”

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

a. Fortalecimiento del gobierno y la gobernanza de la salud pública. El PDSP 2012-2021 reconoció y promovió el fortalecimiento de las instancias necesarias para la toma de decisión en torno a la gestión sectorial e intersectorial de los Determinantes Sociales de la Salud, entre ellas, la Comisión Intersectorial de Salud Pública y los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud. Asimismo, con la implementación del plan se promovió la articulación de instancias intersectoriales orientadas por temáticas de salud y se fortalecieron los equipos de trabajo de las dependencias del Ministerio de Salud y Protección Social para la implementación de la política. Sin embargo, la falta de una agenda única para la gestión de los determinantes sociales de la salud, la pérdida de la confianza en la institucionalidad por parte de actores sociales y de la ciudadanía, la falta de articulación entre los diferentes niveles de gestión del sistema, y entre sectores y actores para la incorporación de la política en los territorios, y la debilidad en los procesos de participación social y comunitaria, limitaron el logro de los resultados propuestos. Por lo anterior, el Plan Decenal 2022-2031 retoma los esfuerzos por fortalecer el gobierno y la gobernanza en salud pública y plantea estrategias en diferentes niveles para contribuir con este propósito.

b. Fortalecimiento de la planeación estratégica. Con el PDSP 2012-2021 se implementó un modelo de planeación territorial en salud que reconocía la necesidad de generar competencias y capacidades para alcanzar los fines de la política. Sin embargo, las evaluaciones muestran que es necesario focalizar acciones para realizar i) diagnóstico integral de capacidades de los territorios para implementar metodologías robustas de planeación, ii) acompañamiento en la implementación basado en generación de competencias y habilidades más que de saberes y iii) abogacía para incidir en la alta rotación de los profesionales de la salud pública.

c. Planteamiento de una estrategia que garantice la integralidad y sostenibilidad de la gestión de la salud pública. El 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, del desarrollo de capacidades en los

tomadores de decisión para gestionar las situaciones y prioridades emergentes y de implementar estrategias sostenibles en el mediano y largo plazo; elementos que son retomados en el marco estratégico del PDSP 2022-2031.

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 vio comprometida con la pandemia COVID 19 que dejó en evidencia la falta de resiliencia de los sistemas de salud alrededor del mundo, frente a una situación de crisis de tal magnitud. En Colombia, la pandemia permitió reconocer que, aunque la apuesta por la garantía del derecho a la salud y el logro de la cobertura universal es el camino, persisten importantes barreras y deudas históricas frente al acceso equitativo a los servicios de salud, la oportunidad en la atención, y la integralidad en salud y que este 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 contribuya con el fortalecimiento de la autoridad sanitaria.

e. Seguimiento y evaluación de acciones y políticas de manera efectiva y eficiente. Colombia es un país que ha madurado en la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas. Esta maduración no ha sido armónica en las diferentes fases debido a situaciones propias del contexto, contenido y actores que inciden en la formulación de las políticas. En consecuencia, el seguimiento y evaluación fueron procesos que se desarrollaron en menor medida en el marco del PDSP 2012-2021, comportamiento esperable debido a que, en tanto política naciente, los esfuerzos se dedicaron a garantizar una adecuada formulación e implementación. En consecuencia, existe la necesidad de estandarizar procesos de seguimiento y evaluación, reconocer indicadores validados, confiables y trazables que den cuenta del desarrollo de acciones, el cumplimiento de metas, los resultados del proceso y los resultados en salud, para lograr un sistema más efectivo para la toma de decisiones en salud pública.

Antecedentes normativos

Como se ha venido señalando, el PDSP plantea múltiples retos, como la consolidación de las capacidades técnicas en los ámbitos nacional y territorial para la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de la política, en correspondencia con los compromisos nacionales e internacionales en materia de salud pública. Así, el PDSP propone armonizar las políticas públicas en salud, las políticas internacionales y los compromisos y convenios suscritos por el país, lo cual requiere un análisis de los marcos normativos que se relacionan con las orientaciones estructurales y estratégicas del mismo, y que integran elementos de articulación relevantes como: el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer llevada a cabo en Beijing,

el Convenio Marco de Control del Tabaco, El Acuerdo de París bajo la Convención Marco de Naciones Unidas sobre Cambio Climático (CMNUCC) y el Reglamento Sanitario Internacional y el Pacto Global para la Migración Segura, entre otros. Este inventario normativo, que incluye además los referentes normativos para los pueblos y comunidades étnicas del país, se encuentra disponible en la página del Ministerio de Salud y Protección Social.

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

2.1 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, 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, se establecieron cuatro fases para la construcción del nuevo plan: i) aprestamiento, ii) formulación, iii) implementación y iv) seguimiento y evaluación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019), atendiendo a los principios de la planificación participativa que buscan garantizar la representación de los intereses de los ciudadanos/as y la coordinación en doble vía (desde abajo hacia arriba y desde arriba hacia abajo) de los actores interesados en la gestión de la salud pública del país.

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

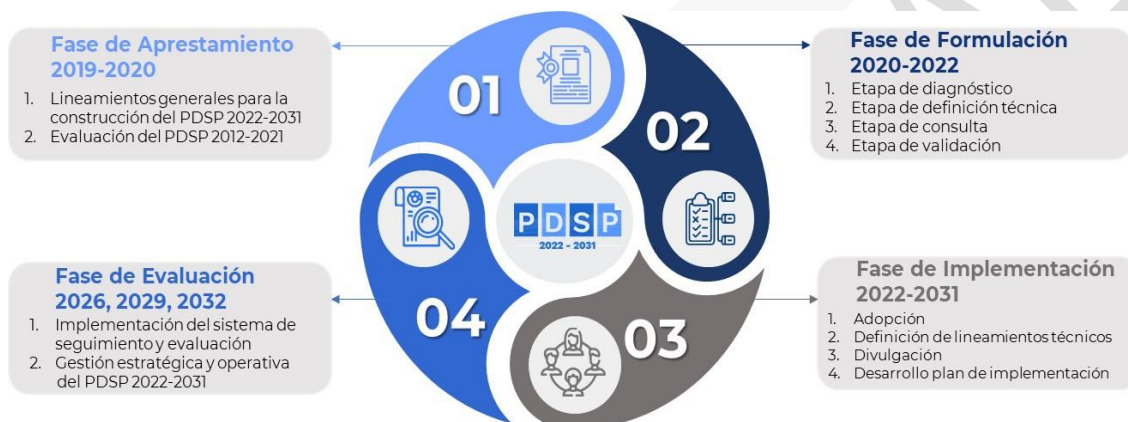
En ese orden de ideas, el proceso de formulación del plan se cimentó en la generación de espacios de participación que garantizaran la incidencia de la ciudadanía, reconociendo el acervo cultural de pueblos y comunidades indígenas, negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, y del pueblo Rrom, a fin de fortalecer procesos de apropiación, sostenibilidad,

legitimidad y colaboración en la formulación, implementación, seguimiento y evaluación del plan (Ministerio de Salud y Protección social, 2020a)

2.2 Fases del Proceso de Formulación del PDSP 2022-2031

El proceso de formulación del PDSP 2022-2031 plantea el desarrollo de cuatro fases, así:

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



Fuente: Elaboración propia

2.2.1 Fase de Aprestamiento

Esta fase se desarrolló entre octubre de 2019 y febrero de 2021. Comprendió un conjunto de actividades para garantizar las condiciones institucionales necesarias en el proceso de construcción del 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, éste último compuesto por representantes de las diferentes dependencias del Ministerio y por asesores del sector académico, sectorial y territorial.

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

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

2.2.2 Fase de Formulación

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

⁷ La planificación multiescalar es un proceso para definir de manera participativa, colaborativa, coherente e integral, objetivos y estrategias para el desarrollo, con múltiples esfuerzos por niveles del Estado, que se deben articular y coordinar para la resolución de las necesidades de la sociedad y el aprovechamiento de las oportunidades de desarrollo (Sandoval, Sanhueza y 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).

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

2.2.2.1 Etapa de Diagnóstico

En esta etapa se desarrollaron procesos relacionados con: i) el diagnóstico de necesidades y mecanismos para la garantía de la participación social en el proceso de formulación del 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.

Inició con el desarrollo de un mapeo de actores territoriales en cuatro instancias: la primera, al interior del Ministerio de Salud y Protección Social, identificando el grado de poder e interés en el proceso y el tipo de relación entre dependencias. Dichos resultados permitieron obtener un balance de los actores y la capacidad instalada de las diferentes dependencias internas para aportar al proceso de construcción del PDSP (Ministerio de Salud y Protección social, 2021a).

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

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

De otra parte, se realizó el balance global del PDSP 2012-2021 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 territorial; y una revisión detallada del aplicativo web de Gestión del PDSP (Ministerio de Salud y Protección Social, 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 (Ministerio de salud y protección social. , 2020b) , con base en los informes de avance de metas de los años 2018, 2019 y 2020. Este insumo sirvió de fundamento para la realización de una metodología cualitativa (círculo de palabra) con los representantes de las diferentes dependencias del Ministerio, para la identificación de los elementos estratégicos del plan que debían permanecer y los que debían ser reconsiderados para el próximo decenio.

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

Con relación a los insumos para identificar el capital social se realizaron círculos de palabra al interior del Ministerio, así como el diligenciamiento de un cuestionario con preguntas abiertas dirigido a entidades del sector y secretarías departamentales de salud, donde se indagó por los principios y valores que deberían guiar el 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 (Ministerio de Salud y Protección social, 2021a).

Metodología Diagnóstico de Situación de Salud con Enfoque de Equidad. El diagnóstico de situación de salud tuvo como objetivo proporcionar información acerca de la situación de salud de la población colombiana, su relación con los determinantes sociales y las desigualdades en salud territoriales, con el fin de aportar insumos en la definición del marco estratégico del PDSP. 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, se exponen los resultados de las exploraciones analíticas para determinar la

⁹ Foros temáticos: I Foro académico PDSP 2022-2031, lecciones aprendidas del PDSP 2012- 2021, 30 de septiembre 2021. Disponible en: <https://es-la.facebook.com/OPSOMSColombia/videos/284400736862533/>; II Foro académico: Lecciones aprendidas de la gestión de la pandemia Covid 19, 8 de noviembre de 2021. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=z4_aPxZRFAQ

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 Euiplot.

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 y víctimas de conflicto armado.

Para comprender la relación entre la intervención y los determinantes sociales de la salud, se partió del Modelo de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esta revisión de revisiones consideró de manera especial las revisiones sistemáticas que abordaron resultados o desenlaces en salud relacionados con la morbilidad, mortalidad, incidencia, prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles, enfermedades transmisibles, medidas antropométricas, sobrepeso, obesidad, salud mental, salud sexual y reproductiva, salud materno-perinatal e infantil, salud nutricional, salud oral, visual y auditiva, en coherencia con las dimensiones abordadas anteriormente por el 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.

2.2.2.2 Etapa de Definición Técnica

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

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

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

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 esquema operativo del plan y de los demás actores interesados por medio de reuniones de entendimiento y mesas de trabajo que permitieron consolidar acuerdos e identificar disensos alrededor de lo propuesto.

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

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

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

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

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

Metodología para el establecimiento de líneas de base y metas del PDSP 2022-2031¹⁰: El establecimiento de las líneas de base de los indicadores de resultados en salud del plan contempló tres dimensiones: i) La historia natural de la enfermedad o de la situación de salud a abordar; ii) La disponibilidad de la información por el indicador de interés y iii) La identificación de la fuente que recolecta la información del indicador de interés. Teniendo en cuenta estas características se utilizaron las siguientes estrategias metodológicas para el establecimiento de línea de base:

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

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

al choque como el dato de línea de base; iv) Cuando no era posible identificar una tendencia, se tomó el dato del último periodo observado antes de la intervención.

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

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

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

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

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

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

Desarrollo e Inclusión Poblaciones Indígenas; Negritudes, Afrodescendientes Raizales y Palenqueras (NARP), Pueblo Rrom y ruta de armonización. A continuación, se describe el proceso metodológico que se desarrolló con estas comunidades entre 2018 y 2022 y se presenta la ruta propuesta para la armonización de estos insumos en el marco de la formulación del 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 para la construcción conjunta del texto preliminar del capítulo indígena, que implicó un proceso de conceptualización y triangulación de datos en donde se relacionó información de fuentes primarias y secundarias, necesidades normativas y percibidas, datos cuantitativos y cualitativos, y perspectivas desde lo occidental y lo tradicional o propio de las realidades socioculturales indígenas.

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

- **Pueblo Rrom o Gitano.** La ruta metodológica se desarrolló con la Comisión Nacional de Diálogo, en coordinación con el Ministerio del Interior entre 2018 y 2022. Incluyó la revisión, sistematización y análisis de la información relacionada con la caracterización sociocultural y situacional del pueblo Rrom, el diseño de la metodología de los encuentros con las Kumpaño¹¹ y la capacitación de los equipos técnicos para la realización de los diálogos participativos.

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

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

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

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

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

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

La consulta ciudadana se realizó con la publicación de la propuesta del capítulo en la página web del Ministerio entre el 02 y el 17 de octubre del año 2019. Los aportes fueron incorporados según su pertinencia y validez y posteriormente el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 2405 de 31 de diciembre de 2021. En virtud del párrafo 1 de la citada resolución, se acuerda el desarrollo de la ruta de armonización para el acople entre la resolución 2405 de 2021 con el marco estratégico del PDPS 2022 – 2031, la cual ha sido concertada con la Mesa de Salud de la Mesa Nacional de

Participación Efectiva de Víctimas, efectuada el 2 y 3 de marzo de 2022, donde se acordó avanzar con el proceso de armonización a través de una hoja de ruta para su desarrollo en el segundo semestre de 2022.

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

Para la inclusión del enfoque de migrantes en el 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.

2.2.2.3 Etapa de Consulta

Esta etapa se desarrolló en abril de 2022, su objetivo fue diseñar e implementar una encuesta virtual que permitiera recoger opiniones y aportes sobre la primera versión del 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 fue publicada en la página del Ministerio para la revisión y retroalimentación de los actores interesados.

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

2.2.2.4 Etapa de Validación

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

2.2.3 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, definición de lineamientos técnicos, divulgación y desarrollo del plan de implementación, como se muestra a continuación:

2.2.3.1 Adopción: Se refiere al procedimiento que se realiza para expedir el acto administrativo tipo resolución que adopta el PDSP 2022-2031 y el acto administrativo tipo Decreto que reglamenta la Comisión Intersectorial de Salud Pública. La consulta pública

del proyecto de Resolución se surtió entre el 24 de mayo y el 3 de junio de 2022 y la del proyecto de Decreto entre el 26 de mayo al 6 de junio de 2022.

2.2.3.1 Definición de lineamientos técnicos: En este componente se desarrollarán las disposiciones necesarias que precisan los elementos de la operación del PDSP, entre ellos: i) Armonización de políticas vigentes relacionadas con la gestión de la salud pública y el PDSP; ii) Herramientas y metodologías para la planeación y gestión territorial integral de la salud pública; iii) Herramientas para la puesta en marcha del Sistema de Seguimiento y Evaluación.

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

2.2.3.4 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 decenal. El plan de implementación contempla el desarrollo de cinco etapas: i) Aprestamiento o preparación, ii) Inicio de la implementación operativa, iii) Implementación propiamente dicha, iv) Evaluación del proceso de implementación y v) Ajustes al proceso de implementación, las cuales se describen en el capítulo sexto de Gestión Territorial Integral de la Salud Pública del PDSP 2022-2031.

2.2.4 Fase de Evaluación

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

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

Este capítulo corresponde a la síntesis de los aspectos más relevantes del Análisis de situación de salud con Énfasis en Análisis de Desigualdades de Colombia 2021¹² y se organiza en reconocer el contexto socio-demográfico del país; la capacidad administrativa para fortalecer la planificación estratégica de los gobiernos; la situación de pueblos y comunidades, género-diversidades, y población en situación de vulnerabilidad; el abordaje del análisis de los determinantes sociales de la salud; los resultados de la Atención Primaria en Salud; la problemática frente al cambio climático y la capacidad de respuesta frente a una emergencia en salud pública; la situación actual para dirigir el conocimiento en salud pública y la situación del personal de salud.

De forma complementaria para este capítulo, se utilizó como insumo el diagnóstico situacional de condiciones de salud territoriales basadas en exploraciones analíticas de la desigualdad en salud, a partir de unidades departamentales, socialmente jerarquizado, realizado en el marco del proceso de formulación del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031.

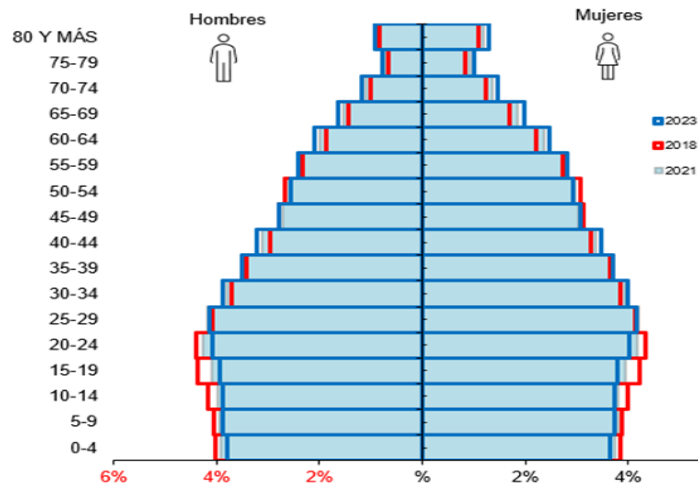
A partir de esta información, se presenta este capítulo, que reúne elementos de contexto demográfico y expone los resultados de las exploraciones analíticas de la desigualdad en salud, aportando evidencia efectiva y oportuna para la definición del marco estratégico del PDSP 2022-2031, convirtiéndose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

3.1 Contexto sociodemográfico

De acuerdo con el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, Colombia tiene para el 2021 una población de 51.049.498 habitantes, de los cuales 38.898.851 (76,20%) vive en cabeceras municipales y 12.150.647 reside en centros poblados y rurales dispersos. Del total de la población para este año, 24.912.231 son hombres (48,80%) y 26.137.267 son mujeres (51,20%) Gráfico 2. (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), 2018)

¹² Para conocer el documento con el contenido completo del Análisis de situación de salud con Énfasis en Análisis de Desigualdades de Colombia 2021 puede consultar el documento disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/analisis-situacion-salud-colombia-2021.pdf>

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



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

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

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

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

Las tres cordilleras de la región andina presentan la mayor concentración poblacional: en alturas menores a los 3.000 msnm; en los altiplanos de Ipiales, Túquerres, Pasto y cundiboyacense y en los valles interandinos, principalmente de los ríos Cauca y Magdalena, las ciudades de Cartagena, Barranquilla, Santa Marta, Riohacha, Sincelejo y Montería constituyen núcleos centrales de población de la región costera del Caribe. La Cordillera Oriental es la más poblada; se extiende desde el Sumapaz, en el sur, hasta Cúcuta, en el norte. El altiplano cundiboyacense se destaca por su densidad demográfica incluyendo el dominio del Distrito Capital de Bogotá, la ciudad más poblada del país. La región oriental es la menos habitada; se destaca el eje de poblamiento del piedemonte, colonizado, poblado y urbanizado a partir de los Andes (Instituto Geográfico Agustín Codazzi, 2005).

En relación, a los municipios que se destacan por su densidad poblacional, superando el dominio de la Capital Distrital de 4.425 habitantes por kilómetro cuadrado, se encuentran Itagüí (13.401), Soledad (9.029), Barranquilla (7.263), Medellín (6.329) y Sabaneta (5.165). Otros territorios que tienen densidad poblacional por encima de las 1.800 personas por kilómetro cuadrado corresponden a Bucaramanga (3.458), Soacha (3.442), Bello (3.261), Cali (3.237), Dosquebradas (2.779), Floridablanca (2.742), Armenia (2.266), Envigado (2.723) y La Estrella (1.853) (Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), 2018).

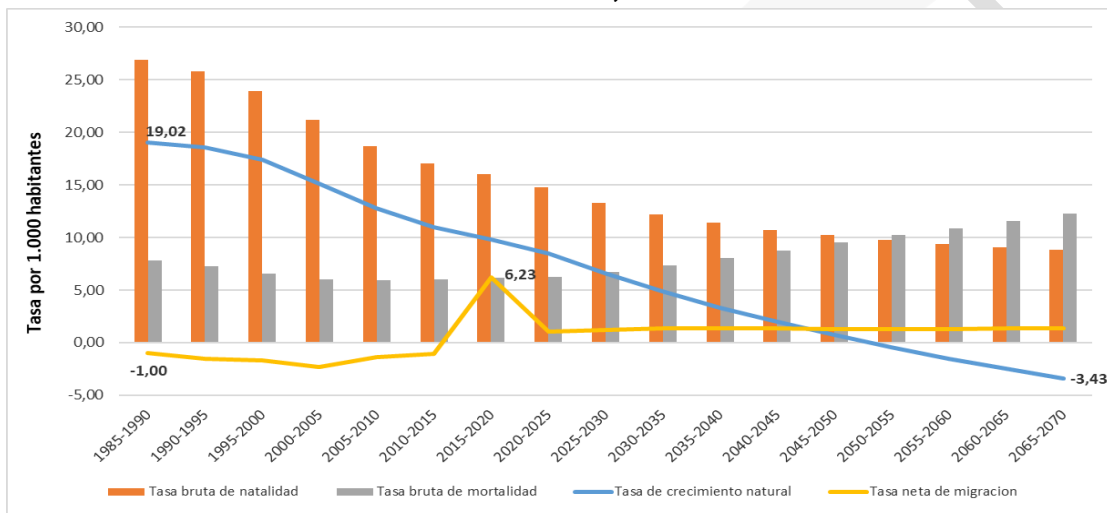
El reconocimiento de la distribución de la población por tamaño de municipios permite prever los territorios que se encuentran expuestos a concentrar más la carga de la enfermedad, lesiones u otros impactos en salud. En 1985 Colombia tenía tres ciudades con más de 1 millón de habitantes, en donde Bogotá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

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

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

En Colombia la natalidad se proyecta con una tendencia al descenso entre los quinquenios 1985-1990 y 2015-2020, siguiendo con la misma tendencia al descenso para la proyección del quinquenio 2020-2025, pasando de 26,8 a 16,2 y luego a 14,7 nacidos vivos por cada 1.000 personas, lo cual representa una reducción en términos relativos del 45,1% en la tasa bruta de natalidad y en términos absolutos de 12,1 nacidos vivos por cada 1.000 personas (Gráfico 3).

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



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

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

En lo relacionado con la fecundidad, las tasas muestran una caída importante entre 1985 y 2015 y se considera por la tendencia que para 2021 seguirán disminuyendo (Organización mundial de la Salud. , 2014). Se estima que para el quinquenio 2020-2025 en promedio cada mujer en edad reproductiva tenga 1,84 hijos, lo cual representa una disminución del

39,27% en la tasa global de fecundidad o la reducción en un hijo por mujer con respecto al quinquenio 1985-1990 donde la tasa fue de 3,03 (Organización mundial de la Salud. , 2014), similar a la estimación de 1,9 hijos por mujer para los países de ingresos medianos altos (Organización mundial de la Salud. , 2014).

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

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

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

3.2 Gobernanza

De acuerdo con el informe de la OCDE¹³ sobre gobernanza pública en Colombia los departamentos han ido aumentando su capacidad de planificación y participación de las partes interesadas en el proceso de política pública, no obstante, se presenta dificultades relacionadas con:

¹³ Tomado de: <https://www.oecd.org/gov/Colombia-Scan-Final-Spanish.pdf>

– Los instrumentos de planificación utilizados por las entidades territoriales son variados, no se articulan entre si y su plazo de ejecución difiere, lo anterior, limita el seguimiento y evaluación de la política pública. Del informe en mención se plantea que “los gobiernos de Cundinamarca, Nariño, Norte de Santander y Risaralda mencionaron que todas sus políticas públicas están vinculadas con ellos, mientras que Cauca, Arauca y Bogotá vinculan como mínimo el 75% de dichas políticas. Sin embargo, la realidad sugiere que los planes a veces tienden a ser demasiado ambiciosos y que su implementación efectiva puede ser limitada. Las entrevistas realizadas apuntan también a una falta de conexión entre las herramientas de planificación. En concreto, los planes de desarrollo departamental no parecen estar conectados con otros planes como los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial y los Planes de Ordenamiento Territorial. La coordinación se complica por el hecho de que todos ellos tienen diferentes horizontes temporales y fases de ejecución. Por ejemplo, mientras que los planes de desarrollo departamental tienen un horizonte de 4 años, los de ordenamiento territorial tienen uno de 12 años y los programas de desarrollo, de 10”.

– Carecen de recursos financieros y humanos suficientes para dirigir la coordinación horizontal entre diferentes secretarías o unidades. Este hecho constituye una barrera para coordinar e implementar las políticas públicas y evaluar sus resultados de una manera efectiva.

– Sigue habiendo una participación limitada de las partes interesadas en todo el ciclo político, especialmente en el seguimiento y la evaluación de los Planes de Desarrollo Departamental. Si bien las entrevistas realizadas han demostrado que la consulta es una práctica habitual en las primeras fases de los planes, la implicación activa de ciudadanos, ONG y representantes del sector privado y de los medios de comunicación sigue siendo poco común en la fase de evaluación.

– Pocos departamentos incluyen principios e iniciativas de gobierno abierto relacionados con la transparencia, la rendición de cuentas, la integridad y la participación en los Planes de Desarrollo Departamental.

De igual forma, el informe plantea que “Colombia se enfrenta a profundas disparidades de la capacidad fiscal, institucional, administrativa y de gestión en el nivel subnacional. Muchas regiones afectadas por el conflicto armado interno o que carecen de recursos extractivos presentan deficiencias a nivel subnacional en términos de autonomía fiscal, coordinación, personal, y capacidad normativa, de auditoría y de control, entre otros. Las disparidades persistentes de la capacidad administrativa y fiscal merman el poder del estado para mantener con efectividad sus funciones administrativas en todo el territorio nacional y para prestar a todos los ciudadanos unos servicios ejecutivos y judiciales básicos de manera equitativa”.

De otro lado, una evaluación de procesos e institucional realizada al PDSP 2012-2021 buscó indagar por aspectos relacionados con la capacidad institucional en términos de las competencias, la capacidad técnica y operativa, los instrumentos del PDSP y la articulación entre actores; los cuales se describen a continuación:

En cuanto a las *competencias* establecidas por el Plan, se encontró que, aunque eran claras, los cuellos de botella empiezan en el momento de su ejecución “cuando las entidades evidencian que no cuentan con las herramientas para coordinar todas las acciones que estas competencias implican, inclusive, en determinar quién es el que debe liderar qué en el territorio”.

Respecto a la *capacidad técnica y operativa*, las direcciones territoriales de salud manifestaron que no tienen personal suficiente, no hay estandarización en la definición de perfiles mínimos en algunos cargos, lo anterior, sumado a la rotación de personal y los salarios poco competitivos, establece un nodo problemático para la implementación de las labores a realizar, por falta de capacidad técnica, especialmente en las zonas más apartadas; de igual forma se hace mención a la falta de recursos físicos y tecnológicos para adelantar la ejecución del PDSP.

En lo relacionado a los *lineamientos, guías y resoluciones* expedidos por el nivel nacional, se encuentra que “estas llegaron tarde y que existe multiplicidad de herramientas, que, por lo general no se articulan con otras del MSPS o no se desarrollan bajo una misma línea”.

Frente a la *articulación* hace mención a tres tipos: la sectorial, la intersectorial y transectorial.

- Nivel sectorial:
 - Las DTS y EAPB (cada una por su cuenta) han logrado trabajar de manera articulada con las IPS, resaltando la voluntad de los gerentes de estas instituciones como un factor determinante”;
 - De otro lado, en el tema de “la articulación con las EAPB, se menciona una dificultad y es el hecho de la ubicación de la EAPB como factor de éxito de la articulación con la ET. Este tema se relaciona con la territorialidad del aseguramiento donde se señala el hecho de que la contratación de la EAPB con el ESE local mejoró la integralidad de la atención en salud; sin embargo, el poder de decisión de estas entidades se concentra en las direcciones nacionales limitando a las sedes regionales en su actuar oportuno”.

- Las ARL son las grandes ausentes en los procesos del PDSP. Estos actores no han logrado articularse con estas entidades, pese a que reconocen su importancia en el fortalecimiento de la dimensión Salud y ámbito laboral.
- Se han creado espacios de articulación para los referentes, liderados en algunos casos por el administrador local o el secretario de salud, para fortalecer los procesos internos de las DTS y facilitar el trabajo conjunto con actores externos.
- Los actores perciben una desarticulación interna en el MSPS para referirse a los instrumentos del PDSP y abordar sus dimensiones de manera integral.
- La complementariedad de acciones de la ET departamental y municipal es escasa, la falta de articulación entre estos actores incide en la dificultad para crear espacios de concertación en los que se logre establecer las actividades que se van a llevar a cabo en los territorios de manera conjunta y sin que esto implique una duplicidad de esfuerzos.
- Nivel intersectorial:
 - Hay un entendimiento en las ET de la importancia de la articulación intersectorial, donde el apoyo de planeación es clave, así como las directrices que se pueden dar desde el despacho del Gobernador o Alcalde.
 - La articulación entre la DTS y demás Secretarías no es un aspecto generalizado, con algunas funciona bien y con otras hay aspectos por mejorar. La articulación con otros sectores no es nada sencilla, por múltiples factores internos (por ejemplo: tiempo de contratación del PIC, capacidad / liderazgo / insistencia del referente / capacidad técnica y operativa del talento humano) o externos (rotación de personal de las otras entidades) esta relación puede o no ser exitosa, no hay un patrón común, ni siquiera por dimensión.
 - El tema de la articulación institucional no funciona bajo las reglas y normas actuales. No hay un mandato claro de intersectorialidad en el nivel nacional y esto dificulta el trabajo en los territorios. El sector salud recibe los problemas derivados de todos los demás sectores, pero al mismo tiempo no tiene la capacidad de jalonar procesos de acción intersectorial.
 - El Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud y el Consejo de Política Social son espacios idóneos para convocar y gestionar la acción intersectorial. El CTSSS debe replicar el trabajo de la CISP en los territorios y sin embargo, se le quita importancia al dejarlo solo como consultivo. Su reglamentación esta desactualizada

dificultando su operación y la posibilidad de concretar acciones y recursos para la intersectorialidad.

- Nivel transectorial

- La participación comunitaria es muy variada a lo largo del país, depende de cómo está organizada la comunidad y de su reconocimiento en el territorio.

- Se evidencia un esfuerzo importante de las DTS por vincular a las universidades en los procesos del PDSP y en la formación de semilleros de investigación, que contribuyan al desarrollo de sus dimensiones. Por su parte, los actores privados, son convocados a los comités intersectoriales para concertar las acciones en los que se ven involucrados y cuyo apoyo es determinante para su ejecución.

- La participación ciudadana no solo se refleja en la planeación e implementación, sino en el seguimiento de los planes formulados por las ET mediante la conformación de veedurías ciudadanas como garantes de los derechos en salud de las comunidades.

3.3 Situación de pueblos y comunidades, género-diversidades y situaciones y condiciones

3.3.1 Pueblos indígenas

Entre los censos de 2005 y 2018 la población indígena aumentó 36.8 % y pasó de una participación del 3.4 % en el total nacional en 2005, al 4.4 % en el 2018. De acuerdo al análisis de cohortes 2005 – 2018 este incremento no es explicable solamente por sus niveles de fecundidad, sino que se observa la inclusión de nuevos individuos por dos factores: la mejor cobertura del censo en territorios con predominancia indígena y el aumento del autorreconocimiento étnico indígena (DANE, 2019)

La estructura por sexo y edad de la población indígena en 2018 conserva la base ancha que disminuye a medida que avanza la edad, en coherencia con su natalidad alta y mortalidad progresiva con la edad. No obstante, el grupo de edad menor de 14 años disminuyó entre 2005 y 2018, pasó de representar el 39.5 % de su población, al 33.8% a nivel global. Pero al desagregar la estructura de población indígena en cabeceras municipales y la residente en centros poblados y rural disperso se marca una diferencia entre una estructura con un estado más avanzado de transición demográfica en las cabeceras frente a la segunda, que es todavía una estructura de muy alta natalidad y mortalidad progresiva con la edad (DANE, 2019)

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

El índice de masculinidad de 2018 es más bajo que el del 2005, con 99.7 hombres por cada 100 mujeres, pero está por encima del índice de la población no indígena de 95.3. La razón niños-mujer de 42.1 en 2018, aunque es un 32 % más bajo que el que tenían en 2005, sigue siendo el doble que el de la población no indígena, en coherencia con su alta natalidad. El índice de envejecimiento es de 17.1 con relación a la alta mortalidad en los grupos de edad de mayores de 60, en contraste con 42.0 de la población no indígena. Los índices de dependencia demográfico y juvenil son más bajos que los que tenían en 2005, pero siguen siendo más altos que en la población no indígena. El índice de dependencia senil no se modificó entre los dos censos (DANE, 2019).

3.3.2 Comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras

Entre el censo de 2005 y el CNPV 2018, el autorreconocimiento NARP de la población efectivamente censada se redujo 30,8 % en el grupo étnico; en detalle, el autorreconocimiento raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina se redujo 16.5 %, el palenquero de San Basilio 11.2 % y el de afrocolombianos el 31 %. El DANE observa la reducción de personas en la mayoría cohortes censadas en 2005 y 2018 por encima de los niveles de mortalidad o emigración vigentes, y concluye que la reducción del autorreconocimiento en este grupo étnico ocurrió por elementos multicausales de orden sociológico, cultural, operativo de capacitación, sensibilización o cobertura. El DANE presenta la estimación de 2018 de 4.671.160 habitantes autorreconocidos NARP, que representan el 9.34 % de la población total nacional a partir de la Encuesta de Calidad de Vida (DANE, 2019)

De los afrocolombianos, 1.175.320 (27.6%) habitan en áreas rurales y 3.086.676 (72.4%) en cabeceras municipales. La estructura por sexo y edad de la población afrocolombiana es similar a la de la población general, pero con una diferencia cercana a los 3 puntos porcentuales en la base de la pirámide (población menor de 15 años) a favor de la población afrocolombiana y una disminución porcentual de 1% para la población mayor de 65 años. Las estructuras por sexo y edad de la población general y afrocolombiana se encuentran en proceso de transición, dados sus porcentajes de población de 0 a 14 años superiores al 30 % (30,7 y 33,4% respectivamente) y de 15 a 64 años superiores al 60% (63 y 61% respectivamente) (DANE, 2006).

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

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

3.3.3 Pueblo Rrom

Entre el Censo General 2005 y el CNPV 2018, la población Rrom censada disminuyó 45,5%. Esta reducción es explicada por el DANE primero por las personas no reconocidas por las organizaciones Rrom que se auto reconocieron como tales en el Censo General 2005, debido a algún tipo de identificación con la palabra “gitano” y segundo con que hubo mayor precisión en la identificación de la población Rrom en el CNPV 2018, gracias a la participación de censistas Rrom en el operativo censal (DANE, 2019)

La estructura por sexo y edad de la población Rrom presenta una distribución con estrechamiento de la base con menor porcentaje de los menores de 15 años en comparación con la población general, probablemente por el descenso de las tasas de natalidad. La población Rrom disminuye más progresiva y lentamente hacia la cúspide, quizás por la disminución en la tasa de mortalidad. La población Rrom tiene predominio del sexo masculino, con un índice de masculinidad de 105. La razón niños-mujer tuvo un descenso similar al de la población general con relación al censo 2005, siendo de 26.7 un poco por encima del valor nacional de 25.6 (DANE, 2019)

Aunque el índice de envejecimiento aumentó un 50 % desde el 2005, representa 34.4 en el 2018, se mantiene por debajo del nacional de 40,4. El índice de dependencia demográfico es de 44, bastante similar al nacional de 46.5, solo un poco por debajo. Mientras el índice de dependencia juvenil decreció con relación al de 2005, el índice de dependencia senil aumentó (DANE, 2019)

En concordancia con la estructura de sexo y edad, el grupo de menor de 14 años decreció, mientras el grupo mayor de 65 años aumentó, y el grupo de 15 a 64 años se mantuvo estable en el periodo intercensal. Se identificó población Rrom de 11 Kumpaňy y el 79,5 % de las personas que se auto reconocieron como gitanos o Rrom declararon la Kumpania a la que pertenecen; mientras que se identificó población Rrom de 8 Vitsas (Subgrupos o linajes que descienden por línea patrilineal y que denotan al subgrupo del cual proviene. Aunque el pueblo Rrom es uno sólo, internamente presenta gran heterogeneidad, y cuenta con diversos grupos patrilineales con su respectiva vitsa) y el 50.7 % de las personas que se autor reconocieron como gitanos o Rrom declararon la Vitsa a la que pertenecen (DANE, 2019)

En cuanto al área de residencia, se encontró una variación por disminución de esta población en cabecera municipal, que pasó de agrupar el 94.2 % al 90.2 % en 2018 y el aumento de la población en centro poblado y rural disperso en igual proporción.

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

3.3.4 Campesinos

De acuerdo con la Encuesta de Calidad de Vida- ECV- (DANE, 2020), la población campesina se identifica subjetivamente como un 26,4% de la población nacional mayor de 15 años (10.2 millones), en donde el 48,8% son mujeres y el 51,2% son hombres. En cuanto a su ubicación, 3,5 millones de campesinos viven en cabeceras municipales mientras que la población campesina que vive en centros poblados y rural disperso asciende a 6,6 millones. De otro lado, la población campesina se ubica en mayor número en los rangos de edad de 41 a 64 y de 65 años en adelante (53,7%) a diferencia de la población no campesina que se presenta en mayor número, entre los 15 a 25 años y los 26 a 40 años (53,3%), lo que según la ECV *“la auto identificación campesina manifiesta un fuerte componente etario, al asociarse con la población mayor, mientras que los jóvenes en edad productiva podrían estar experimentando procesos de descampesinización o transformación identitaria”*

En cuanto a educación, del total de población campesina el 90,7% sabe leer y escribir mientras que el 9,3% no sabe leer y escribir; siendo el analfabetismo más crítico en los centros poblados y rural disperso que en las cabeceras. Respecto a la población campesina que estudiaba en el 2020 se encontró que el 33,8% estaba entre los 15 y 25 años, situación similar a la de la población no campesina entre 15 y 25 años (46,4%).

En términos de salud, la encuesta indaga sobre la afiliación en salud, en donde el 95,8% de la población campesina aseguró estar afiliada a alguna entidad de seguridad social en salud; mientras que el 3,9% afirma no tener ningún tipo de afiliación; en donde es mayor el número de hombres campesinos no afiliados (4,7%) que el de mujeres (2,9%). Cuando se hace la indagación respecto a las razones por parte de la población campesina para no estar afiliada, se encuentra que el 22,8% menciona tener problemas con el Sisbén; el 17,1% está en trámite de afiliación; el 13,3% considera que son muchos trámites para afiliarse; seguido del 13% que dice que es por falta de dinero y el 12,4% dice que es porque no le interesa o descuido. Respecto al régimen de seguridad social, el 18,9% de la población campesina está afiliada al régimen contributivo mientras que el 79,8% está afiliada al régimen subsidiado; en contraste con la población no campesina que tiene una mayor tasa en el régimen contributivo. Finalmente, la encuesta de calidad de vida-ECV menciona que “los datos de la percepción de la calidad del servicio de salud de la población campesina y no campesina, es buena en más de un 70,0% para ambas; no obstante, los datos que corresponden a los aspectos que influyen en la mala o muy mala calidad del servicio de salud para la población campesina, evidencian la demora en la asignación de citas y los trámites excesivos o dispendiosos”.

3.3.5 Población Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgénero e Intersexuales (LGBTI)

De acuerdo con la ENDS 2015, el 1.2% de los hombres encuestados se identificaron como homosexuales, el 0.4% de las mujeres se reconocieron como lesbianas y, en un porcentaje similar, el 0.6% de las personas se declararon bisexuales, por lo cual se estimó que alrededor de 450.000 personas se identificaron con una orientación sexual diversa. Según la edad, se evidenció que, en el caso de las mujeres, en el grupo de edad entre los 15 a 19 años hubo un mayor reconocimiento de bisexualidad (1.2%), mientras que en el grupo de edad entre 15 a 24 años hubo un mayor reconocimiento de mujeres lesbianas (0.6%). En el caso de los hombres el mayor porcentaje de bisexualidad y homosexualidad se identificó en el grupo de edad entre los 15 a 19 años (1.1% y 2.3% respectivamente) (MinSalud y Profamilia 2015). Sin embargo, estos datos no son estadísticamente representativos respecto al total de la población.

Según los datos de la ENCSPA, en Colombia alrededor del 1.2% de las personas entre 18 y 65 años, ubicadas en centros urbanos, se reconocen e identifican como lesbianas, gay o bisexuales, mientras que el 0.05% se reconoce como transgénero. De acuerdo con esta encuesta, el porcentaje de personas reconocidas en orientaciones sexuales diversas equivaldrían a 105.000 hombres y 56.000 mujeres homosexuales, y 85.000 personas bisexuales (36.000 hombres y 49.000 mujeres).

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

3.3.6 Víctimas

De acuerdo, a los datos del Registro Único de Víctimas, (RUV) a septiembre de 2021, se han registrado 9.601.196 personas consideradas como víctimas, de la cuales el 11% tiene más de 60 años. La composición de la población por edad de acuerdo con la información del SISPRO 2021, muestra que el 73% de la población víctima del conflicto armado tiene entre 15 a 64 años, el 18% tiene 14 años o menos y el 8% 65 años o más, porcentajes similares a los encontrados en la población general cuya concentración de población se encuentra en el grupo de 15 a 64 años con un 67.2%. Sin embargo, la pirámide poblacional de la población víctima del conflicto armado muestra mayor proporción de población entre los 10 a 29 años, superando a la población general en 10.7 puntos porcentuales (MSPS, 2021b).

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

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

3.3.7 Migración

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

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

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

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

3.3.8 Habitante de calle

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

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

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

- ✓ El 8,9% de la población habitante de la calle pertenece a un grupo étnico, de este porcentaje, el 87% se identificaron como negros, mulatos y afro, le sigue la población indígena con un 10%, y la población palenquera, raizal y gitana con el 1%.
- ✓ La mayoría de las personas lleva entre uno y cuatro años de estar en situación de calle.

3.3.9 Discapacidad

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

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

3.4 Determinantes Sociales de la Salud

3.4.1 Pobreza e ingresos

En el tercer trimestre de 2021pr (preliminar), el Producto Interno Bruto, en su serie original, creció 13,2% respecto al mismo periodo de 2020pr. De acuerdo con la estimación del DANE con base en los datos del censo de población y vivienda de 2018 el 14.28% de las personas vivían con sus necesidades básicas insatisfechas: el 3,80% en la miseria, el 5,31% en viviendas inadecuadas, el 3,59% con servicios inadecuados, el 4,17% en hacinamiento.

Entre 2019 y 2020, el DANE realizó un proceso de actualización metodológica de las líneas de pobreza monetaria extrema y pobreza monetaria, afrontando los desafíos que implicó la construcción de las estadísticas oficiales debido los cambios asociados a la pandemia de la COVID-19 que se dieron en el mundo entero y ajustes requeridos en los procesos de recolección de información. Según las cifras oficiales la incidencia de la pobreza monetaria entre 2019 y 2020 disminuyó casi cinco puntos en los centros poblados y rural disperso; aumento casi diez en las cabeceras y a nivel nacional se incrementó casi en siete puntos.

Para 2020, no se observan diferencias significativas en los indicadores del resto (rural), las cabeceras municipales y el nivel nacional, en comparación con el comportamiento observado de cada nivel entre los años 2012 y 2019.

De 2019 a 2020, hubo un incremento de 0,6 puntos porcentuales en la tasa de incidencia de la pobreza multidimensional a nivel nacional pasando de 17,5 a 18,1. Mientras, la incidencia de pobreza monetaria extrema a nivel nacional paso de 9,6 a 15,1; aumento que significo el ingreso de 2,78 millones de personas a condición de pobreza extrema en 2020. En relación con el Coeficiente de Gini, se observa que durante el periodo entre 2012 y 2020 registra valores inferiores en la zona rural, mostrando allí menor desigualdad económica, ya que mientras más cercano está el indicador de cero, menor es la desigualdad de los ingresos. Entre los años 2019 - 2020 el indicador se mantuvo estable en la zona rural, y su comportamiento en la zona urbana registró un incremento significativo, mostrando el mayor valor durante todo el periodo de observación.

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

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

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

3.4.2 Educación

Según los datos del CENSO 2018, Amazonas, Atlántico, Bogotá D.C., Cundinamarca y Valle del Cauca son los departamentos con mayor porcentaje de alfabetismo, es decir

conocimiento básico en lectura y escritura en el país. En contraste con Chocó, Cesar, Córdoba, Guainía, La Guajira, Magdalena, Sucre, Vaupés y Vichada son los territorios con menor porcentaje de personas con conocimiento básico de lectura y escritura.

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

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

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

El 33.2 % de jóvenes NARP de 18 a 24 años asiste a un establecimiento educativo en comparación con el 35.2 % del mismo indicador en la población general. La brecha es más amplia entre el 30.2 % de mujeres NARP de 18 a 24 años de este indicador en comparación con el 37.6 % de las mujeres de población general, mientras el indicador mejora a favor de los hombres NARP con 36 % que asisten a un establecimiento educativo en comparación con los hombres de población general que tienen 33.2 % (Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). , 2020)

También se observan brechas en los años de escolaridad que desfavorecen a la población NARP en comparación con la población general. En el grupo de 15 a 29 años la población NARP tiene 9.8 años promedio de escolaridad en comparación con 10.5 de la población general; en el grupo de 30 a 64 años 8.7 años de escolaridad NARP y 9.2 en población general y en el grupo de 65 años y más, 4.7 años de escolaridad en población NARP en

comparación con 5.4 años de escolaridad en población general (Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), 2020)

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

3.4.3 Desempleo

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

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

Para hombres y mujeres se observa una reducción de la tasa de desempleo de 1,5 y 3.7 puntos porcentuales respectivamente. Asimismo, la brecha entre mujeres y hombres, al mes de noviembre de 2021 este alrededor de los 6 puntos porcentuales para este indicador. Este comportamiento se es cercano al observado en las 13 ciudades y áreas metropolitanas.

3.4.4 Hogares y servicios públicos

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

De otra parte y de acuerdo con los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de 2019, en Colombia el 87,0% de la población contaba con el servicio de acueducto y el 74,4% con alcantarillado. El acceso a servicios fue mayor en el área urbana o cabecera, que en el área rural o resto. El 98,1% de los hogares recibieron el servicio de energía eléctrica, el 64,5% gas natural, el 81,8% accedieron a la recolección de basuras y el 25,2% de telefonía fija. De acuerdo con la misma fuente, Colombia incremento ese mismo año 0,4 puntos porcentuales (p.p.) la cobertura de energía eléctrica; 0,1 p.p. la de gas natural, acueducto y recolección de basuras; y descendió en 0,3 p.p. en alcantarillado, mientras en telefonía

fija fue de 4,0 p.p. Este ligero aumento en la cobertura del servicio de acueducto tiene una implicación en la calidad de vida y salud de la población, principalmente en menores de 5 años, quienes son propensos a contraer enfermedades de origen hídrico; pero también es un factor que aporta a la disminución de la pobreza y reducir las brechas entre las regiones.

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

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

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

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

3.4.5 Calidad del agua

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

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

3.4.6 Seguridad alimentaria y nutricional

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

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

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

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

3.4.6.1 Aprovechamiento biológico de los alimentos

Duración de lactancia materna

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

La duración óptima de la lactancia materna exclusiva como primer alimento y la adecuada introducción de los alimentos complementarios a partir de los seis meses de vida son unos de los temas cruciales que la OMS mantiene bajo continua revisión”. Durante el periodo comprendido entre 1995 al 2005, el país experimentó un aumento significativo de este indicador, al pasar del a 46,91 % de niños y niñas menores de seis meses 11,4 % que recibieron lactancia materna de manera exclusiva, sin embargo, en el último decenio (2005 - 2015) el comportamiento favorable cambió de forma radical y actualmente el país se enfrenta a una reducción de cerca de 10,8 p.p. frente al mejor resultado logrado en el 2005.

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

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

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

Dieta mínima aceptable

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

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

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

Ingesta de alimentos mínimamente procesados

El cambio alimentario es un proceso de transformación social que se da en un contexto ambiental, político y económico en el que las personas configuran su alimentación a partir de la interacción entre prácticas alimentarias tradicionales y nuevos comportamientos propios de la globalización, donde juegan un gran papel los medios de comunicación, las nuevas tecnologías y la industria de alimentos.

Se ha evidenciado en las modificaciones en los patrones alimentarios, substituyéndose la alimentación tradicional basada en alimentos naturales por alimentos procesados con alto contenido calórico y bajo valor nutricional.

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

Retraso en talla en menores de cinco años

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

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

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

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

Exceso de peso

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

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

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

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

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

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

Anemia

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

3.4.6.2 *Inocuidad de los alimentos*

Enfermedades Transmitidas por Alimentos – ETA

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

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

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

3.4.7 Último consumo de alcohol en escolares y último consumo cualquier sustancia ilícita

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

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

significativa. En contraste, el departamento del Chocó fue el único de los departamentos con promedios por debajo del nacional en el que esta diferencia fue estadísticamente significativa.

En cuanto al consumo de alcohol, la Encuesta Nacional de Sustancias Psicoactivas en Escolares (2016) reportó que la prevalencia de vida del consumo de alcohol fue de 69,2% mientras que la prevalencia para este consumo en el último mes fue de 37%. Para este estudio se incluyó el indicador en la población entre 12 a 18 el cual fue del 26%. La prevalencia promedio nacional fue de 37% y en general se encontraron prevalencias por encima de 25% en todos los departamentos del país. En el análisis de diferencias relativas se encontró que 14 departamentos están por encima del promedio nacional.

3.4.8 Fumadores adultos actuales

En adultos, se procesaron los últimos datos disponibles y desagregados por departamento de la prevalencia de consumo de cigarrillo de la Encuesta Nacional de Salud (2007). La prevalencia de consumo de cigarrillo actual, es decir, aquella reportada ocurriendo en el momento de la encuesta, fue de 12.8%.

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

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

3.4.9 Sucedáneos e imitadores (Cigarrillos Electrónicos)

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

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

3.4.10 Actividad física

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

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

3.4.11 Violencia

3.4.11.1 Violencia contra niños, niñas y adolescentes

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

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

3.4.11.2 Violencia de género e intrafamiliar

La tasa de incidencia de violencia de género e intrafamiliar muestra disminución entre el año 2016 (158 x 100.0000 hab.) hasta el 2019 (156 x 100.000 hab). La mayor tasa respecto de la tasa nacional se presentó en los departamentos de Tolima, Cundinamarca, Arauca,

Meta y Casanare, Amazonas y Bogotá D.C. con diferencias relativas mayores a 1.3 y estadísticamente significativas.

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

3.4.11.3 Violencia interpersonal

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

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

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

3.4.12 Accidentes de transporte terrestre

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

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

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

3.4.13 Condiciones laborales

3.4.13.1 Accidente laboral

El Sistema General de Riesgos Laborales (SGRL) ha monitorizado la implementación de estrategias que promuevan entornos laborales saludables y una cultura de seguridad y salud en el trabajo. Con variaciones en las fuentes de información a lo largo del seguimiento de 25 años, el SGRL ha monitorizado tres indicadores: la tasa de incidencia de accidentes calificados como laborales, la tasa de incidencia de enfermedades calificadas como laborales y las muertes calificadas por alguna de estas dos condiciones.

En cuanto a los accidentes calificados, se encontró una tendencia fluctuante, pero en general hacia el incremento, en particular desde el año 2004. Mientras en 1994 la tasa de accidentalidad laboral fue de 3,7 por 100, al final del periodo de observación esta tasa fue de 5,9 por 100 (2019). Las mayores tasas de incidencia en los 25 años de observación se presentaron en 2014 (7,6 x 100), seguido por 2012 (7,53 x100) y 2015 (7,49). En el estudio de las diferencias del indicador respecto del nacional se encontró que Antioquia y Magdalena se encontraban con las tasas más altas del país.

Para este indicador solo se evaluó el año 2018. Para la desigualdad en términos de años promedio de educación e ingreso se encontró que existe una gran brecha entre la accidentalidad laboral entre la población con mayor ingreso y mayor educación y aquellos en el quintil mediano.

3.4.13.2 Enfermedad laboral

La tasa de incidencia de enfermedad laboral calificada tuvo un comportamiento estable en el indicador entre 1994 y 2014 (22,8 por 100.000). A partir de este año la tendencia de indicador fue hacia un incremento marcado que para el año 2010 alcanzó el máximo valor dentro de los 25 años de observación (137,8 por 100.000). Posteriormente, con algunas fluctuaciones en 2012 y 2014, la tendencia ha sido a la disminución del indicador. Valle del Cauca, Cundinamarca y Atlántico muestran diferencias significativas con respecto al indicador en el nivel nacional ubicándose por encima del valor nacional.

A diferencia de la accidentalidad laboral, en el estudio de la desigualdad en enfermedad laboral por PIB per cápita y educación, se observa que las mayores tasas se encuentran en el quintil más educado y con mayor ingreso, además, la distancia con el quintil más bajo es amplia.

Esta desigualdad podría explicarse por mayor acceso a diagnóstico y seguimiento de la enfermedad. En este sentido, nótese también el mayor tamaño de población que se grafica para los quintiles superiores comparada con la del quintil más bajo, lo que podría estar indicando una menor visibilidad o cobertura en el SGRL para este quintil. No obstante, el tipo de enfermedad puede estar relacionada con el tipo de trabajo y habilidades que son diferenciales por clase social, que llevan a la instauración de condiciones crónicas en un grupo más que el otro. Para aumentar la comprensión de este fenómeno, debe analizarse

con más detalle cuáles son las enfermedades más frecuentes que podrían estar explicando las tasas incrementadas en población con mayor ingreso y educación.

3.4.13.3 Muerte por enfermedad y accidente laboral

En contraste con los indicadores anteriores, la tendencia de la mortalidad por accidente o enfermedad laboral ha presentado una tendencia a la disminución. La mayor tasa de muerte se presentó en 1997 y 1998 (23 x 100.000 ambos periodos) en los 25 años de seguimiento, mientras que la mayor tasa de la última década se reportó en el año 2013 (8,9 x 100.000 ambos años). Al comparar la tasa de mortalidad por departamento con la tasa de mortalidad nacional, se encuentra que Caquetá y Boyacá se encuentran muy por encima del nivel nacional y estas diferencias son estadísticamente significativas en el año 2019. Los departamentos del sur oriente del país no cuentan con dato para este indicador.

Existe una gran desigualdad en la tasa de muerte ocasionada por accidente laboral o por enfermedad laboral con menores tasas para los quintiles con mayor ingreso y mayor educación que para el resto de los quintiles. En particular, cuando se explora la desigualdad según los años promedio de educación, es más visible la distancia entre los quintiles medianos a bajo y el quintil superior.

3.4.14 Condiciones ambientales

Los patrones de producción, energía, consumo, extracción, y también como lo ha evidenciado y reiterado la pandemia por el COVID-19, por la relación intrínseca entre la salud y la naturaleza (WHO, 2021), donde el desarrollo de actividades productivas, el incremento de la población que demanda mayor prestación de bienes y servicios como el transporte, el comercio, la industria y la tecnología, causan alteraciones en el ambiente conllevando a la degradación de recursos naturales como el agua, el aire, el suelo, la biodiversidad entre otros componentes ambientales, generando pérdida y desequilibrio en los ecosistemas, y efectos en el bienestar y la salud de las personas, siendo hechos que difícilmente pueden revertirse.

Esto se contrasta con la evidencia, donde para Colombia, la carga de enfermedad atribuida a factores ambientales a 2019 representa el 9,6% del total de la mortalidad del país con 23.619 fallecidos (IHME-GBD, 2021), mientras para 2016 la carga por factores ambientales fue del 8% con 17.549 muertes, donde las mayo-res pérdidas de vida saludable se deben a:

- ✓ La contaminación del aire, la cual ocasionó el 13,9% de la mortalidad por enfermedad isquémica, y el 17,6 % por EPOC.
- ✓ La contaminación del agua la cual generó el 71,6% de la mortalidad por enfermedad diarreica.
- ✓ Exposiciones a contaminantes químicos (INS, 2018) (Política Integral de Salud Ambiental – PISA, 2022)

3.4.14.1 Calidad del aire (material particulado, PM10)

Se observa el promedio en la concentración de material particulado de 10 micras en un periodo de 7 años, el cual se calculó a partir de los registros anuales de las estaciones de monitoreo que tenían datos completos para 2012, 2016 y 2019. Se presenta también el referente normativo de 30 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ proyectado al año 2030 según se encuentra estipulado en la Resolución 2254 de 2017.

Se observa que el promedio de PM10 en la mayoría de las estaciones se encuentra por encima del referente normativo proyectado a 2030. La estación con mayor PM10 promedio es la de Acopi, localizada en la zona industrial de Yumbo, Valle del Cauca, seguida por la estación Carvajal Sevillana de Bogotá, la estación Medellín Alta en Antioquia, la estación Kennedy en Bogotá y la estación la Jagua Vía en el municipio la Jagua de Ibirico, César. En contraste, la estación con menor promedio fue la estación en la Cuenca Río Risaralda en el municipio de la Virginia, Risaralda.

En cuanto a las variaciones anuales en la concentración de PM10 por cada estación, se observa que la mayoría de estas han presentado concentraciones por encima del referente normativo proyectado para 2030 en los tres años de observación. Las tres estaciones con concentraciones más altas y consistentemente los tres años por encima de este referente son las mismas comentadas antes con el mayor promedio: Acopi, localizada en la zona industrial de Yumbo, Valle del Cauca, seguida por la estación Carvajal Sevillana de Bogotá. En particular, la estación de Acopi presenta concentraciones de PM10 por encima de 75 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ en los tres años observados. Las estaciones con concentraciones por debajo del referente normativo durante los tres años son la estación en la Cuenca Río Risaralda, en el municipio de la Virginia, Risaralda; seguida por la estación Sol y Sombra, en el municipio de Albania, y las estaciones Escuela y Huarurapay en el municipio de Uribia, La Guajira.

3.5 Perfil epidemiológico

En cuanto al perfil epidemiológico, se presenta el comportamiento de eventos en salud como la morbilidad de patologías de alto costo que incluyen enfermedad renal crónica, hipertensión arterial, diabetes mellitus, virus de inmunodeficiencia humana y su transmisión materno infantil, donde se muestra su situación actual de cada una; la morbimortalidad por COVID-19; la mortalidad materno infantil. Por otra parte, se presenta un diagnóstico situacional de las enfermedades trasmisibles y no trasmisibles y salud mental, el cual se desarrolló mediante la perspectiva del modelo conceptual de los determinantes sociales de la salud, a través de un análisis de desigualdades con el uso de indicadores económicos (producto interno bruto *per cápita* como proxy de ingreso) y sociales (años promedio de escolaridad de 15 años y más como proxy de educación). Es importante tener en cuenta que el análisis de la mortalidad se realiza utilizando tasas crudas. Así mismo, se describe la atención en salud prestada a la población: migrante, habitante de calle, LGTBI y víctima.

3.5.1 Eventos de alto costo

3.5.1.1 Enfermedad renal crónica - ERC

De acuerdo con los datos de la Cuenta de Alto Costo, para 2020 en Colombia había 792.372 personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social captadas con enfermedad renal crónica en estadio entre 1 y 5, de las cuales el 42,3% (335.183) estaban clasificadas en estadio 2 o menor. Bogotá, Valle del Cauca y Antioquia son las Entidades Territoriales donde habitan el mayor número de personas con ERC, aportan el 50,7% del total de los pacientes con diagnóstico de ERC. (Cuenta de Alto Costo (CAC), 2020)

3.5.1.2 Hipertensión arterial – HTA

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

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

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

3.5.1.3 Diabetes mellitus – DM

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

3.5.1.4 Virus de inmunodeficiencia humana – VIH

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

incidencia en los hombres, con una incidencia ajustada de 41,42 por 100.000 habitantes. (Cuenta de Alto Costo (CAC), 2020)

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

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

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

3.5.1.5 Transmisión materno infantil del VIH

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

El 56,3% de las gestantes con VIH asistieron a su primer control prenatal en el primer trimestre de la gestación, observándose un incremento de 5,8 puntos porcentuales con referencia al 2017, sin embargo, la edad promedio de inicio del primer control prenatal fue de 14 semanas, es decir, en el segundo trimestre de la gestación; la mayoría de las mujeres,

49,2%, obtuvieron su diagnóstico para el VIH durante la gestación actual; un número significativo ya tenía un diagnóstico previo a la gestación, 42,5%, y una proporción relevante fue diagnosticada después del parto, 8,3%; para 2018 en las mujeres gestantes con VIH se encontró que el 88,1% (718) recibieron terapia antirretroviral.

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

3.5.1.6 Cáncer de cuello uterino

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

3.5.1.7 Cáncer mama

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

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

3.5.1.8 Cáncer próstata

La mortalidad por cáncer de próstata ha aumentado de 2012 a 2019. Para el primer año la tasa de mortalidad por esta causa fue tasa fue de 10,87 por cada 100.000 hombres mientras para 2019 fue 14,25 por cada 100.000 hombres. En 2019, San Andrés tuvo la tasa de

mortalidad más alta por esta localización de cáncer (TM: 23,20 x 100.000 hombres, DR: 1,63; IC95: 1,08-2,44). En el mismo año, Chocó, Putumayo, Guaviare y Vichada tuvieron las tasas más bajas y por debajo de la tasa nacional. De los departamentos, Chocó tuvo la tasa de mortalidad más baja por esta localización de cáncer en Colombia (TM: 4,50 x 100.000 hombres; DR: 0,32; IC95: 0,13-0,80).

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

3.5.1.9 Cáncer pulmón

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

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

3.5.1.10 Cáncer estómago

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

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

3.5.1.11 Cáncer colon y recto

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

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

3.5.2 Morbimortalidad por COVID-19

El comportamiento de la morbilidad por COVID-19, para Colombia hasta el 14 de septiembre de 2021 de la población total contagiada (7.698.627) el 46.2% está representado por los hombres (3.563.207) y 53.72% en mujeres (4.135.420). El 11,31% (870755) de los contagios se presentó en las personas de 25 a 29 años, seguido por el grupo de edad de 30 a 34 con el 10,78% (830079) y el grupo de 35 a 39 años con el 9,96% (766409).

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

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

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

3.5.3 Materno-infantil

3.5.3.1 Mortalidad materna

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

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

La mortalidad materna mostró entre el 2009 y 2013 una tendencia al aumento en población indígena en contraste con el descenso en la población no indígena. Así, la diferencia relativa entre las dos razones, pasó de 3.8 veces más la muerte materna indígena con la no indígena, a 7.3 veces más en el 2013 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

En la población afrocolombiana el comportamiento presenta variaciones al interior de los grupos que la componen, en tanto la población negra o afrodescendiente reporta el mayor número de muertes en el periodo (336) en comparación con el grupo de población raizal y palenquero que reportaron 5 y 3 muertes respectivamente para el periodo 2008 – 2014.

La tendencia de la mortalidad materna en la población negra muestra un ascenso sostenido desde el 2009 al 2012 pasando de 98,27 muertes a 179,27 muertes por cada 100.000 nacidos vivos.

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

3.5.3.2 Mortalidad neonatal

Para el periodo de estudio, 2012-2018, la mortalidad neonatal precoz se mantuvo estable, mientras para mortalidad neonatal tardía se observa un descenso hasta 2015 con un aplanamiento a partir de este año y hasta el final del periodo en 2018. Para 2018 el

Amazonas tuvo una diferencia relativa y estadísticamente significativa en la tasa de mortalidad neonatal precoz al compararlo con el resto del país como un todo.

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

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

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

3.5.3.3 Mortalidad infantil

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

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

La tasa de mortalidad infantil ha tenido una disminución de apenas el 2.83 % en la población indígena. El mismo comportamiento se observa en la tasa de mortalidad del menor de 5 años, con reducción del 6.2 % y un aumento de la relación de las tasas de la población indígena de 1.79 veces más con respecto a la nacional en 2009 que paso a 2.11 veces más

en el 2013 (Ministerio de Salud y Protección Social. , 2016). En el ASIS 2020 se observó que la tasa más alta correspondió al grupo Rrom (gitano), que para 2018 registró 28,6 muertes por cada 1.000 nacidos vivos (Ministerio de Salud y Protección Social , 2020)

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

3.5.4 Enfermedades transmisibles

Para el caso de las enfermedades transmisibles, a nivel nacional se cuenta con indicadores que muestran una distribución diferencial en los territorios, observando un comportamiento fluctuante; eventos como tuberculosis, infección respiratoria y dengue prevalecen en el ámbito urbano y la enfermedad diarreica aguda, enfermedad de Chagas, Malaria, Leishmaniasis, geohelmintiasis, las zoonosis y otras enfermedades infecciosas desatendidas, están en ámbitos rural y rural disperso, este comportamiento asociado a determinantes sociales y condiciones de vida de la población que expresan profundas inequidades en salud; por ejemplo, para tuberculosis, dengue y malaria hay un aumento en los últimos años, lo que hace que cierren en 2019 con valores muy similares a los que se tenían para 2012.

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

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

3.5.4.1 Dengue

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

riesgo, respectivamente. Con relación a la letalidad por dengue, se presenta un descenso en el periodo 2012 a 2020, pasando de 0,16% en 2012 a 0,10 % en 2019.

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

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

3.5.4.2 Malaria

La evolución del índice parasitario anual de malaria (IPA) en Colombia durante el periodo de estudio, pasó de 5.3 casos por 1000 habitantes en 2012, a 3.6 en 2014 para luego aumentar hasta 7.1 en 2016. En los últimos dos años, el IPA se mantuvo relativamente similar a lo observado al inicio del periodo.

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

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

3.5.4.3 Enfermedad de Chagas

La enfermedad de Chagas se estima para Colombia 11.9 millones de personas a riesgo, con una prevalencia para Colombia del 2% (IC 95%, 1-4%), y una mayor afectación en pueblos indígenas y en la región de la Orinoquia, enfrenta el desafío de los múltiples mecanismos de transmisión (oral, vectorial, congénita, transfusional, entre otras); con efecto de cardiopatía en el 30% de los casos. La letalidad en casos agudos presenta una

reducción significativa entre 2012 a 2021, pasando de 15.6% a 7.5%, a expensas de la transmisión oral en las regiones de la Orinoquia, Santanderes, caribe y amazonia.

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

3.5.4.4 Enfermedades infecciosas desatendidas

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

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

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

3.5.4.5 Infección Respiratoria Aguda (IRA)

La IRA en Colombia es el evento infeccioso más importante en la población de niños menores de 5 años y representan el 8,57 (6.69% – 10.95%) del total de AVISA para este grupo. Anualmente se prestan en promedio 1.100.000 atenciones por estas causas, siendo la bronquiolitis y neumonía las más importantes en cuanto a hospitalizaciones, con el 34% y 20% respectivamente. Con relación a la mortalidad por IRA, se observa que anualmente en promedio 500 menores de 5 años fallecen por estas causas y aunque durante el periodo de 2020 hubo un descenso importante del 49% en estas muertes con relación al año anterior, la IRA sigue siendo un problema de salud pública; la proporción de defunciones en menores que residían en zonas rurales es del 33% y con una concentración de muertes

en territorios como la Guajira, Chocó y Vichada, cuyos datos de NBI superan el 50% a nivel departamental y un índice promedio en zona rural por encima del 70% . Alrededor del 45% de fallecimientos por esta causa ocurren en los primeros 6 meses de vida y cerca del 30% se observa en grupos indígenas.

3.5.4.6 Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)

Después de la IRA, en Colombia la EDA es el evento de mayor relevancia a nivel infeccioso en la población de menores de 5 años; se estima que los AVISA son del 3.12% (2.33% - 4.06%). Al año se presentan alrededor de 260.000 consultas por EDA en esta población¹⁴. De acuerdo con la OMS y UNICEF, la EDA está directamente relacionada con el acceso a servicios esenciales como acueducto y alcantarillado, la mortalidad por estas causas en Colombia anualmente es de 170 menores en promedio, con un mayor impacto en La Guajira, Chocó y Guainía, en donde se estima una tasa hasta 18 veces superior al dato nacional (Colombia 2020 Tasa: 3.3 DANE). En estos departamentos la cobertura de acueducto es del 60.7%, 35,42% y 8,37% respectivamente¹⁵, con cifras inferiores en la zona rural. Con relación a esta última variable, se evidencia que la mortalidad en menores de 5 años que residen en zona rural corresponde al 54% de la mortalidad por esta causa; así mismo, aproximadamente el 25% eran menores de 6 meses y el 55% de defunciones ocurren en grupos indígenas, mayoritariamente ubicados en los departamentos previamente mencionados⁴.

3.5.5 Enfermedades no transmisibles

3.5.5.1 Enfermedad isquémica del corazón

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

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

3.5.5.2 Enfermedad cerebrovascular

La mortalidad por enfermedad cerebrovascular en el país ha tenido una tendencia al aumento entre 2012 y 2019. Para el primer año de interés de este análisis la mortalidad fue

¹⁴ SISPRO CUBO RIPS. Atenciones Diagnóstico principal A00-A09. Grupo DANE 0 a 4 años. Años 2017 a 2020.

¹⁵ Cobertura de acueducto 2018. https://datastudio.google.com/u/0/reporting/3002c6d4-350f-4ddf-85d9-fd6d3b85b628/page/p_y3v7oew7tc

de 29,22 casos por 100.000 habitantes. No obstante, la reducción que hubo en 2016, para 2019 hubo 32,2 casos por 100.000 habitantes.

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

3.5.5.3 Alteraciones de la salud bucal

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

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

3.5.6 Salud mental

3.5.6.1 Personas atendidas por episodio depresivo

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

3.5.6.2 Porcentaje de personas atendidas por demencia

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

3.5.6.3 Intento de suicidio

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

El análisis de las desigualdades para la tasa de incidencia de intento de suicidio entre 2016 y 2018. Se observa que esta tasa ha venido en aumento según el estratificador de años promedio de educación. Para todos los años, el quintil con mayor promedio de años de educación es el que 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.

3.5.7 Morbilidad población migrante

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

3.5.8 Salud de la población habitante de calle

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

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

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

3.5.9 Salud de la población LGTBI

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

El acceso a servicios oportunos y de calidad a orientaciones sexuales y a pruebas diagnósticas es fundamental para prevenir e identificar a tiempo la presencia de cualquiera de estas enfermedades (Rincón Ortiz y Paéz Méndez 2017). Para el caso de la población transgénero, se ha identificado que las principales necesidades en materia de salud sexual y reproductiva se relacionan con el acceso a consultas obstétricas, controles prenatales, atención a abortos, mamografías, histerectomías, ecografías transvaginales y consultas con especialistas en sexología, urología y anticoncepción (Profamilia 2019).

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

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

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

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

3.5.10 Salud de la población víctima

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

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

Conclusiones de la Situación de Salud

A manera de resumen en Colombia, la transición demográfica comienza con disminuciones sostenidas de la mortalidad, especialmente de la mortalidad infantil y en la niñez. Durante la etapa previa a la transición, la esperanza de vida al nacer era inferior a 40 años y las mujeres tenían una media de cinco a ocho partos. Durante la etapa de transición, la esperanza de vida al nacer era de entre 40 y 65 años y las mujeres tenían una media de 2,6 a 4,9 partos. La etapa posterior a la transición, la esperanza de vida al nacer superó los

65 años y las mujeres tienen en promedio 2,5 o menos partos, situación en la que se encuentra Colombia actualmente.

En este panorama, además se suma que Colombia se encuentra en transición epidemiológica polarizada dado por la transformación demográfica, la profundización de las enfermedades crónicas y la persistencia de las enfermedades prevenibles. Estos patrones cambiantes de las distribuciones de edad de la población, la mortalidad, la fecundidad, la esperanza de vida y las causas de muerte además de la inclusión de una perspectiva del curso de vida que hace necesario el examen de los cambios en las vías causales a lo largo de la vida cuando se consideran los cambios en la distribución por edades de una población según lo descrito por la teoría de la transición epidemiológica. La práctica de la salud pública enfatiza las múltiples dimensiones que constituyen las vidas, relaciones y entornos y, por lo tanto, contribuyen a la salud y el bienestar o a la enfermedad y la discapacidad. Además, la amenaza de las enfermedades infecciosas emergentes sigue teniendo una importancia mundial en una era de resurgimiento de la tuberculosis multirresistente, la pandemia del SIDA, la distribución generalizada de enfermedades transmitidas por vectores y la pandemia de COVID-19. Estos demuestran que las transiciones no se pueden clasificar claramente en períodos históricos o ubicaciones geográficas. La visión multinivel del modelo también recuerda que los diversos y cambiantes focos observados en las etapas históricas de la salud pública deben incorporarse a una visión más abarcadora con modelos, sistemas y procesos más complejos que la simple identificación de factores de riesgo aislados.

3.6 Desempeño del sistema de salud

Ahora bien, respecto a lo expresado anteriormente en términos de mortalidad y morbilidad, se deriva el resultado del desempeño del sistema de salud.

Colombia adoptó el esquema del sistema basado en el aseguramiento, al estilo “Bismarckiano” el cual está conformado por 4 tipos de regímenes: 1) Régimen Contributivo, básicamente, consiste en que las personas con vinculación laboral formal o con capacidad de pago, aportan a la seguridad social. 2) Régimen Subsidiado, dispuesto para la población más pobre y vulnerable (Congreso de Colombia.Ley 70 de 1993, 1993), sin capacidad de pago para cubrir el monto de la cotización 3) Régimen Especial, para trabajadores vinculados a instituciones a las que se refiere el artículo 33 de la Ley 60 de 1993 y 4) Régimen de Excepción, según el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, aplica para los miembros de las Fuerzas Militares y Policía Nacional, o al personal regido por el Decreto Ley 1214 de 1990, los cuales no están incluidos en el SGSSS (Congreso de Colombia.Ley 70 de 1993, 1993). Este esquema ha logrado que la cobertura en el aseguramiento, para el año 2021, sea del 99% de la población.

Así mismo, logró un punto muy alto de la equidad, debido a que, a partir del 18 de septiembre de 2001, la Ley 691, reglamentó la participación de los Grupos Étnicos en el SGSSS y el 01 de julio de 2012, por medio del Acuerdo 029 de 2011, unificó el Plan Obligatorio de Salud, permitiendo acceder al mismo paquete de servicios para la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías. (Congreso de Colombia.Ley 70 de 1993, 1993), tanto a los afiliados del régimen contributivo como del régimen subsidiado.

3.6.1 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. 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. El porcentaje de afiliados al régimen subsidiado (47,7%) es similar al de afiliados al régimen contributivo (46,2%).

Existe baja afiliación de la población habitante de la calle al SGSSS, con relación al promedio de población general afiliada a nivel nacional. Según el diagnóstico de 2016, el 70% de la población identificada en las bases de datos que reportaron las cinco ciudades con mayor número de personas habitantes de la calle estaba afiliada en salud, en contraste con la afiliación del 94.66% de la población general en 2018.

La Encuesta Multipropósito de Bogotá en el 2014 reportó que 19.6% de personas bisexuales y 10% de homosexuales no se encuentran afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Se estimó que alrededor del 54.9% de homosexuales y el 28.7% de bisexuales pertenecían al régimen subsidiado. En contraposición, las afiliaciones al régimen contributivo correspondieron al 43.1% en personas homosexuales y al 70.2% en personas bisexuales. Estas cifras en comparación al porcentaje de afiliación de la población colombiana en general al régimen contributivo (75.7%) son bajas, principalmente en el caso de las personas homosexuales (Rincón y Paéz, 2017).

A corte de junio de 2021 el 95% (7.328.219) de la población VCA se encuentra afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), de ellos la mayoría pertenece al régimen subsidiado, un cuarto al régimen contributivo y un mínimo porcentaje a régimen especial.

Como garante del acceso a la atención en salud, la cobertura de afiliación en el caso de la población indígenas para 2018 muestra un total de 1.565.117 afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud que equivale al 82,1%, con una diferencia de 15,4 puntos

porcentuales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020). Para la Población NARP su cobertura de afiliación (94,6%) presenta un rezago de 0,4 puntos porcentuales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020). En los Rrom había un total de 1.479 afiliados, lo cual equivale al 55,8% se observa diferencia de 41,5 puntos porcentuales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020)

3.6.2 Infraestructura

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.

3.6.3 Acceso a servicios básicos de salud

Uno de los aspectos a destacar sobre la situación de pobreza de los campesinos en Colombia está relacionado con el acceso a salud. Conforme a los resultados de la ECV, el 9.3% de los hogares campesinos no están asegurados (DANE, 2020b) y el 6.3% presentan alguna barrera de acceso a servicios de salud. A nivel territorial, los departamentos Guaviare y la Guajira presentan las menores tasas de aseguramiento (89.1% y 83.3%, respectivamente), mientras que en Vaupés la tasa de aseguramiento es del 99.1% y en San Andrés es del 100%. (DANE, 2020b).

Así mismo, se encuentran importantes barreras presentes en el acceso a la salud por parte de los campesinos. De acuerdo con la información consultada, se encuentra que cerca del 38% de las personas consideran que su derecho a la salud ha sido vulnerado de alguna manera (DANE, 2020a) en la que se encuentran diferencias importantes, principalmente, cuando se compara con el acceso a servicios en zonas urbanas: La cobertura en atención prenatal¹⁶ en zonas rurales es más baja con relación a las ciudades en las que existe una brecha de 9 puntos porcentuales (81.3% y 90.3%, respectivamente) (Ministerio de Salud y Protección Social, MSPS, 2018); la concentración de profesionales en salud en zonas rurales es baja ya que mientras en las zonas urbanas hay una densidad estimada de 102 profesionales por cada 10,000 habitantes en la ruralidad llega a 63.1 por cada 10,000

¹⁶ Servicios profesionales en salud prestados antes, durante y posterior del embarazo.

habitantes (MSPS, 2018) y finalmente, las deficiencias en infraestructura y dotación en las que zonas rurales presentan mayores requerimientos para una atención de calidad en comparación con sus pares urbanos (MSPS, 2018).

Por otra parte, aunado a las barreras para el acceso a servicios de salud se encuentra una imagen desfavorable sobre la institucionalidad que involucra la prestación de estos servicios. La salud es señalada por la población campesina como la principal fuente para cometer actos de corrupción: El 55.4% de los campesinos en el territorio nacional señalan la salud como el aspecto en donde más se cometen actos de corrupción siendo regiones como oriental (61.8%), Cauca (57.2%) y Pacífica (55.8%) las de mayor incidencia y percepción negativa hacia áreas relacionadas a la salud (DANE, 2020a)

En relación con Discapacidad los espacios en los que las personas encuentran mayores barreras de acceso y movilidad son los vehículos de transporte público -32%, los parques -25% y los paraderos 22%. Con relación al acceso a centros de salud, el 17% de las personas registradas manifestó encontrar alguna barrera.

A pesar del bajo número de personas con discapacidad que manifestaron afrontar barreras de accesos en salud, apenas el 47% asiste a servicios de rehabilitación. Dentro de las razones por las cuales no asisten a servicios de rehabilitación se encuentran falta de dinero para asistir a las sesiones y desconocimiento o falta de información sobre los servicios de rehabilitación.

En promedio 723 mil personas con discapacidad usaron anualmente los servicios de salud entre el 2009 y el 2021. En total durante 2020, el 85% de la población en el RLCPD ha recibido alguna atención en salud.

Tanto en las personas con discapacidad como en la población total, prevalecen enfermedades del sistema digestivo; del sistema circulatorio y el sistema osteomuscular. Dentro de los 10 primeros diagnósticos se observa en la población discapacidad una mayor prevalencia de enfermedades del sistema circulatorio, respecto a la población total.

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

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

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

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

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

Control prenatal

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

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

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

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

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

En cuanto a la estimación de recursos no invertidos en la atención para el cuidado prenatal Para Colombia en el año 2019, se encontró que, en razón a la débil gestión del riesgo de las EPS, 30.848 gestantes no asistieron a ningún control prenatal y 71.978 gestantes registraron menos de cuatro controles prenatales, por lo tanto 102.826 gestantes tuvieron un control prenatal inadecuado o ningún control prenatal (DANE, 2019).

Atención del parto por personal sanitario

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

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

Bajo peso al nacer

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

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

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

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

3.7 Situación actual del Cambio climático

Actualmente ya existe una evidencia científica importante frente a la relación de la variabilidad y el cambio climático con la salud. Es así como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Panel Intergubernamental de Cambio Climático, indican que el cambio climático tendrá impactos negativos y positivos sobre la salud humana, siendo de mayor magnitud los negativos; y que además, estos efectos pueden reflejarse de una manera directa, a través de la ocurrencia de los fenómenos climáticos extremos, (como por ejemplo las inundaciones, fenómenos de remoción en masa y huracanes, entre otros), los cuales han venido aumentando tanto en frecuencia como en intensidad en los últimos años (IPCC, 2014).

Recientemente la Plataforma Intergubernamental de Ciencia y Política sobre Biodiversidad y Servicios de los Ecosistemas-IPBES, señala que, a nivel global el cambio en el uso del suelo (pérdida de bosques, efectos de islas de calor, quema de bosques para despejar la tierra) en sinergia con los cambios en el clima, la expansión agrícola, la urbanización y la pérdida de biodiversidad causan un poco más del 30% de los eventos de enfermedades emergentes. A esta situación se le agregan los movimientos humanos y animales en respuesta a la variabilidad y al cambio climático, que favorecen la circulación y ampliación de los rangos espaciales y temporales de vectores y microorganismos. El aumento en la temperatura acelera los ciclos de los vectores y de los microorganismos dentro de los vectores y hospederos (IPBES, 2020).

Los impactos en salud por variabilidad y cambio climático pueden clasificarse en directos e indirectos. Los directos están asociados a los efectos en salud que se presentan cuando ocurre la amenaza o pocos días después, como los golpes de calor y lesiones de causa externa por inundaciones o deslizamientos debidos a precipitaciones extremas o la evolución de cáncer de piel y cataratas por la exposición prolongada a radiación solar ultravioleta.

Los indirectos mediados por ecosistemas, entendidos como la influencia del clima sobre los ecosistemas y servicios ecosistémicos y la transformaciones de las condiciones “normales” del clima, que favorecen la presentación de enfermedades sensibles al clima; estas transformaciones pueden ser graduales o en escenarios de fenómenos de variabilidad climática como El Niño y La Niña, ejemplos de ello son las Enfermedades Transmitidas por Vectores-ETV (malaria, dengue, leishmaniosis) y otras enfermedades infecciosas, enfermedades transmitidas por el agua y alimentos (cólera, diarrea) y las enfermedades respiratorias en interacción con el estado de la calidad del aire debido al ozono troposférico y aeroalergenos. Los impactos indirectos mediados por instituciones, hacen referencia al impacto del clima sobre alguna matriz ambiental en interacción con los servicios psicosociales que generan la presentación de enfermedades por exposiciones acumuladas o enfermedades que ocurren durante o poco después a la ocurrencia de la amenaza climática, por ejemplo inseguridad alimentaria (malnutrición, desnutrición crónica y aguda), afectaciones y enfermedades en salud mental (ansiedad, depresión y exacerbación de síntomas de personas con enfermedad mental de base) y enfermedades ocupacionales (Cerón, 2019), (IPCC, 2014).

De acuerdo con la OMS, se proyecta que a mediados del Siglo XXI el cambio climático agrave los problemas, ya existentes, de la salud humana, principalmente en las regiones más vulnerables de países en desarrollo, como lo son los países de América Latina, aumentando las desigualdades. Es así como se ha establecido que se han reportado en algunos países de Europa, muertes por olas de calor. Además, la misma Organización Mundial de la Salud, afirma que el cambio climático causa aproximadamente 150.000 muertes anuales, y se pronostica que entre 2030- 2050 cause 250.000 muertes adicionales al año debido a la malnutrición, malaria, la diarrea y el estrés calórico (OPS, 2010).

Por otro lado, Colombia presenta la tasa más alta de desastres recurrentes provocados por fenómenos naturales en América Latina, solo en el 2013, correspondiendo los eventos hidrometeorológicos a cerca del 85% sobre el total de los eventos que provocan desastres (UNGRD, 2018), lo cual genera un efecto directo sobre las poblaciones, generando brotes epidemiológicos y damnificados y destrucción de sus viviendas, lo que afecta su salud mental.

De igual forma, como uno de los efectos indirectos, se puede cambiar la dinámica de transmisión de algunos vectores de enfermedades, tales como dengue, malaria, Zika y Chikungunya y afectando a la proliferación y transmisión de los patógenos transmitidos por la calidad del agua, del aire, y la calidad y disponibilidad de alimentos.

Por último, de acuerdo con el trabajo realizado por Rodríguez-Pacheco y colaboradores, en Colombia, el 60 % de la población se encuentra en riesgo de enfermar o morir por dengue y se ha reportado que el fenómeno de El Niño causa incidencia temporal en la enfermedad

(Rodríguez-Pacheco, 2019), sumado a que las condiciones sanitarias, educativas y culturales agravan el problema por no contar con acciones efectivas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

3.8 Situación de salud durante la pandemia por COVID-19

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

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

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

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

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

Grupo	Evento	Resultado del análisis
Transmisibles	Infecciones de las vías respiratorias superiores e inferiores Enfermedad diarreica aguda	Las atenciones por morbilidad disminuyeron de manera sostenida en comparación con el año 2019, esto relacionado con disminución de demanda de la consulta externa antes las medidas sanitarias implementadas. La mortalidad para las mismas se observó que después de la reapertura se presentó un descenso mantenido.
	Infecciones de las vías respiratorias inferiores	Incremento de la mortalidad observado después a la reapertura gradual. Aumento simultaneo de mortalidad por COVID-19, adicional al esperado comportamiento estacional de la enfermedad.
	Hepatitis C Tuberculosis	Disminuciones esperadas en las consultas durante el aislamiento obligatorio. Posterior al periodo de reapertura se alcanzaron niveles endémicos esperados de la tasa consultas para estas poblaciones.
	Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)	Incrementó la consulta de morbilidad se de manera estacionaria. Con relación a, la mortalidad para los tres eventos, se presentaron tendencias de disminución mantenida.
Salud materno-infantil	Morbilidad materna extrema	Incremento durante y después de la reapertura gradual.
	Mortalidad materna	Incremento durante y después de la reapertura gradual.
Salud infantil	Infección Respiratoria Aguda Enfermedad Diarreica Aguda	Las atenciones por morbilidad disminuyeron de manera sostenida en comparación con el año 2019, esto relacionado con disminución de demanda de la consulta externa antes las medidas sanitarias implementadas. La mortalidad para las mismas se observó que después de la reapertura se presentó un descenso mantenido.
	Desnutrición	Incremento en morbilidad después de la reapertura. Se considera que las mayores consecuencias en salud nutricional se presentaron en los grupos más vulnerables localizados entre los grupos de mayor pobreza y vulnerabilidad social, con condiciones de desempleo y alta informalidad laboral, que repercuten en menor garantía de seguridad alimentaria en dichos hogares.

Grupo	Evento	Resultado del análisis
Enfermedades crónicas no transmisibles	Hipertensión arterial primaria Infarto agudo de miocardio Insuficiencia cardiaca congestiva Evento cerebrovascular Insuficiencia Renal Crónica Enfermedad pulmonar obstructiva crónica Diabetes Mellitus	<p>Las atenciones por morbilidad se redujeron durante las cuarentenas obligatorias y posteriormente se incrementaron de manera estacional luego de la reapertura.</p> <p>La mortalidad de la enfermedad renal crónica y enfermedades cardiovasculares mostró niveles de endemia similares al histórico, evidenciando los amplios periodos de latencia para estos eventos.</p>
Cáncer	Cáncer adultos e infantil	<p>Se evidenció:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tendencia de crecimiento permanente mostrando quizás el diagnóstico de nuevos casos de la enfermedad. ✓ Disminución en el volumen de pacientes hospitalizados debido a la cancelación de procedimientos por parte de los pacientes. ✓ Cierre de programas de tamización poblacional organizada. ✓ Disminución del volumen en consulta externa debido a que los pacientes no se presentan en los servicios. ✓ Problemas de desabastecimiento de medicinas esenciales, tecnologías diagnósticas y productos sanitarios. <p>Causando incremento en la mortalidad de por cada tipo de cáncer.</p>
Salud mental	Conducta suicida	<p>Disminución mantenida y una tendencia endémica respectivamente, en comparación al año 2019 en los periodos específicos de mayor frecuencia de los eventos como son mitad y final de año. No obstante, según fuente DANE durante el 2020 fueron reportados 2724 muertes por suicidio y durante 2021 2962 muertes por esta misma causa, evidenciando un incremento del 8.7%</p>
Lesiones de causa externa	Accidentes de tránsito	<p>Descenso en la consulta y mortalidad por el evento hasta la reapertura gradual donde posteriormente se alcanzaron niveles endémicos, reportados por 2019, incluyendo el aumento en el periodo de final de año donde se presentan con mayor frecuencia los accidentes de tránsito</p>
	Agresiones	<p>Incremento en la tendencia hasta el final de la reapertura gradual.</p>

Grupo	Evento	Resultado del análisis
		Posteriormente, disminuyó después de entrar en vigencia la medida sanitaria de aislamiento selectivo donde las atenciones por esta causa alcanzan los valores endémicos del 2019, incluso en los periodos de mayor reporte, como el fin de año

3.9 Conocimiento en salud pública

La mayoría de los diagnósticos y recomendaciones en ciencia, tecnología, innovación y conocimiento en salud y en salud pública se limitan al número de publicaciones y patentes, y al número de personal formado y empleado en las universidades. En Colombia, los centros y grupos de investigación se encuentran, en su mayoría, adscritos a instituciones de educación superior, tanto públicas como privadas. Si bien la investigación, y por ende la generación de nuevo conocimiento, es uno de los tres pilares fundamentales de las instituciones de educación superior, en Colombia algunas IPS han invertido en la creación y sostenimiento de centros de investigación, desde los cuales se genera nuevo conocimiento y formación de talento humano. Algunos de estos centros de investigación, se han acogido a los lineamientos del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, para ser reconocidos como actores del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación.¹⁷

La investigación realizada en el área de medicina y ciencias de la salud ha logrado consolidarse como el área del conocimiento de mayor crecimiento y proyección en el país, a pesar de lo cual “[...] no se ha podido llevar en la misma proporción la transferencia del conocimiento generado a la implementación de acciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas que se traduzcan en procesos innovadores, que proporcionen cambios sustantivos de la calidad y eficiencia de la atención médica y, en consecuencia, del bienestar de la población” (Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, 2013)

3.10 Talento Humano en Salud

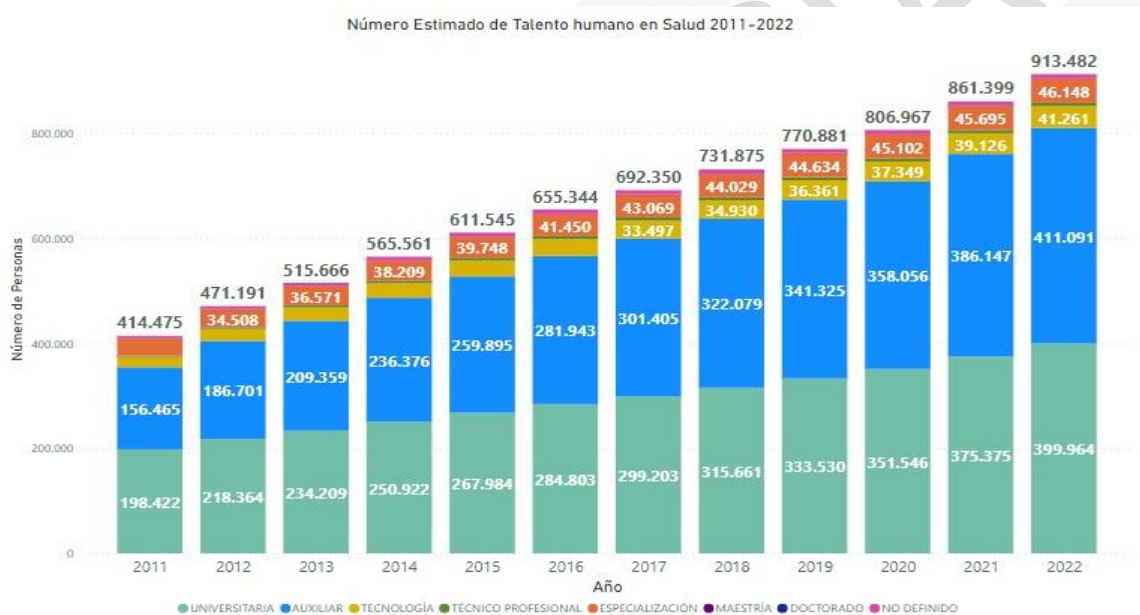
La Ley 1164 de 2007 dictó disposiciones en material del Talento Humano en Salud, y define que este corresponde a “todo el personal que interviene en la promoción, educación, información de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad de todos los habitantes del territorio nacional dentro de la estructura organizacional de la prestación de los servicios de salud”. En este sentido, la misma Ley

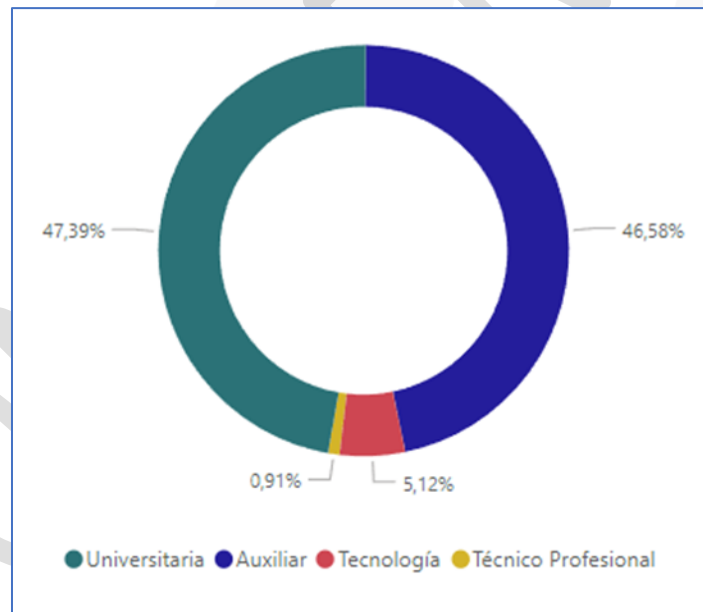
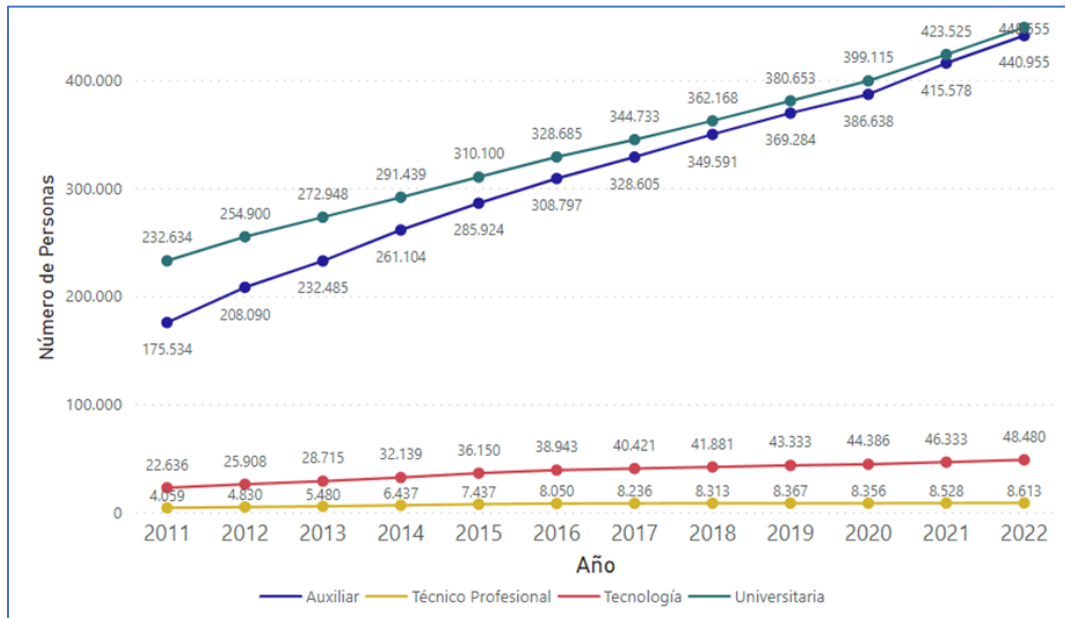
¹⁷ Propuestas y desafíos para la salud y la vida: una visión desde la misión. Propuestas del Foco de Ciencias de la Vida y de la Salud. Volumen 6 / Pablo Javier Patiño Grajales, editor académico. – 1. edición. – Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2020

crea el Observatorio de Talento Humano en Salud como una instancia para la generación de conocimientos e información a los diferentes actores involucrados en su desarrollo y organización.

Teniendo en cuenta lo anterior, el panorama actual del Talento Humano en Salud (THS) con base en los registros y datos disponibles en el Observatorio de Talento Humano en Salud, (OTHS) del Ministerio de Salud y Protección Social estima que, para 2022 Colombia tiene un total de 913.482 personas que hacen parte del THS, de los cuales el 43,8% corresponden al nivel universitario y el 45,0% al nivel técnico auxiliar (Gráfico 4).

Gráfico 4. Número estimado de Talento Humano en Salud, Colombia, 2011-2022





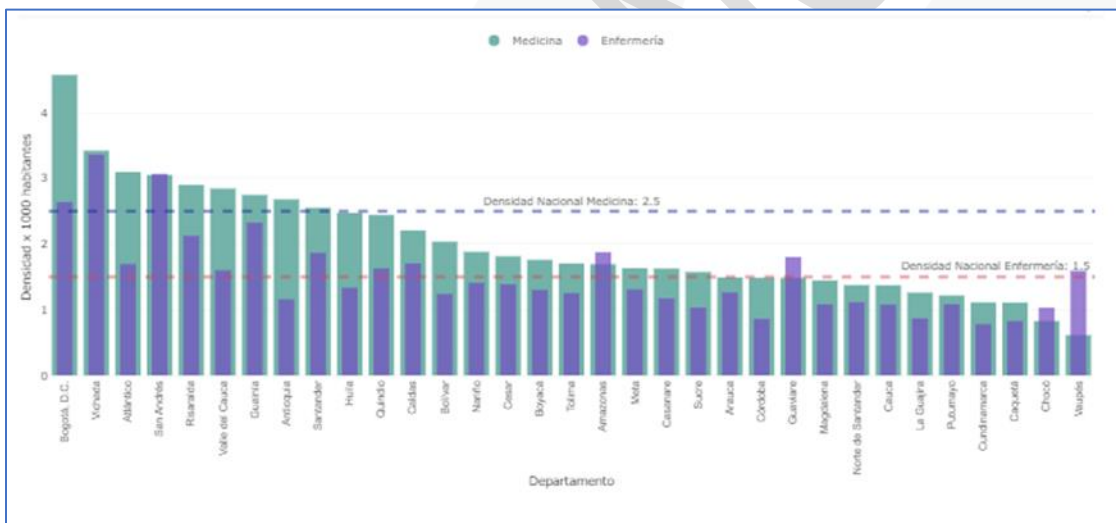
Nota: Datos de 2011-2022 sobre talento humano en salud inscrito en ReTHUS y cotizaciones al SGSSS vía PILA, incluyendo ubicación laboral en Colombia

Fuente: Cálculos de la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud a partir del Cubo de información de ReTHUS-PILA. Observatorio de Talento Humano en Salud Fecha corte marzo 31 de 2023

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) en su documento “*Panorama de la Salud 2019*” hizo la descripción de indicadores relacionados con la fuerza laboral en salud, entre los que se encuentran: densidad de profesionales de medicina por cada 1.000 habitantes, cuyo promedio reportado para los países de la OCDE fue de 3,5, mientras que en Colombia contábamos con 2,46 médicos. Así mismo, la densidad de profesionales de enfermería promedio de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico fue de 8,8, frente a 1,54 enfermeros por 1.000 habitantes de nuestro país (Gráfico 5).

La OCDE reporto en promedio de 2,7 enfermeras por cada médico. Este indicador, posiciona a nuestro país como el territorio con la menor proporción de enfermería por cada profesional de medicina con 0,6, siendo superado por Brasil (0,8), Costa Rica (1,0), Chile (1,1), México (1,2), España (1,5) e India (2,0), entre otros¹⁸.

Gráfico 5. Densidad de profesionales de Medicina y Enfermería por cada 1.000 habitantes, Colombia, 2022



Nota 1 Los cálculos de las densidades de Medicina y Enfermería incluyen especialistas.

Nota 2: Datos de San Andrés, Vichada y Guainía en revisión por datos atípicos posiblemente ligados a alta movilidad laboral; conclusiones actuales no definitivas.

Nota 3: Datos de 2022 sobre talento humano en salud inscrito en ReTHUS y cotizaciones al SGSSS vía PILA, incluyendo ubicación laboral en Colombia

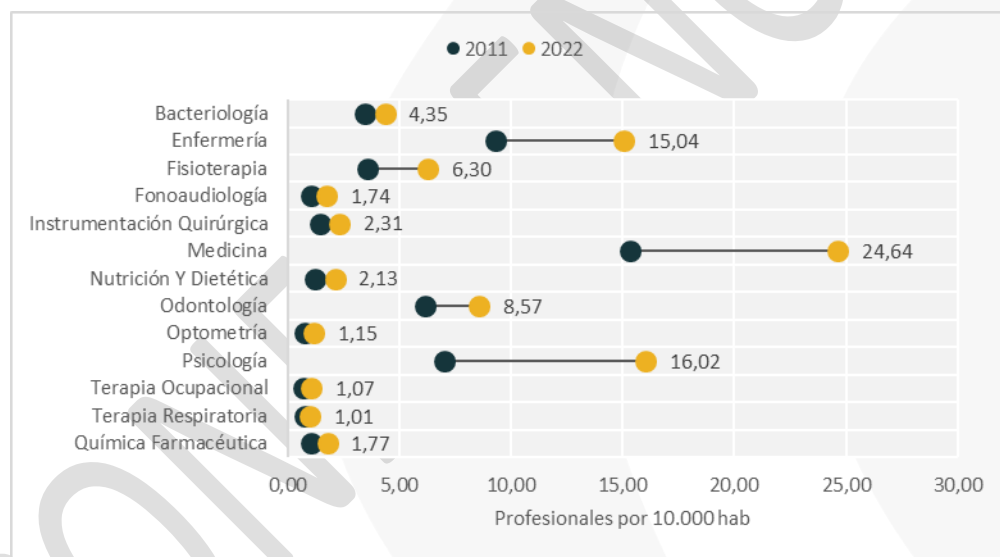
Fuente: Cálculos de la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud a partir del Cubo de información de ReTHUS-PILA. Observatorio de Talento Humano en Salud Fecha corte marzo 31 de 2023

¹⁸ www.oecd.org/health/Panorama-de-la-Salud-2019.pdf

Con relación a la distribución del Talento Humano en Salud del nivel Universitario se observó que, el mayor número del THS se concentra en los perfiles de Medicina, Psicología y Enfermería. Estas profesiones reportaron el mayor aumento de densidad para el periodo 2011 al 2022 (Gráfico 6)

Es importante tener en cuenta que en el documento relacionado con “Manual de Medición y Monitoreo. Metas Regionales de los Indicadores de los Recursos Humanos para la Salud. Un compromiso compartido” publicado por la Organización Panamericana de la Salud en 2011, plantea en el Desafío No. 1, la Meta 1 relacionada con: 25 profesionales por 10.000 habitantes para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), que debieron cumplirse para 2015¹⁹, mientras que los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), plantean una densidad de 44,5 profesionales en medicina, enfermería y parteras por 10,000 como un requisito para lograr la cobertura universal en salud a 2030.

Gráfico 6. Densidad del THS del nivel universitario, Colombia, 2011-2022



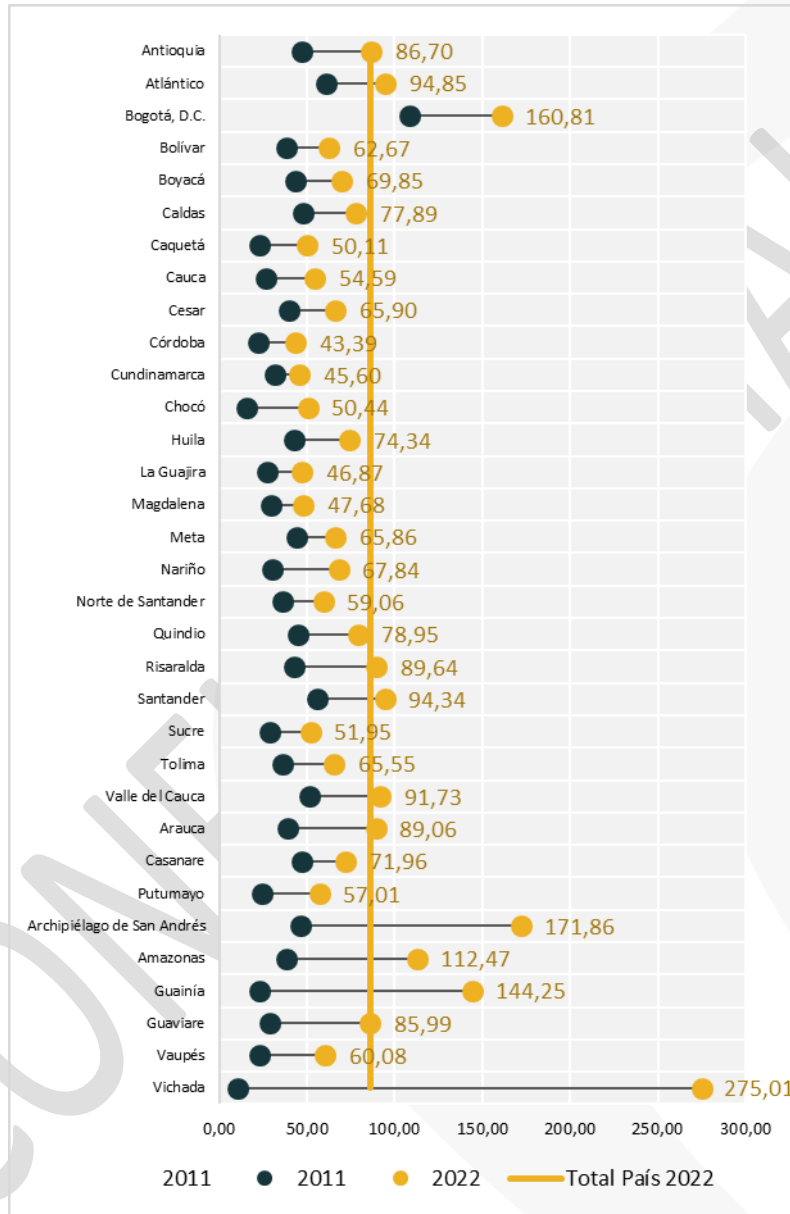
Fuente: Cálculos de la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud a partir del Cubo de información de ReTHUS-PILA. Observatorio de Talento Humano en Salud Fecha corte marzo 31 de 2023

Con respecto a la distribución de la densidad del THS de nivel universitario según departamentos del país, se observó durante el periodo de tiempo analizado 2011 al 2022, que Bogotá es la ciudad que tiene una densidad superior al país, y continua en aumento. Antioquia y Atlántico lograron para el 2022 superar el total de país, sin embargo, la mayoría de los departamentos se ubican por debajo de la media nacional. Especialmente aquellos

¹⁹https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5696:2011-manual-medicion-monitoreo-indicadores-metas-regionales-recursos-humanos&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0

que han sido sujeto de desigualdades históricas asociadas a procesos estructurales de exclusión social (Gráfico 7).






Gráfico 7. Densidad departamental de THS. Colombia, 2011-2022



Fuente: Cálculos de la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud a partir del Cubo de información de ReTHUS-PILA. Observatorio de Talento Humano en Salud Fecha corte marzo 31 de 2023

Con relación a la distribución del Talento Humano en Salud del nivel técnico auxiliar se observó para el 2022, que el mayor número se ubica en el Auxiliar de enfermería, y el incremento en la densidad desde el 2011 hasta el 2022 fue mayor para los Auxiliares administrativos en Salud y Auxiliar de enfermería (Tabla 2)


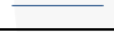
Tabla 2. Número y densidad del THS del nivel técnico auxiliar, Colombia, 2011-2022

Técnico auxiliar	Número THS		Densidad (por 1.000 habitantes)		
	2011-2022	2011	2022	Comportamiento	Incremento %
Auxiliar de enfermería	339.386	3,1	6,56		111,6
Auxiliar en Salud Oral	38.255	0,41	0,73		78,0
Auxiliar administrativo en salud	8.417	0,008	0,16		1900,0
Auxiliar en Servicios Farmeúuticos	5.936	0,13	0,69		430,8
Auxiliar en Salud Pública	2.995	0,02	0,05		150,0

Fuente: Cálculos de la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud a partir del Cubo de información de ReTHUS-PILA. Observatorio de Talento Humano en Salud Fecha corte marzo 31 de 2023

Con relación a la distribución del Talento Humano en Salud del nivel técnico profesional se observó para el 2022 que el técnico profesional en Citohistología reporta el número más bajo y la densidad no tuvo variación desde el 2011 hasta el 2022 en el país (Tabla 3)







Tabla 3. Número y densidad del THS del nivel técnico profesional, Colombia, 2011-2022

Técnico Profesional	Número THS		Densidad (por 1.000 habitantes)		
	2011-2022	2011	2022	Comportamiento	Incremento %
Atención prehospitalaria	632	0,009	0,012		33,3
Citohistología	40	0,001	0,001		0,0

Fuente: Cálculos de la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud a partir del Cubo de información de ReTHUS-PILA. Observatorio de Talento Humano en Salud Fecha corte marzo 31 de 2023

Con relación a la distribución del Talento Humano en Salud del nivel tecnólogo se observó para el 2022 que la tecnología en Radiología e imágenes diagnósticas concentra el mayor número de THS para este nivel, y con relación a la densidad desde el 2011 hasta el 2022 se reportó un aumento para todos los perfiles, pero hubo un predominio en Radiodiagnóstico y en Atención prehospitalaria (Tabla 4).

Tabla 4. Número y densidad del THS del nivel tecnologías, Colombia, 2011-2022

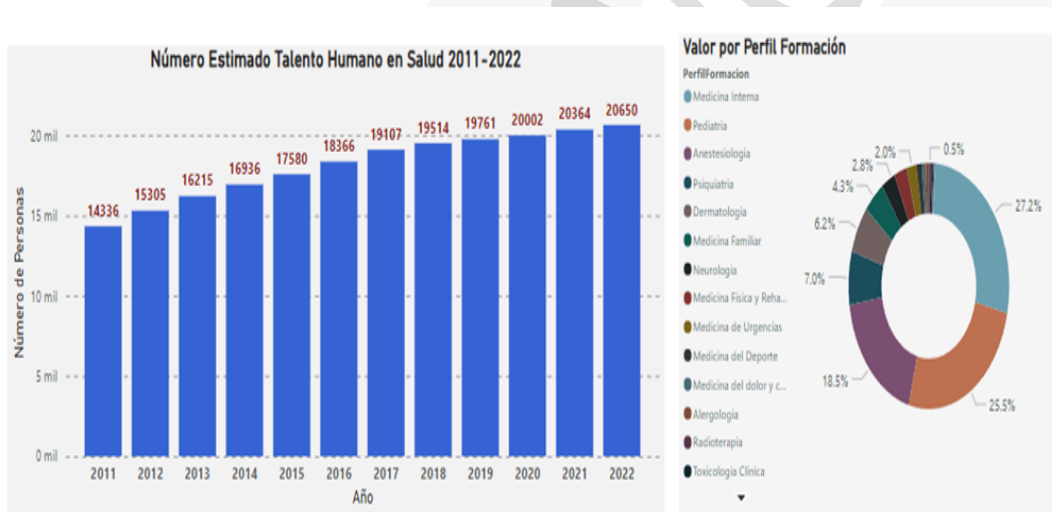
Tecnología	Número THS		Densidad (por 1.000 habitantes)		
	2011-2022	2011	2022	Comportamiento	Incremento %
Radiología e imágenes diagnósticas	6.009	0,057	0,11		93,0
Atención Prehospitalaria	3.122	0,02	0,06		200,0
Citohistología	1.435	0,015	0,028		86,7
Radiodiagnóstico	332	0,001	0,006		500,0
Radioterapia	172	0,002	0,003		50,0
Manejo de Fuentes abiertas de uso diagnóstico	162	0,002	0,003		50,0

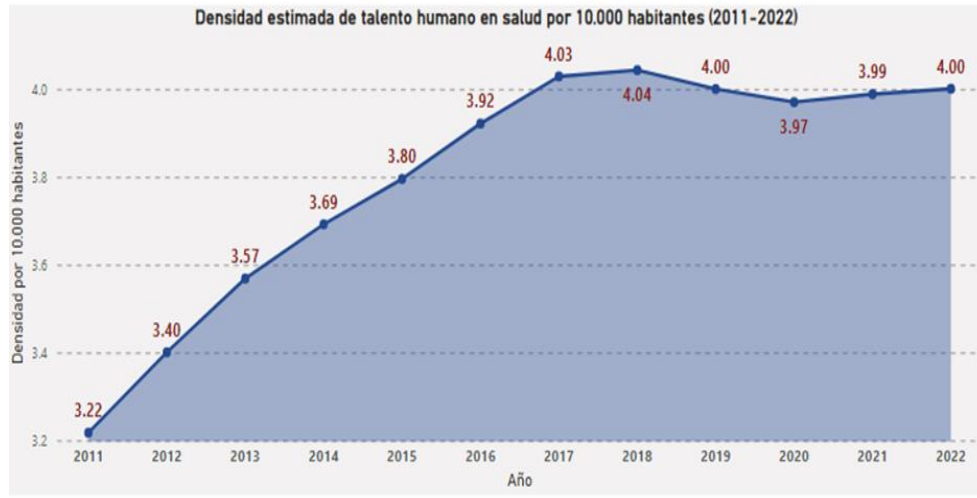
Fuente: Cálculos de la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud a partir del Cubo de información de ReTHUS-PILA. Observatorio de Talento Humano en Salud Fecha corte marzo 31 de 2023

Con relación a los perfiles de las especialidades médico-clínicas, se observó un comportamiento hacia el aumento del 44,0%, pasando de 14.336 personas para el 2011 a 20.650 para el 2022; el 27,2% de este perfil corresponde a especialistas en medicina interna, el 25,5% a pediatría y el 18,5% a anestesiología. Con relación al comportamiento de la densidad, en el 2011 se reportó 3,22 por cada 10.000 habitantes y 4,0 por cada 10.000 habitantes para el 2022 con incremento del 24,0% (Gráfico 8).

De igual forma, para los perfiles de las especialidades médico-quirúrgicas, se identificó un comportamiento hacia el aumento del 33,2%, pasando de 9.981 para el 2011 a 13.298 para el 2022; el 28,8% corresponde a especialistas en Ginecología y Obstetricia, el 19,7% a especialistas en Cirugía General y el 15,9% a Ortopedia y Traumatología. Con relación al comportamiento de la densidad, en el 2011 se reportó 2,24 por cada 10.000 habitantes y 2,58 por cada 10.000 habitantes para el 2022 con incremento del 15,2% (Gráfico 9).

Gráfico 8. Tendencia de la distribución y densidad de los perfiles de las especialidades médico-clínicas, Colombia, 2011-2022



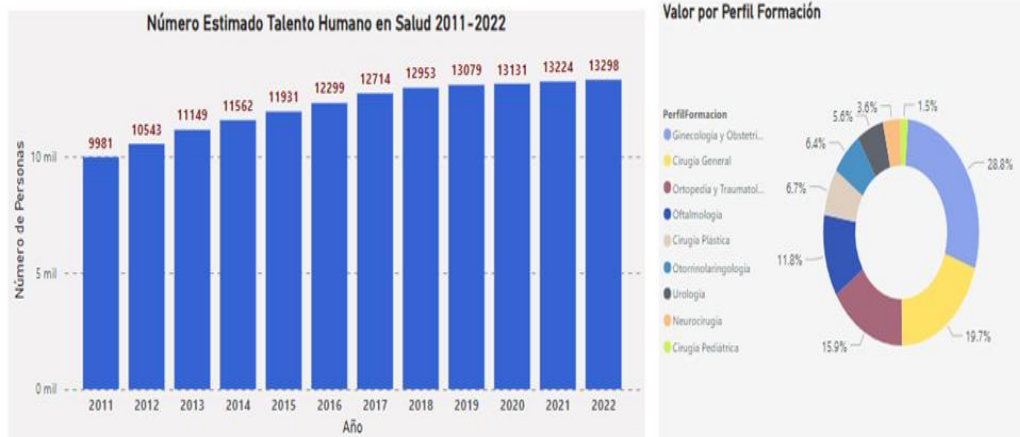


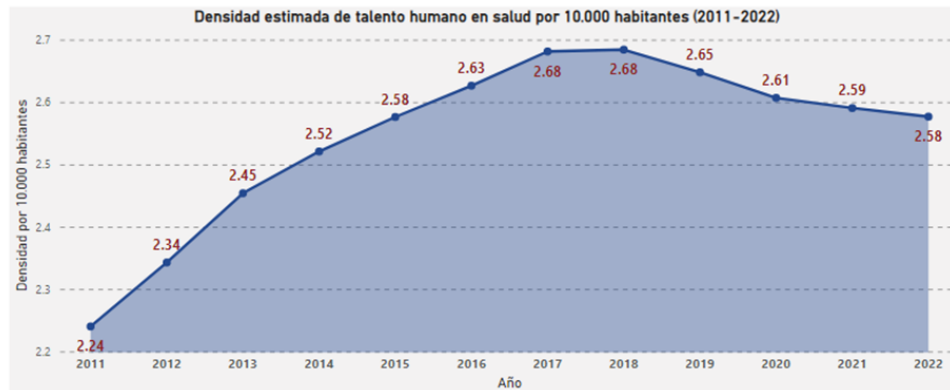
Fuente: Estimaciones DDTHS-Minsalud a partir del Cubo ReTHUS SISPRO (fecha de corte: 28-Feb.-2023, fecha de consulta: 16/04/2023)

Nota 1: Estimaciones a partir del número de personas inscritas en ReTHUS excluyendo los registros de personas que como resultado del cruce con las Bases de datos de estadísticas vitales aparecen registradas como fallecidos, que en el transcurso de 2022 realizaron aportes al sistema general de seguridad social en salud a través de la planilla única de liquidación de aportes PILA según perfil y ubicación laboral (Departamento) reportada en dicha planilla.

Nota 2: Podrían existir imprecisiones en el reporte derivadas de la calidad de los datos al momento de diligenciar la planilla, el multiempleo y la movilidad laboral.

Gráfico 9. Tendencia de la distribución y densidad de los perfiles de las especialidades médico-quirúrgicas, Colombia, 2011-2022





Fuente: Estimaciones DDTHS-Minsalud a partir del Cubo ReTHUS SISPRO (fecha de corte: 28-Feb.-2023, fecha de consulta: 16/04/2023)

Nota 1: Estimaciones a partir del número de personas inscritas en ReTHUS excluyendo los registros de personas que como resultado del cruce con las Bases de datos de estadísticas vitales aparecen registradas como fallecidos, que en el transcurso de 2022 realizaron aportes al sistema general de seguridad social en salud a través de la planilla única de liquidación de aportes PILA según perfil y ubicación laboral (Departamento) reportada en dicha planilla.

Nota 2: Podrían existir imprecisiones en el reporte derivadas de la calidad de los datos al momento de diligenciar la planilla, el multiempleo y la movilidad laboral.

3.11 Circunstancias y condiciones injustas que producen inequidades sociosanitarias en Colombia

En este apartado, se busca señalar cuatro Circunstancias injustas, relacionadas de manera recurrente en la literatura académica y en estudios técnicos, como las causas distales del proceso de salud, enfermedad, atención de la población colombiana. Estas Circunstancias injustas han sido caracterizadas como núcleos de injusticia social, comprendidos como la fuerza de poder social generadora de (in)justicias sociales, que se materializa en procesos de orden económico, político, cultural y socioambiental, y son productores de condiciones y modos de vida, que generan inequidades sociosanitarias en las poblaciones de un territorio. Se han identificado cuatro núcleos de injusticia social que influyen en las condiciones y modos de vida de las poblaciones y por ende en los resultados de salud, estos son: Injusticias socioeconómicas; conflictos sociopolíticos: conflicto armado interno, narcotráfico y migración forzada; conflictos socioambientales y cambio climático; y, Injusticias sociales en territorios de pueblos y comunidades

Injusticias socioeconómicas

En las ventanas de muchos barrios de Colombia, los más pobres colgaron trapos rojos como señal de auxilio. El SOS de la pobreza en medio del coronavirus (Oquendo, 2020, abril)

Colombia es la tercera economía de América Latina con mayor desigualdad en la distribución del ingreso y la tenencia de la tierra. En 2021, el coeficiente de Gini nacional fue de 0.52²⁰ y, para el año 2010, el coeficiente de Gini de tenencia de tierra fue de 0,89 (Fajardo, 2018), con inequidades económicas que superan la media nacional. Entre otros ejemplos se puede citar, el coeficiente de tenencia de la tierra en el municipio María la Baja, en el departamento de Bolívar, es de 0,96, “un propietario posee 1.982,57 hectáreas, 623 propietarios poseen menos de 0,32 hectáreas” (Alzate, 2020)

Lo anterior no es sólo un dato del contexto. Por el contrario, las injusticias económicas son aspectos que explican las peores condiciones en la salud de las poblaciones colombianas según la clase social (Instituto Nacional de Salud & Ministerio de Salud y Protección Social 2016), en intersección con inequidades de género y, el despojo material y simbólico de pueblos y comunidades que han sido históricamente discriminados (Viáfara-López CA, 2021) . Estos procesos conllevan privaciones materiales, que de manera histórica o ante eventos contingentes generados por crisis políticas, como el conflicto armado interno, desastres naturales, epidemias y pandemias, como la presentada por SARS CoV- 2, moldean o disrumpen trayectorias de vida personales, familiares y colectivas, causando afectaciones en la vida y la salud de las poblaciones, con consecuencias severas en momentos del curso de vida donde coexiste la fragilidad psicobiológica, como en el caso de los niños, niñas, personas mayores, las mujeres en proceso de gestación, personas con enfermedades que comprometen su respuesta inmunológica, personas con discapacidad, entre otros.

En Colombia, se ha documentado que las inequidades sociosanitarias tienen una distribución territorial, explicada por precarias condiciones de vida y empleabilidad, bajo acceso a la educación, servicios públicos, oferta de servicios de salud, servicios de cuidado infantil y pobreza monetaria. Este conjunto de condiciones territoriales, encuentran a la vez explicación en el desarrollo de las diferentes ramas de la actividad económica. Al revisar departamentos como Choco, La Guajira, Vichada, Cesar, Magdalena, Vaupés, Guainía con mayores índices de pobreza multidimensional – IPM- para el 2021, se identifica que su producto bruto interno depende en un 60% de la Administración pública, educación, servicios de salud; le siguen la agricultura, minas y canteras, y comercio o construcción, descritas como las ramas de la actividad económica más productoras de pobreza y vulnerabilidad social (Departamento Administrativo Nacional de Estadística , 2019).

²⁰ Fuente: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SI.POV.GINI?locations=CO>

Las condiciones en salud que se han relacionado con condiciones *precarias* de vida son: la mortalidad por desnutrición en menores de cinco años la cual tiene distribución territorial relacionado con mayores resultados del IPM, necesidades básicas insatisfechas y pobreza monetaria. En 2021, el promedio nacional fue de 7.8 por cada 100.000, con valores superiores en los departamentos de Chocó, La Guajira, Vichada, Cesar, Magdalena, Vaupés, Guainía, Amazonas, Córdoba, Meta y Norte de Santander.

La mortalidad materna. Departamentos, Chocó, La Guajira, Magdalena, Guaviare y Vichada tienen una RMM ente 145 y 198 por cada 100.000 nacidos vivos, con 97.6 veces más que territorios con menor IPM como Bogotá D.C, San Andrés, Valle del Cauca, Cundinamarca, Risaralda, Boyacá y Quindío.

Tabla 5. Indicadores en salud en departamentos con mejor y peor índice de pobreza multidimensional. 2021

Eventos en salud pública	Departamentos con IPM alto >31	Departamentos con IPM bajo > 24
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años (2021)	43.1 por 100.000	1,4 por 100.000
Razón de Mortalidad Materna	160 por 100.000 nacidos vivos	67,9 por 100.000

Fuente: Estadísticas Vitales – EEVV, consultado en la bodega de datos del SISPRO el 03 de marzo de 2023. ASIS PRELIMINAR 2023, p 47

Las injusticias económicas también se han visto relacionadas con el patrón de distribución territorial de las enfermedades infecciosas, como tuberculosis, infección respiratoria aguda y dengue, las cuales prevalecen en ámbitos urbanos, mientras que enfermedad diarreica aguda, enfermedad de Chagas, malaria, leishmaniasis, geohelmintiasis, zoonosis y otras enfermedades infecciosas desatendidas, prevalecen en ámbitos rurales y rurales dispersos.

Ahora bien, al interior de los territorios con mayor riqueza económica se identifica una distribución desigual de resultados en salud que constituyen inequidades sociosanitarias. La tasa de mortalidad por cáncer de mama en mujeres aumento entre 2012 y 2019, pasando de 10,55 a 14,28 por cada 100.000 mujeres, con tasas superiores en los departamentos que están en el quintil más alto del producto bruto interno y con mayores niveles de educación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021). Los peores resultados en las tasas de mortalidad por Cáncer de mama parecen estar más relacionados con la inequidad en el acceso a servicios de salud, en particular la inequidad que estructura el régimen subsidiado (Instituto Nacional de Cancerología, 2017), esto también se encuentra en menores tiempos de supervivencia global y libre de enfermedad.

Un patrón similar se encuentra en la mortalidad por accidentalidad por transporte terrestre, la cual tiene relación con quintiles 3 y 4 de riqueza. La tasa estandarizada de 2021 fue de 14,2 por 100.000 habitantes. En 2021, los departamentos de Casanare (35,9), Arauca (28,1), Putumayo (24,3), Huila (23,9) y Guaviare (23,9) encabezaron el listado de entidades departamentales con mayor afectación por siniestros viales en el país, superando ampliamente la tasa nacional (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021). Resultados contradictorios se encuentran en la mortalidad por enfermedad cardiovascular, de una parte, el análisis presentado en el ASIS 2021, de las tasas de mortalidad por ECV entre 2012 y 2019 no presenta un patrón estadístico relacionado con la distribución de pobreza a nivel departamental (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021). Pero, el análisis entre municipios con peores índices de necesidades básicas insatisfechas, IPM, y déficit de vivienda, en el periodo 2011 y 2015, señala que las tasas de mortalidad por ECV son mayores en relación con peores resultados económicos en el nivel municipal (Pérez-Flores, 2021)

Se debe señalar que la tasa de mortalidad por ECV presenta un aumento del 23,5% entre 1998 y 2019 (DANE, 2022a), los abordajes de nivel micro territorial de las injusticias económicas en escenarios rurales (Vega R, 2019) y urbanos (C., 2007) (Torres, 2007) permiten identificar los modos de vida de las poblaciones y cómo estas afectan la salud. Por ejemplo, analizar la vida campesina y la de otros pobladores de la ruralidad hace evidente la accidentabilidad y las enfermedades ocupacionales referidas con el trabajo rural informal, la baja disposición de recursos para la atención en salud y las conflictividades sociales que afectan la convivencia de los pobladores (Vega R, 2019)

En contextos barriales aproximarse a los trabajadores informales ha mostrado la existencia de un modo de vida sedentario, con prácticas de consumo de alcohol y tabaquismo con diferencias por sexo/género, menos práctica de actividad física en mujeres y mayor consumo de alcohol y tabaco en hombres (Ministerio de Protección Social, 2008) (Muñoz, 2013), con baja asistencia a los servicio de salud (Mendinueta M, 2020), y en algunos casos con bajos procesos organizativos (Garzón M, 2014).

Asimismo, el trabajo con pueblos y comunidades señala en cada escenario afectaciones diferenciales, por ejemplo, el pueblo Rrom-gitano desarrolla una serie de oficios, como la talabartería, la compra y venta de bestias, la elaboración de artesanías y la metalurgia, que realizan bajo la noción cultural del “día a día”, que implican la independencia, la posibilidad de movilidad y con ello la informalidad laboral, aspecto que se traduce en una barrera de acceso a procesos de prevención en salud para minimizar riesgos laborales originados en las prácticas económicas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

Conflicto socio-político: conflicto armado interno, narcotráfico y migración forzada

“me obligaron hacerle el sexo oral a más de quince hombres, ellos me decían que si no lo hacía me mataban... A causa de todo esto las consecuencias de este acto fue mi salud, tanto física y mental, Intente quietarme la vida tengo secuelas muy

fuerzas, ... he perdido mi voz. [...]” mujer sobreviviente del conflicto armado interno colombiano (Comisión Para el Esclarecimiento de la Verdad, la Convivencia y la No Repetición (Director), 2021) minuto 1:25:17 -1:32:05

De acuerdo con el Observatorio Nacional de Salud del INS (Observatorio Nacional de Salud - Instituto Nacional de Salud, 2017)²¹ y la Comisión de la Verdad (Comisión Para el Esclarecimiento de la Verdad, la Convivencia y la No Repetición, 2022g),²² el conflicto armado interno es un determinante estructural de la salud de las poblaciones que habitan territorios donde el conflicto armado ha tenido mayor intensidad, y del conjunto de la sociedad colombiana, la cual ha naturalizado graves violaciones a los derechos humanos generando un proceso de deshumanización que empobrece las capacidades para aproximarse con sentido solidario ante el sufrimiento de las poblaciones (Ministerio de Salud y Protección Social & COLCIENCIAS, 2015).

Entre 1958 y 2015 más del 95% de los municipios colombianos han sufrido uno o más hechos de violencia relacionados con el conflicto armado interno. Con corte a junio de 2023, se observan 9.472.019 víctimas en el registro único de víctimas,²³ es decir el 20% del total de la población colombiana. La distribución por magnitud y repertorio de violencia presenta una distribución territorial desigual, con daños e impactos en la vida y la salud diferenciados según el repertorio de violencia utilizado, el sexo/género, pertenencia a pueblos y comunidades, ser personas con discapacidad, niño, niña o adolescente (Comisión Para el Esclarecimiento de la Verdad, la Convivencia y la No Repetición, 2022g) (Comisión Para el Esclarecimiento de la Verdad, la Convivencia y la No Repetición, 2022e) (Grupo de Memoria Histórica, 2013). En estas poblaciones los daños en la salud son permanentes en el tiempo, a lo largo de la vida producen una cadena de impactos con afectaciones transgeneracionales que afectan de manera particular a las segundas generaciones (Comisión Para el Esclarecimiento de la Verdad, la Convivencia y la No Repetición, 2022g).

Las graves violaciones de derechos humanos son la causa directa de los daños que deja el conflicto armado interno, con impactos negativos en el perfil demográfico y epidemiológico del territorio. El homicidio es uno de los repertorios de violencia con mayor impacto humano y social. La Comisión de la Verdad señaló que entre 1985 y 2018 se identificaron 450.666 homicidios con una subestimación que puede ser dos veces la cifra mencionada (Comisión Para el Esclarecimiento de la Verdad, la Convivencia y la No Repetición, 2022a) (Jurisdicción Especial Para la Paz, Comisión Para el Esclarecimiento de la Verdad, la Convivencia y la No Repetición, & Stadicicians for Human Right, 2022).Tabla 3. Estas cifras superan los datos que hasta la fecha habían sido señaladas por fuentes oficiales como el Instituto Nacional de Salud, el Instituto de Medicina Legal, e incluso el

²¹ El capítulo 4 del informe muestra resultados empíricos del análisis. El grupo de trabajo diseñó el índice de conflicto armado interno y realizó un análisis ecológico a nivel municipal respecto de indicadores priorizados en salud pública.

²² El análisis señala los daños e impactos del conflicto armado interno a partir de las voces de la población víctima.

²³ Registro Único de Víctimas. Consulta 22 de junio de 2023.

DANE, entidad que certificó de manera positiva el procedimiento metodológico realizado por la Comisión.

Tabla 6. Distribución del número de víctimas de homicidio de acuerdo con su relación al conflicto armado (1985 -2018) *

Relación al conflicto armado	observado	Imputado			Estimado		
		N	N(inf)	N(imp)	N(suo)	N(in)	N(est)
Víctimas vinculadas al conflicto armado	374.567	436.74 7	450.66 6	464.58 5	777.85 2	813.70 7	852.75 6
Víctimas no vinculadas al conflicto armado	75.752	89.784	103.70 3	117.62 2	-	-	-
Sn información	104.050	-	-	-	-	-	-

*Las palabras inf, sup indican el intervalo de confianza de la imputación o estimación.

Fuente: Tomado de Comisión de la Verdad. Informe metodológico del proyecto conjunto JEP-CEV-HRDAG de integración de datos y estimación estadística (Jurisdicción Especial Para la Paz, et al., 2022) (p .11)

Si bien la magnitud del homicidio ha disminuido, este hecho se mantiene en el tiempo. El análisis realizado del Índice de Intensidad del Conflicto (Observatorio Nacional de Salud - Instituto Nacional de Salud, 2017) y la tasa de cobertura de educación media, muestra que en los nueve departamentos donde el índice de IICA fue mayor en 2021, Arauca, Caquetá, Norte de Santander, Guaviare, Cauca, Putumayo, Chocó, Nariño, Antioquia y Valle del Cauca, concentraron el 54,2% de los homicidios. Los incidentes por minas y artefactos explosivos dejan más de 12 mil víctimas, el 40% es población civil.

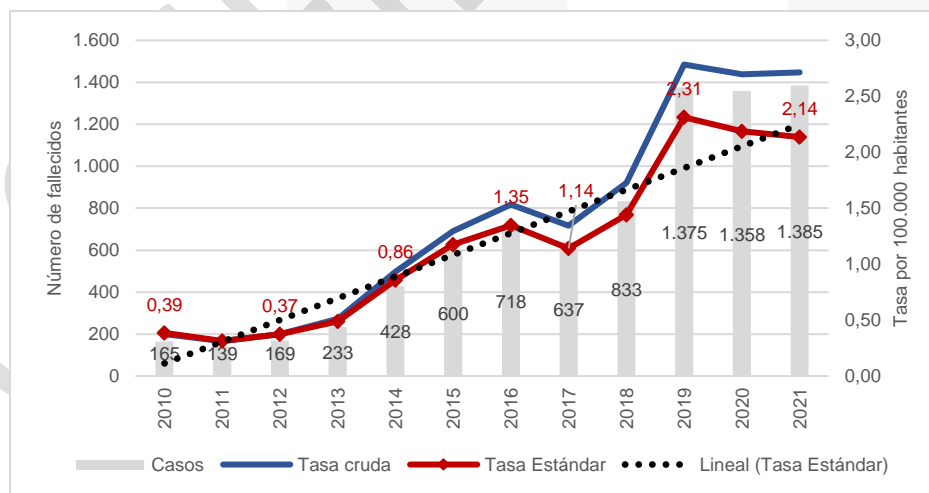
Las afectaciones en niños, niñas y adolescentes abarcan todas las dimensiones de la vida, existen daños en el cuerpo y en la salud mental, las cuales, a la vez, causan deserción estudiantil, y en la adultez se acompaña de desempleo, trabajo informal y en algunos casos de mendicidad, se amplifica la violencia contra las mujeres, quienes se encuentran con mayor desprotección en estos contextos (Comisión Para el Esclarecimiento de la Verdad, la Convivencia y la No Repetición, 2022g). Han sido menos descritos los impactos que deja el secuestro, la torturas y otros tratos degradantes en la salud de las personas (Comisión Para el Esclarecimiento de la Verdad, la Convivencia y la No Repetición, 2022g).

También hay impactos indirectos: para el caso de los menores de cinco años que habitan municipios con alto índice de intensidad del conflicto, se identifica mayor riesgo de muerte por Desnutrición, IRA y EDA, mostrando un claro gradiente entre los quintiles además de mostrar un aumento en las desigualdades por sexo a través del tiempo. (Observatorio Nacional de Salud - Instituto Nacional de Salud, 2017). La mortalidad por HTA también tiene una relación de gradiente con IIC (Observatorio Nacional de Salud - Instituto Nacional de Salud, 2017).

La Encuesta Nacional de Salud Mental, 2015, señaló que las afectaciones del conflicto armado interno aumentan en la población víctima y en los victimarios el riesgo de estrés postraumático, trastorno depresivo, consumo de sustancias psicoactivas y deterioro de la salud general dado el impacto psíquico de lo vivido. Asimismo, genera pérdida de la sensibilidad ante el sufrimiento de la víctima, aspecto que muestra la magnitud del impacto negativo que deja el conflicto en la sociedad. A esto se debe sumar, la pérdida de lazos de confianza en las comunidades, el duelo no vivido, el silencio ante el sufrimiento, aspectos que en su conjunto, se expresan en la dificultad de construir procesos colectivos de transformación social (Comisión Para el Esclarecimiento de la Verdad, la Convivencia y la No Repetición, 2022g), la permanencia de imaginarios negativos y la generación de formas violentas para afrontar situaciones conflictivas (Arrubla & Zuluaga, 2022)

Ahora bien, la afectación en la salud mental de la población colombiana, no sólo está asociada al contexto de conflicto armado interno, se puede decir que las injusticias económicas descritas en el apartado anterior 2.1, tienen un papel relevante en la explicación de una tendencia positiva de un conjunto de expresiones que van desde el consumo problemático de alcohol y otras sustancias, violencias de género e intrafamiliar, conductas autolesivas y hetero agresiones, hasta manifestaciones clínicas como los trastornos mentales y del comportamiento, donde la depresión, los trastornos de ansiedad, las esquizofrenias y los trastornos de la conducta producen la pérdida de incontables Años de Vida Saludable Ajustados por Discapacidad -AVISAS (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2020).²⁴ Gráfico 10.

Gráfico 10. Mortalidad trastornos mentales y del comportamiento. Colombia 2010-2021



Fuente: Cubo SISPRO Estadísticas Vitales. Consultado 7 de marzo de 2023

²⁴ Información tomada de Cubo SISPRO de Estadísticas Vitales. Periodo 2010-2021. Consultado: 7 de marzo de 2023.

Los contextos de disputa territorial y control armado, que incluye el accionar de bandas delincuenciales, se entrecruzan con contextos de alta vulnerabilidad y prácticas culturales de resolución violenta de la conflictividad social, que afectan en particular la vida y la salud de los niños, niñas, adolescentes, mujeres y personas mayores, quienes presentan mayores riesgos de violencia. En estos contextos la violencia sexual se da en el marco de un continuum de violencias de género, causando el control sobre la vida de las mujeres y daños relacionados con afectaciones en la vida sexual/afectiva de las mujeres, infecciones de transmisión sexual, discapacidad sexual y reproductiva (Comisión Para el Esclarecimiento de la Verdad, la Convivencia y la No Repetición, 2022d)

En 2022, Colombia es a nivel mundial uno de los países más afectados por las diferentes dimensiones de la movilidad humana forzada, con más de 8 millones de personas víctimas de desplazamiento forzado, situándolo en el primer país de América Latina y entre los primeros diez países del mundo con mayor desplazamiento interno (ACNUR: La Agencia de la ONU para refugiados., 2023). Entre 1982 y 2020 mínimo un millón de colombianos han buscado protección y asistencia internacional en países como Ecuador, Venezuela, Chile, Panamá, Brasil, Perú en América Latina, y fuera de la región como España, Estados Unidos y Canadá.

Con un registro en 2020 de 516 000 personas que han retornado durante y después de la firma del Acuerdo de Paz entre el Estado colombiano y las FARC EP (Comisión Para el Esclarecimiento de la Verdad, la Convivencia y la No Repetición, 2022b). Además, en la última década Colombia es reportado como el tercer país con un mayor número de personas extranjeras en condición de refugiados con 2.5 millones de personas (UNHCR. The UN Refugee Agency, 2023). Estas poblaciones provienen de diferentes países, siendo Venezuela el principal país de procedencia, pero no el único, toda vez, que Colombia es lugar estratégico, que conecta rutas de migración legal e ilegal de Asia, África, Centro y Sur América (Polo,S et al., 2019), para la movilidad hacia el norte, a través de la selva del Darién, y hacia el sur, a través del Corredor Andino, por las fronteras con Ecuador y Perú (ACNUR: La Agencia de la ONU para refugiados., 2023).

La movilidad humana forzada es en sí misma un escenario de violencia, donde las personas que no tienen documentación o viajan por fuera de las leyes o acuerdos internacionales, a través de las rutas de ilegalidad son más vulnerables. En 2021 se registran 843 homicidios de personas migrantes venezolanas (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2023) siendo en magnitud Valle del Cauca, Arauca, Antioquia los departamentos con el mayor número de casos (UNHCR. The UN Refugee Agency, 2023). En estos contextos, las niñas, niños y adolescentes llegan al territorio nacional en condiciones de alta precariedad material y humana, condiciones de desnutrición, necesidades humanitarias de salud y sin acompañamiento de adultos o sus padres. Esta población, está expuesta a ser víctima de múltiples hechos de violencia durante el viaje, o a ser obligados a ser testigos de estas, afectando la salud mental y emocional (Durán N, & Millían K, 2021).

El conflicto armado interno, la migración forzada y el narcotráfico generan impactos transgeneracionales en la salud de poblaciones específicas. El pueblo kamëntšá en Valle de Sibundoy-Putumayo, identifica la violencia contra los jóvenes, quienes ante la vulnerabilidad socioeconómica del territorio optan por vincularse en el raspado de hoja de coca, deja pérdidas en vidas humanas, consecuencias negativas en la familia, como el *causado*,²⁵ y en la cultura de la comunidad (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2022). No se encuentran cifras oficiales respecto del número de jóvenes kamëntšá víctimas de homicidio o desaparición forzada, sin embargo, los municipios que transitan los jóvenes para llegar a los lugares productores de hoja de coca tienen tasas de homicidio por 100.000h superior a la de los departamentos de Nariño (34.7), Putumayo (45.11) y Cauca (53.41). A manera de ejemplo se puede citar el municipio de Leiva en Nariño con una tasa de 219 por 100.000 referencia para el año 2020.

Un ejemplo de la violencia urbana, se puede describir en la comuna de Villa Santana en Pereira-Risaralda, donde hay grupos armados organizados- GADO, que tienen su origen, en los procesos de desmovilización de los grupos armados paramilitares que operaron en la zona (Defensoría del pueblo, 2020), disputándose el control de rutas de narcotráfico y lugares de expendio de estupefacientes (Defensoría del pueblo, 2020). Los barrios de la Villa comparten las precarias condiciones de vida de sus pobladores, la presencia de asentamientos de informalidad, la baja respuesta estatal respecto de la seguridad civil y social: precariedad de vías de acceso, hábitat y vivienda, entre otras ofertas institucionales (Jaramillo-García, 2018). En estos escenarios se reportan altas cifras de homicidio (Pereira cómo vamos, Stocholm Environment Institute, & International Institute for Sustainable Development, 2020), amenazas contra la integridad personal, la tortura, violencias sexuales y de género, como la prostitución forzada o esclavitud sexual, ataques indiscriminados contra la población, desplazamiento forzado intraurbano, reclutamiento forzado, y reclutamiento ilegal de niños, niñas y adolescentes, así como el consumo de sustancias psicoactivas sin atención adecuada, problemáticas en salud referidas por la comunidad, conformada por olas de poblaciones víctimas de desplazamiento forzado, en particular grupos indígenas, como los Embera Katio proveniente de Chocó, y población migrante venezolana (Defensoría del pueblo, 2020).

En los escenarios descritos también se genera impacto directo en los servicios de salud y en las acciones de la salud pública. En el marco del conflicto armado interno se reportan entre 1967 y 2018, 2419 infracciones a la misión médica de las cuales el 72% son infracciones contra la vida y la integridad personal. Aspectos que concurren con precaria disposición de recursos para la atención y rehabilitación integral en salud y la presencia de fronteras invisibles, que impiden la realización de actividades de promoción de la salud y

²⁵ En la medicina tradicional del pueblo kamëntšá el *causado*, es la enfermedad que afecta particularmente a los niños, quienes pierden el apetito, están triste y pálidos. Este padecimiento es relacionado con la ausencia del ser querido, cuando éste se va y se le extraña. Los adultos también pueden estar *causados* o enfermar de los nervios, ante la pérdida de los hijos, esto se puede acompañar de alcoholismo. (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2022) (p. 67)

prácticas de autocuidado (Observatorio Nacional de Salud - Instituto Nacional de Salud, 2017).

Injusticias socio-ambientales y cambio climático

“Cayó la tarde y las más de 13 millones de toneladas de basura acumuladas en el relleno causaron que moscas, zancudos, ratones y cucarachas infestaran a siete veredas aledañas y a 900 barrios de Usme y Ciudad Bolívar; además de causar enfermedades crónicas respiratorias y ronchas anómalas en la piel. Para entonces este vertedero de basura llevaba ocho años de funcionamiento y producía 4.500 toneladas de basura al día”²⁶

En Colombia, se han descrito múltiples y complejas relaciones entre procesos económicos, culturales y la presencia de grupos armados ilegales, que están afectando el ambiente, la relación de las personas con la naturaleza y por lo tanto la salud humana, con impactos negativos distribuidos de manera desigual dada la posición social: económica, género/sexo, y de pertenencia a un pueblo o comunidad. Los conflictos socioambientales, la precariedad en las condiciones de vida y saneamiento ambiental, el cambio y variabilidad climáticas; y la contaminación ambiental han sido relacionados con resultados negativos en la salud de las poblaciones, pueblos y comunidades en Colombia.

En 2016, se describían 115 conflictos ambientales, entendidos como la disputa por los recursos naturales que ejercen grupos de poder en un territorio, ante la debilidad del gobierno de regular o controlar de manera efectiva las acciones, y dar respuesta al malestar de las comunidades (Pérez-Rincón et al., 2022). Los conflictos por la minería, la biomasa, tierras y gestión de agua, energía fósil e industria son los más frecuentes, en menor proporción la gestión del agua y la agricultura expansiva, y los conflictos por residuos sólidos (Pérez-Rincón et al., 2022).

La distribución de los conflictos ambientales es territorial, tienen mayor frecuencia en la región Caribe (21,7%), la zona cafetera (17,3%), centro oriente (15,65%) oriente (11,3%), pacífico (9,57%) centro sur (6,09%) y Amazonía (4,35%) (Pérez-Rincón et al., 2022), y generan múltiples impactos ambientales en la flora, fauna, uso de tierras, recursos hídricos (humedales, ríos, manglares y mares), pérdida del paisaje (IDEAM, et al., 2017), efectos macro y microeconómicos (Pérez-Rincón et al., 2022) y, en la garantía de los derechos humanos de las pobladores, quienes se enfrentan con conflictividades territoriales que causan graves violaciones a los derechos humanos (Comisión Para el Esclarecimiento de la Verdad, la Convivencia y la No Repetición, 2022g). El tipo de conflicto ambiental también

²⁶ Damnificados del derrumbe de Doña Juana, ocurrido en 1977, afirman no haber sido indemnizados por el Estado [https://conexioncapital.co/damnificados-del-derrumbe-de-dona-juana-occurido-en-1977-afirman-no-haber-sido-indemnizados-por-el-estado]

afecta de manera diferenciada a las poblaciones, la minería, la biomasa y tierras y combustión de fósiles, afectan de manera directa a la población campesina, y pueblos y comunidades étnicas; y, la gestión de residuos sólidos afecta, en particular, a la población que habita barrios conformados en los límites entre la urbanización y la ruralidad en las ciudades y centros poblados (Pérez-Rincón et al., 2022).

Hay diferencias en los impactos ambientales en la minería artesanal y de pequeña escala, minería ilegal y minaría industrial (Rubiana MJ, et al., 2020); y si es a cielo abierto, por aluviones u otras. Sin embargo, se describen de manera general impactos en los ecosistemas, como son la contaminación de las fuentes hídricas, suelo y subsuelo, los daños en la biodiversidad, la contaminación del aire y la pérdida del paisaje (Ayala H, et al., 2019). El conjunto de daños e impactos ambientales produce mayores riesgos de enfermar, según la ruta de exposición agentes químicos y los impactos sobre los recursos que los pueblos y comunidades usan para la vida (Rubiana MJ, et al., 2020); y se acompañan de una serie problemáticas sociales, que también generan pérdida del bienestar y la salud de las poblaciones.

En escenarios de boom del oro, el riesgo de trabajo infantil incrementa en 9.3% (Santos R, 2018), incremento que se explica por la vulnerabilidad económica de las poblaciones y la construcción de la masculinidad y la adultez en un proyecto de vida minero, donde la adolescencia no tiene una significación particular (Arcos A, 2018). En 2017, se reportan 4964 niños, niñas y adolescentes trabajando en el sector minero (Ministerio de Trabajo, 2017), en particular en la minería artesanal y de baja escala, que corresponde al 70% de la minería informal (Rubiana MJ, et al., 2020).

Asimismo, se ha descrito que la minería ilegal produce daños e impactos en la vida y la salud de las comunidades étnica. La Sentencia 622 de 2016 de la Corte Constitucional, hace referencia al daño que las retroexcavadoras producen en la biodiversidad del Rio Atrato, y la contaminación por mercurio y cianuro, la cual afecta todas las formas de vida del río, impactando más de tres generaciones de comunidades negras y afrodescendientes cuyas vidas materiales y sociales se desarrollan a lo largo del del río. La pérdida de recursos naturales para la vida limita la autonomía de las comunidades, las cuales ven amenazada su existencia física, y se ven obligadas a formar parte de las actividades de minería ilegal y de la explotación forestal que afecta el río. Lo anterior se acompaña de nuevas problemáticas sociales como la trata de personas y el trabajo sexual, con aumento del embarazo en mujeres adolescentes (622, 2016).

En otros escenarios, la deficiencia en condiciones de vida y en saneamiento básico en contextos rurales, en particular rural disperso, y en contextos urbanos, como espacios barriales informales o sin titularidad de predios, produce brechas en la disponibilidad y calidad del agua potable para consumo humano. Sobre el particular, se ha encontrado que los departamentos con municipios que tienen altos niveles de necesidades básicas insatisfechas o mayores índices de pobreza monetaria y niveles de IRCA superiores a 5 reportan enfermedades transmitidas por alimentos, hepatitis viral tipo A, fiebre

tifoidea/paratifoidea, (Instituto Nacional en Salud, & SIVICAP, 2015) enfermedad diarreica aguda, infección respiratoria, infecciones en piel, dengue y tuberculosis (Instituto Nacional de Salud, & Observatorio Nacional de Salud - Instituto Nacional de Salud, 2019)

El cambio climático y la variabilidad (variable de fenómeno del Niño-Oscilación Sur), que se acompaña de aumento de la temperatura ha sido relacionado con aumento en los casos de dengue y malaria, leishmaniasis en algunos departamentos, y el bajo peso al nacer en la región Andina (Instituto Nacional de Salud, & Observatorio Nacional de Salud - Instituto Nacional de Salud, 2019). La variabilidad climática puede producir pérdida de terrenos y cultivos, contaminación de fuentes hídricas y afectaciones del uso del suelo generando inseguridad alimentaria. Por ejemplo, el aumento de las precipitaciones ha sido relacionado con desnutrición infantil (Instituto Nacional de Salud, & Observatorio Nacional de Salud - Instituto Nacional de Salud, 2019).

Entre 1998 y 2021, se reportan 632 eventos climáticos, entre 2008 y 2017, se reportan 1804, sin el fenómeno de la Niña, el valor es de 1603. Los eventos más frecuentes son las inundaciones, deslizamientos y vendavales. Estos dejan 21,5 millones de personas afectadas, 3.960 muertes, 675 personas desaparecidas y 6.173 heridos, se suma las pérdidas materiales, cultivos, entre otros aspectos que ponen en riesgo la vida de los sobrevivientes. Los departamentos con mayor número de eventos son Antioquia, Putumayo, Santander y Caldas (Ayala J, & Ospino K, 2023). Pero, pese a la magnitud de los impactos, es escasa la literatura que estudia el impacto de los eventos climáticos en la salud de las poblaciones (Instituto Nacional de Salud, & Observatorio Nacional de Salud - Instituto Nacional de Salud, 2019).

Los estudios de carga de enfermedad señalan que la mayor carga se le atribuye a la calidad del aire urbano, seguido de agua, saneamiento básico y calidad del aire al interior de las viviendas. Sin embargo, existen diferencias al considerar otros factores o al tener en cuenta el área urbana y rural o los grupos de edad. Referente a la concentración de PM10 y su relación con ENT, los resultados de las investigaciones muestran valores contraintuitivos con asma; no señalan relación con enfermedades producidas por vectores. Se encuentra que el PM10 es un factor de riesgo para alteraciones de los patrones espirométricos como sucedáneo de EPOC (OR: 1,5 a 2,9), ausentismo escolar (RR: 1,1 a 1,7; RP: 1,1), síntomas de asma y sintomatología respiratoria (OR: 1,5 a 2,1; RP: 1,1; RR: 1,1). El PM2.5 no tiene reporte de indagación (Instituto Nacional de Salud, & Observatorio Nacional de Salud - Instituto Nacional de Salud, 2019)

Finalmente, algunos estudios muestran que algunas poblaciones, que están expuestas a sustancias químicas, como Hidrocarburos aromáticos policíclicos naftaleno, pireno y criseno, por ataques contra la infraestructura petrolera con acciones como la voladura de oleoductos; acciones intensas de minería ilegal de oro por grupos armados organizados; y afectaciones por el uso de Glifosato y AMPA, tienen riesgos cancerígenos intolerables y riesgos no cancerígenos inaceptables para la población. (Méndez F, & Zapata-Rivera, AM, 2021)

Injusticias sociales en territorios de pueblos y comunidades

“Territorio: espacio de vida. Constituye nuestro espacio vital, lugar de reproducción de vida, donde se mantienen el equilibrio y la armonía con la naturaleza, es el lugar donde vivimos, trabajamos, cultivamos, pescamos, cazamos y recreamos el pensamiento; donde se genera un verdadero respeto hacia lo cultural, natural y espiritual”(Bisbicus G et al., 2010)

Es importante señalar, que, a lo largo de la historia de los pueblos y comunidades, estos han construido relaciones diferentes con sus territorios. Los pueblos indígenas u originarios, actualmente representan el 4,42% del total de la población colombiana (DANE, 2018) habitaban el territorio desde antes de la construcción de Colombia como nación. La organización política, cultural y económica de los pueblos indígenas fue violentada durante el proceso de colonización española, con prácticas de imposición cultural, de ocupación del territorio indígena, y el considerar a la población inferior respecto de un proyecto identitario eurocéntrico, prácticas que han persistido hasta nuestro días (Comisión Para el Esclarecimiento de la Verdad, la Convivencia y la No Repetición, 2022f). Los pueblos negro, afrocolombiano, raizales y palenqueros representan el 9,8% de la población (DANE, 2018), son descendientes de personas que fueron traídas de África, esclavizadas, racializadas y tratadas como inferiores sobre una base de prejuicios y estereotipos que aún persisten en la sociedad colombiana.²⁷ En 1991 fueron reconocidos como pueblo étnico y con la ley 70 de 1993, le fue reconocido el derecho a la tenencia colectiva de tierras. La población Rrom o gitana, con el 0,01% de la población, fueron reconocidos en Colombia como pueblo con cultura y lenguaje mediante el decreto 2957 de 2010 (Comisión Para el Esclarecimiento de la Verdad, la Convivencia y la No Repetición, 2022f).

A la fecha se reconocen 772 resguardos indígenas, con una ubicación significativa en los departamentos de Guajira, Nariño, Cauca y Córdoba. Sin embargo, al observar la proporción de población indígena respecto del total de población, se encuentra que Amazonas, Guainía, Vaupés, Vichada y Guajira, tienen más del 50% es población indígena(DANE & UNFPA, 2022). En el caso del pueblo negro, afrocolombiano, raizal y palenquero, se encuentran en los diferentes departamentos del territorio nacional, con mayor presencia, en la región Pacífico y Caribe (68%) siendo Chocó el departamento con mayor proporción presencia (74%), seguido de San Andrés (57%) (DANE & UNFPA, 2022).

En el caso del pueblo Rrom, se reconocen nueve Kumpaño y dos Organizaciones Rrom: la Unión Romaní y el Proceso Organizativo Rrom en Colombia, las cuales tienen presencia en Nariño, Antioquia, Tolima, Atlántico, Norte de Santander, Santander, Córdoba, y Bogotá.

²⁷ Este concepto hace referencia al proceso, de deshumanización que ejerce un grupo de poder, contra miembros de un grupo poblacional específico, por características atribuidas al fenotipo, logrando que el grupo racializado sea considerado inferior intelectual, moral y espiritualmente.

De acuerdo con los estudios poscensales sobre condiciones de vida de los pueblos y comunidades étnicas (DANE & UNFPA, 2022)²⁸ los territorios con mayor presencia de pueblos y comunidades tienen brechas en privación de condiciones de vida (vivienda, empleo, educación y oferta de servicios de salud) respecto de aquellos territorios cuya composición poblacional tiene menores proporciones de población étnica. En 2022, los departamentos que están constituidos por una proporción superior al 50% de pueblos indígenas tienen índices de pobreza multidimensional que superan el promedio nacional (12,9 % en 2022) y los ubican en los primeros quintiles del país Vichada (75,4%), Vaupés (47,1%), Guainía (46,5%), Guajira (42,9%), Amazonas (27,9%). En las regiones con mayor población afrodescendiente, negra, raizal y palenquera el departamento de Chocó tiene un 36,8% y San Andrés y Providencia (6,8%) se presenta como una excepción (DANE, 2022c).

En estos contextos, la privación de condiciones de vida de los miembros de los pueblos y comunidades es mayor que la de otros pobladores del territorio. La privación de condiciones de vivienda presenta mayor incidencia para los pueblos indígenas en departamentos como, Guainía (70,3%), Chocó (69,4%), Amazonas (52,7%), Vichada (47,6%), Guaviare (41,3%), Guajira (34%) respecto de los habitantes no étnicos de los departamentos Guainía (38,5%), Chocó (35,8%), Amazonas (21,1%), Vichada (29,1%), Guaviare (19,7%) y Guajira (15,6%). Respecto de la población NARP se identifica en Chocó (50,8%), Nariño (47,9%), Córdoba (21,1%) y San Andrés y Providencia (21,8%). En todos los casos la brecha respecto del umbral de la dimensión es mayor en los grupos étnicos respecto de los grupos no étnicos. Lo anterior es similar en la dimensión de educación e independencia económica (DANE, 2022c).

En las tres dimensiones, precariedad de la vivienda, educación y seguridad económica²⁹ se identificó mayor privación en los pueblos indígenas respecto de la población NARP. En el caso de la seguridad económica se observa en Chocó, que el 57% de la población indígena tiene privación, y en la población NARP el 34%. En el caso de Bogotá y algunos departamentos con índice de IPM menor al promedio nacional, se identifican mejores resultados en las tres dimensiones y en población indígena y NARP, no obstante las brechas respecto del umbral de cada dimensión mantiene el patrón descrito en párrafos anteriores (DANE, 2022c).

Existe menos información que describa y compare la situación del pueblo Rrom, sin embargo, se sabe que en el Censo de 2018 el 20% de los hogares fueron ubicados como con necesidades básicas insatisfechas y el 5.6% en estado de miseria, cifras superiores al promedio nacional, 14.3% y 3.8% respectivamente (DANE, 2021a). En síntesis, se evidencia que las injusticias socioeconómicas tienen características territoriales que impactan a los pueblos y comunidades. Ver tabla 7.

²⁸ Los autores realizaron el análisis sólo en cabeceras y centros poblados.

²⁹ Esta categoría no reconoce actividades y prácticas propias al interior de las comunidades.

Tabla 7 Indicadores sociopolíticos en pueblos y comunidades. 2022

Indicados social	Indígena	Negro	Rrom	Población no étnica
IPM	49%	43%	N. D	29%
Títulos mineros en territorios étnicos (2020)	161 resguardos afectados más de 371.782 hectáreas.			
Cultivo ilícito de hoja de coca con fines de narcotráfico (2020)	148 resguardos.			
Número de víctimas corte enero 2022	452.571	1.104.267	705	6.913.209
Proporción de víctimas según el total de población por grupo	21,20%	24,01%	26,19%	16,58%

Fuente: Comisión de la Verdad (Comisión Para el Esclarecimiento de la Verdad, la Convivencia y la No Repetición, 2022f); (DANE & UNFPA, 2022).

En el caso del conflicto armado interno se encontró que entre 2004 y 2019, la violencia y homicidios es desproporcionada contra las poblaciones étnicas respecto de las poblaciones mestizas en los municipios cuya composición demográfica tiene más del 50% de población étnica (Comisión Para el Esclarecimiento de la Verdad, la Convivencia y la No Repetición, 2022f).³⁰ Se debe señalar, que si bien entre 2012 y 2019, la tasa de homicidio se ha reducido en 31 departamentos, en San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Nariño y Córdoba se ha aumentado y en el departamento del Cauca se ha mantenido en un nivel constante la tasa de mortalidad por esta causa (DANE, 2022a), aspecto que se explica dada la presencia de grupos armados organizados en los territorios, los cuales generan múltiples violencias contra la población.

En estos escenarios, además de los hechos fatales, se identifican acciones contra la vida de las poblaciones, reclutamiento forzado, violencia sexual, tortura y otros tratos degradantes, así como violencia contra los lugares sagrados, el saber ancestral y la medicina tradicional, hechos que desestructuran política y funcionalmente las comunidades, toda vez, que, en múltiples ocasiones, son los agentes tradicionales quienes resuelven la salud de las poblaciones. Una de las acciones violentas menos documentada es el confinamiento. Este además de restringir la libre movilidad de las poblaciones, se acompaña de la imposibilidad de acceso al agua, la comida y los medicamentos. En este contexto, las comunidades quedan bajo el control de los grupos armados, poniendo en grave riesgo la vida de niños, niñas y personas mayores con reportes de casos de muerte por desnutrición aguda, que no siempre son registradas ante entidades oficiales (Comisión

³⁰ Estos datos corresponden al estudio colaborativo de la JEP, la CEV y HRDAG.

Para el Esclarecimiento de la Verdad, 2022c). A esto se suma el minado de los territorios, los cuales impiden el cultivo y la libre movilidad de la población causando daños corporales irreparables, que agravan las condiciones de vida, ya precarias de los pueblos y comunidades.

En estos contextos se entrelazan el conflicto armado interno, el conflicto socioambiental y las economías ilícitas, las cuales dejan pérdidas de vidas humanas, afectaciones en los ecosistemas y en los recursos para el sostenimiento de las comunidades, generando desplazamiento forzado. Es de señalar que proporcionalmente el pueblo NARP reporta mayor número de víctimas de desplazamiento forzado (23,8%), indígenas (14,7%) y no étnico (15,3%) (Comisión Para el Esclarecimiento de la Verdad, la Convivencia y la No Repetición, 2022f). El desplazamiento forzado pone en riesgo la vida de las poblaciones y se acompaña de nuevas violencias.

La inseguridad alimentaria que viven los pueblos y comunidades deriva de múltiples afectaciones territoriales, que causan daño a las fuentes hídricas, cultivos, flora y fauna; en los procesos de desplazamiento forzado, el cual se acompaña de pérdidas materiales y patrimoniales de las comunidades, en el despojo de tierras, e incluso en los hechos violentos, como el homicidio que afecta más a los hombres. De acuerdo con la escala de experiencia de inseguridad alimentaria del año 2022, se identifica que los departamentos de la región Caribe tienen prevalencias de percepción de inseguridad alimentaria grave o moderada por encima del promedio nacional, siendo Guajira (17,5%; 59,7%) en que reporta la mayor cifra de hogares. Departamentos como Chocó (10,4%; 43,2%), Vichada (9,2%; 30,7%) Vaupés (8,7%; 36,5%), se encuentran por encima del promedio nacional (DANE, 2022b).

Dos indicadores en salud son particularmente sensibles a estos procesos, la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años y la tasa de mortalidad por desnutrición en personas de 60 y más años. Sobre el particular se encuentra que la tasa por desnutrición en menores de cinco años en el período 1998-2019 muestra a nivel nacional una tendencia en descenso sostenido, pasando de 14,3 en 1998 hasta 9,2 defunciones por desnutrición en menores de cinco años por 100.000 en 2019. Sin embargo, en 1998, 2008 y 2019 es más alta en los departamentos de Vichada, Guainía, Amazonas, La Guajira, Chocó y Vaupés. En el otro extremo de la vida, se observa que la tasa de mortalidad por desnutrición en los mayores de 60 años pasó de 28,8 defunciones mayores de 60 años a 22,3 en 2019 por 100.000. Sin embargo, los resultados son superiores en los departamentos del Vaupés 158,7, Guaviare 43,2, Cesar 48, Guainía 35, Norte de Santander 36,9, Caquetá 36,1 y Bolívar 39,9. (DANE, 2022a)

En 2020, el DANE señaló que las cifras más altas de la razón total de mortalidad materna se presentaron en mujeres afiliadas al régimen subsidiado, mujeres sin educación y con pertenencia étnica. Para el DANE “Al comparar con la RTMM de las personas sin reconocimiento étnico, que fue de 87,5, se evidencia que las mujeres pertenecientes a un grupo étnico en Colombia se encuentran en un riesgo más alto de morir por causas

relacionadas a la maternidad, y esto a su vez se debe al acceso deficiente a servicios públicos y de atención en salud “ (DANE, 2021b) p. 31. Además, en 2019, el 63,8% de las defunciones maternas indígenas se concentran en cuatro departamentos: La Guajira, Cauca, Vichada y Chocó (DANE, 2022a), los cuales como se ha descrito proporcionalmente tienen mayor población étnica.

Sumado a lo anterior, se evidencia que para el 2019, indicadores como la tasa promedio de mortalidad perinatal por mil nacidos vivos es más alta en los departamentos de Chocó (27,6), La Guajira (25), Vichada (26,1), Vaupés (25,9), Amazonas 23,7 siendo dos veces mayor que el promedio nacional. Igualmente, la tasa de mortalidad en menores de cinco en los departamentos de Amazonas, Guainía, Caquetá y Chocó registran tasas que superan la tasa de mortalidad en menores de cinco años nacional.

La salud mental, emocional y espiritual de los pueblos y comunidades ha sido relacionado con los impactos del conflicto armado interno y con múltiples violencias estructurales que afecta a las poblaciones. El suicidio en poblaciones indígenas, es un evento que ha encendido alertas y aún se encuentra en comprensión (Agudelo-Hernández F et al., 2023; Piñeros-Ortiz, S et al., 2021). En departamentos con alta proporción de pueblos indígenas se encuentra entre 1998 y 2019, que en Amazonas y Vaupés se registró un aumento en las tasas de mortalidad por suicidio. En Amazonas pasó de 0 defunciones en 1998 a 16,7 defunciones por 100.000 habitantes en 2019 y en Vaupés, de 5,5 en 1998 a 21,1 defunciones por 100.000 habitantes en 2019. Se debe señalar, que el mismo periodo de tiempo la tasa de mortalidad por suicidio en Colombia pasó de 5.6 en 1998 a 5.9 defunciones por suicidio en 2019, mostrando sobremortalidad masculina por esta causa, aspecto que es contrario en población indígena donde se observa una con razones de 1,4 en 2012, 1,8 en 2015 y 1,8 en 2019 (DANE, 2022a).

Finalmente, se debe mencionar los cambios que se están dando con relación a la tasa de mortalidad por diabetes, en los departamentos de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, entre 1998 y 2019, pasando de 5,8 en 1998 a 35,2 defunciones por 100.000 habitantes en 2019, aspectos que deben ser mejor comprendidos en el pueblo raizal (DANE, 2022a).

La complejidad de las relaciones sociales y económicas que se configuran en los territorios, el largo tiempo del conflicto armado, las nuevas formas de violencia que hoy marcan la vida de las comunidades, y los fenómenos de migración, así como el impacto ambiental, en sí mismo, y sus efectos en la salud de las personas, le presentan grandes desafíos al sector salud, el cual debe desplegar acciones sectoriales, conducentes a mitigar el impacto de estos procesos sociales a través de acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación integral en salud; también le señalan una ruta de gobernanza y gobernabilidad que conduzca a la articulación de acciones inter y transectoriales, dirigidas a lograr transformaciones económicas, culturales y políticas, que logren incluir una mirada comprensiva de la salud en todas las macro- políticas, acciones

sin las cuales, los esfuerzos sectoriales no lograrán en el mediano y largo plazo impactos efectivos.

Capítulo 4. Referentes conceptuales en la implementación del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031

En la administración gubernamental, la planeación se configura como el punto de partida del proceso de la gestión pública, dado que allí se establecen las directrices estratégicas para guiar la gestión del desarrollo integral, además de ser un punto de encuentro entre lo técnico y lo político para la asignación de los recursos y la articulación de acciones, que respondan a las necesidades de las poblaciones (Departamento Nacional de Planeación, 2011).

En ese sentido, con el propósito de generar coherencia, articulación e integralidad, las políticas públicas deben estar inscritas en la planeación del orden nacional, de tal forma que el Plan Decenal de Salud Pública-PDSP 2022-2031 se constituye en la hoja de ruta construida a partir de la participación social que a través de la acción territorial, comunitaria, institucional e intersectorial de forma articulada, diferencial y sostenible busca avanzar en la garantía del derecho fundamental a la salud, reducir inequidades socio-sanitarias y mejorar el bienestar y la calidad de vida de los habitantes del territorio colombiano.

Este instrumento de planeación, de carácter nacional y local, compromete a los diferentes actores del sistema de salud, a los actores de los distintos niveles de gobierno y actores de las ramas del poder público del estado colombiano, en el marco de sus competencias, a que orienten sus acciones y esfuerzos para afrontar los desafíos en salud pública para los próximos diez años.

Los elementos que se presentan a continuación, junto con los pilares de protección social, salud ambiental, cultura para la vida y la salud e integralidad en salud; se constituyen en referentes conceptuales del PDSP 2022-2031, los cuales se encuentran interconectados, proyectando los ejes estratégicos del plan, entendidos estos últimos como los ordenadores que se implementan a través de estrategias y líneas de acción las cuales establecerán el quehacer de los distintos actores y sectores involucrados.

4.1 Estado social de derecho

Colombia se constituye como un Estado Social de Derecho, “organizado en forma de república unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general”. (Asamblea Nacional Constituyente, 1991), por tanto debe “asegurar el respeto, la garantía y la realización integral de los derechos humanos, los cuales se convierten en el fundamento y la razón última de ser del Estado”; así como prevenir o rectificar situaciones

que vayan en contravía de la concreción de esos derechos, mediante el accionar de la institucionalidad en la creación de condiciones que permitan el disfrute de estos, utilizando mecanismos óptimos que ayuden a cumplir con dicho propósito. (Defensoría del pueblo, 2013). Dentro de los principios constitucionales del Estado social de derecho se encuentran: i) Respeto por la dignidad humana; ii) Pluralismo; iii) Solidaridad; iv) Prevalencia del interés general; v) Garantía de los derechos fundamentales.

Adicionalmente, la Corte Constitucional ha emitido sentencias relacionadas con el quehacer del Estado Social de Derecho, en las que manifiesta que éste debe esforzarse en la construcción de las condiciones indispensables para asegurar que todos los habitantes del país gocen de una vida digna dentro de las posibilidades económicas que estén a su alcance. (Corte Constitucional, 1992); así como la obligación del Estado de generar acciones encaminadas a contrarrestar las desigualdades sociales existentes y ofrecer a la población las oportunidades necesarias para desarrollar sus aptitudes y para superar los apremios materiales. (Corte Constitucional, 1998). Lo anterior, tiene como fin lograr la justicia social (Pérez, 2019), la cual se fundamenta en la igualdad de oportunidades, en los derechos humanos y en la equidad, para permitir el desarrollo del máximo potencial de los individuos. (UNICEF, 2020)

4.2 Derechos Humanos

Los derechos humanos – DDHH- universales, constituyen el referente ético, político y normativo del Estado de derecho. La obligatoriedad del Estado de proteger, respetar y cumplir el marco universal de los DDHH requiere diseñar e implementar políticas públicas para promover y garantizar el goce efectivo de los derechos humanos de todas las personas, grupos y colectividades que conforman la sociedad, bajo los principios de igualdad y no discriminación, universalidad, accesibilidad e indivisibilidad; acceso a la justicia, rendición de cuentas, transparencia, transversalidad e intersectorialidad (Comisión Interamericana de Derechos Humanos -CIDH, 2018) en (Ministerio de Salud y Protección Social. Oficina de Promoción Social, 2023) . Lo anterior, implica que el Estado reconozca que las poblaciones a quienes se dirigen las políticas públicas son sujetos de derechos y agentes activos en sus procesos, por lo que se deben habilitar espacios de escucha, incidencia y participación social en salud, así como propender porque conozcan sus derechos, las rutas para acceder a ellos, y para la exigibilidad de estos. Asimismo, promover el desarrollo de capacidades ciudadanas, para el logro de un proyecto de vida personal, familiar y comunitario, donde la salud es una dimensión de la vida. En este sentido, el Estado es garante de los DDHH y la ciudadanía tiene el deber co-construir la salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017). Aquí es importante hacer énfasis en el derecho a la seguridad social, el cual hace referencia a la protección que una sociedad proporciona a los individuos y los hogares para asegurar el acceso a la asistencia médica y garantizar la seguridad del ingreso, en particular en caso de vejez, desempleo, enfermedad, invalidez, accidentes del trabajo, maternidad o pérdida del sostén de familia.

4.3 Derecho Fundamental a la Salud

La Organización Mundial de la Salud, resalta que el derecho al “grado máximo de salud que se pueda lograr” es inherente a la persona humana y exige un conjunto de criterios sociales que propicien y favorezcan la salud de todas las personas sin discriminación, con universalidad y calidad. La garantía del derecho a la salud tiene una dimensión individual y colectiva y está estrechamente relacionado con otros derechos humanos tales como la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, el acceso a la información y la participación (Organización Mundial de la Salud, 2022)

A nivel normativo la Ley 1751 de 2015, establece que el derecho fundamental a la salud “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... donde el Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas...” Y de conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado. (Congreso de la República, 2015)

Dentro de los elementos del derecho fundamental a la salud se estipulan: i) disponibilidad; ii) aceptabilidad; iii) accesibilidad; iv) calidad e idoneidad profesional; y dentro de sus principios se contemplan: i) universalidad, ii) pro homine, iii) equidad, iv) continuidad, v) oportunidad, vi) prevalencia de derechos, vii) progresividad del derecho, viii) libre elección, ix) sostenibilidad, x) solidaridad, xi) eficiencia, xii) interculturalidad, xiii) protección a los pueblos indígenas, xiv) protección a pueblos Rrom y comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras.

Para el caso de los pueblos indígenas esta ley establece dentro de sus principios en su Art 6, literal (m) la protección a los pueblos indígenas donde el Estado reconoce y garantiza el derecho fundamental a la salud integral, entendida según sus propias cosmovisiones y conceptos, que se desarrolla en el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI).

En suma, “se requiere un nuevo arreglo entre todos los actores sociales inmersos en nuestro Estado social de derecho que permita construir colectivamente un derecho humano fundamental en salud orientado desde un propósito de justicia sanitaria imparcial”. (Ortega, 2019) . Para alcanzar este propósito en particular en lo relacionado a las tecnologías en salud, es necesario sentar las bases para generar las capacidades en innovación, desarrollo y competitividad en su producción local, en especial de vacunas, hemoderivados, radiofármacos, medicamentos para enfermedades desatendidas y dispositivos médicos. Adicionalmente, se debe promover la generación de capacidades en materia de capital humano capacitado que permita implementar los servicios y tecnologías en salud antes mencionados.

4.4 Derecho a la salud de los pueblos y comunidades

En el año de 1991 se expidieron en Colombia, disposiciones jurídicas de la mayor jerarquía que expresan el reconocimiento de un país pluriétnico y multicultural y del cual se genera una serie de normas relacionadas con la identificación de los derechos colectivos de los grupos étnicos en el ámbito nacional.

Posteriormente, el Estado colombiano mediante la Ley 21 de 1991, ratificó el convenio 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, adoptado por la 76a. reunión de la Conferencia General de la OIT, Ginebra, en el año 1989. Dicho convenio establece que los gobiernos deberán asumir la responsabilidad de desarrollar, con la participación de los pueblos interesados, una acción coordinada y sistemática con miras a proteger los derechos de esos pueblos y a garantizar el respeto de su integridad. En sus artículos 24 y 25 señala de un lado que los regímenes de seguridad social deberán extenderse a estos pueblos sin ninguna discriminación, así como el deber de proporcionar servicios adecuados de salud a los pueblos étnicos, con su participación y coordinarse con otras medidas económicas, sociales y culturales (Artículo 2°).

En el año 2001, la Unesco realizó la Declaración Universal de la Diversidad Cultural, señalando que el derecho a la cultura forma parte de los derechos humanos que le asisten a las personas, como miembros de un pueblo y comunidad étnica, y como sujetos colectivos de derecho. En esa vía, reafirmó que la cultura debe ser comprendida como “el conjunto de los rasgos distintivos espirituales y materiales, intelectuales y afectivos que caracterizan a una sociedad o a un grupo social y que abarca, además de las artes y las letras, los modos de vida, la manera de vivir juntos, los sistemas de valores, las tradiciones y las creencias” (UNESCO, 2001)

En la misma Declaración, se plantea que la protección y respeto de la diversidad cultural de los pueblos indígenas y de las comunidades étnicas, es un imperativo ético, dado que el derecho a la cultura forma parte del respeto por la dignidad de la persona humana. Lo anterior constituye un escenario fundamental para la construcción de sociedades en Paz, abre caminos de encuentro, para aprehender de las posibilidades y potencialidades de autodesarrollo inherentes a las dimensiones identitarias culturales individuales y colectivas de los pueblos y comunidades, dado que históricamente han construido y protegido el conocimiento que los hace poseedores y dinamizadores de un saber cultural propio en la salud (Suarez, 2010) en (Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1035 de 2022)

Lo anterior, específicamente con pueblos indígenas, y comunidades negras, afrocolombianas, raizales, palenqueras; y el pueblo Rrom, que conservan su identidad cultural y sus cosmovisiones, que los distingue de la mayoría de la población nacional. Esta reorientación en el abordaje se sitúa sobre el principio de *pluralismo jurídico*, que acoge al derecho propio y garantiza la construcción de espacios interculturales y mecanismos de coordinación intersectorial e intercultural, para evitar lo excluyente y sus consecuencias en

los resultados en salud, bienestar, calidad de vida, o los referentes de buen vivir o vivir sabroso, que se presentarán en párrafos posteriores. En este sentido, las acciones en salud, individuales y colectivas y de atención, se dirigen a proteger y respetar la singularidad cultural de los pueblos y comunidades.

En el marco de este pluralismo jurídico la presencia de los pueblos indígenas para la garantía del derecho a la salud en el marco de un sistema propio e intercultural "no solo se ha legitimado desde una posición de defensa de su cultura y su identidad, se ha hecho también desde la necesidad de otorgarle nuevos criterios a la democracia, desde la participación comunitaria y desde la identidad" (Dávalos, 2005: 20). En tal sentido, para los pueblos indígenas se reivindica el derecho a la salud desde la garantía de un sistema que desarrolla sus diferentes enfoques y formas del cuidado de la salud propia e intercultural.

A lo anterior se suma, la necesidad de incluir aproximaciones que reconozcan la posición sociocultural de las mujeres dentro de los pueblos indígenas y las comunidades étnicas, y las intersecciones de género con otras identidades, construidas históricamente como inferiores, que determinan los resultados en la salud de las poblaciones (CEPAL, 2018). De igual modo, se requiere un abordaje de curso de vida, con especial atención de los niños, niñas y jóvenes, personas mayores y personas con discapacidad, dado que son sujetos de especial protección constitucional.

En este mismo camino, es importante señalar que los pueblos indígenas y las comunidades étnicas, y sus miembros, han sido víctimas individuales y colectivas del conflicto armado colombiano (Comisión para el Esclarecimiento de la Verdad, la Convivencia y la No Repetición, 2022) con impactos diferenciales en la vida, la salud, y la cultura propia en la salud de los pueblos y comunidades. Esto implica una mirada particular que restituya los derechos de los pueblos étnicos, y que en respuesta a la ley 1448 de 2011 y al decreto 4633 de 2011 para pueblos indígenas construya con las víctimas, como sujetos políticos está respuesta, lo anterior en el marco de lo dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social.

En el capítulo 8. Salud propia e intercultural con los pueblos y comunidades en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 se presenta el desarrollo conceptual asumido desde la visión de los distintos pueblos y comunidades, los cuales parten de fundamentos normativos y políticos conforme a sus particularidades y avances en los sistemas propios de salud.

Para el caso de los pueblos indígenas el objetivo es establecer principios, fundamentos propios y criterios estratégicos necesarios para el desarrollo de la acción territorial, comunitaria, institucional e intersectorial del Plan Decenal de Salud Pública -PDSP.

4.5 Interculturalidad en salud

Se define como principio en la Ley Estatutaria de Salud- 1751 de 2015, entendida como “el respeto por las diferencias culturales existentes en el país y en el ámbito global, así como el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que integren tales diferencias en la salud, en las condiciones de vida y en los servicios de atención integral de las enfermedades, a partir del reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud en el ámbito global”.

La interculturalidad en salud es un espacio de reconfiguración de las relaciones entre la medicina alopática y la cultura propia en salud, que permitirá sobre la base del respeto, la libre determinación de los pueblos y el gobierno propio, garantizar el goce efectivo del derecho a la salud y la pervivencia material y cultural de los pueblos étnicos y sus miembros. (Walsh, 2007). En este sentido, las medicinas y las terapias alternativas y complementarias (MTAC) representan una “propuesta filosófica y conceptual que invita a ver y a asumir la vida desde diferentes perspectivas y paradigmas, los cuales permiten identificar su naturaleza y realizar una aproximación a su forma de interpretar la realidad, concebir el mundo y atender la salud” (MSPS. Dirección de medicamentos y tecnologías en salud, 2018)

Para hacer operativo este principio, se hace necesario la comunicación y coordinación comprensiva entre los diferentes saberes y prácticas propias de los pueblos indígenas y las instituciones del SGSSS, que genera el reconocimiento, la valoración, protección y el respeto a su particularidad, en el plano de la igualdad, armonía y equilibrio y se orientan a reproducir, reforzar, recuperar, fortalecer y salvaguardar los elementos sagrados de los sistemas de salud de los pueblos indígenas esto implica la adecuación cultural de acciones que deben ser conceptualizadas, organizadas, implementadas y adecuadas a la cultura indígena, tomando como referentes los valores de la cosmovisión propia, para respetar su forma de vida.

La práctica de la interculturalidad permite establecer, como elementos estratégicos de la gestión integral territorial en salud pública con cada grupo étnico cultural los Marcos Estratégicos Interculturales, fundamentados en los principios propios de cada pueblo y comunidad, para la construcción de acciones en salud interculturales articulados a los planes de salud territoriales; tiene como componentes mínimos: la adecuación institucional en enfoque con pueblos y comunidades, el fortalecimiento de las culturas propias de salud de los pueblos y comunidades, indígenas, negras, afrocolombianas, raizales, palenqueras y Rrom y los mecanismos de interacción entre las culturas propias de salud y la visión de salud alopática.

Para estos tres componentes se debe tener en cuenta los siguientes elementos:

- Desarrollo de capacidades para la participación social y la acción colectiva

- Fortalecimiento de los escenarios propios y gobernabilidad autónoma en salud de los pueblos indígenas y comunidades étnicas, mecanismos y recursos para participación social en salud
- Respeto por la autonomía y diversidad de las organizaciones sociales y comunitarias para la toma de decisiones y la acción colectiva en salud
- Promoción de la participación social y comunitaria 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.

Es importante resaltar que el concepto interculturalidad tiene diversas acepciones, así, por ejemplo, para los pueblos indígenas el concepto trasciende los servicios de atención integral de las enfermedades, y se enfoca en el reconocimiento de los saberes, prácticas ancestrales, tradicionales, y complementarios para la recuperación de la salud, incorporando elementos conceptuales propios desde la APS. Esta intersección de lo propio e intercultural propone un espacio común para lograr resultados en salud en el territorio (Subcomisión Nacional de Salud, 2019).

4.6 Determinantes Sociales de la Salud – DSS

La relación de los procesos sociales y su impacto en la salud de las poblaciones ha sido documentada por diferentes autores a través del siglo XX y XXI (Laurel, 1994) señalando que procesos como la pobreza material, la posición socioeconómica de las poblaciones (Sigerist J, 2006) y procesos como la discriminación de género, racial y étnica reproducen peores resultados en la salud de las poblaciones (Krieger, 2011). Estas interacciones han sido conocidas en el campo de la salud pública como el estudio de los determinantes sociales de la salud.

Ahora bien, como se señaló en el análisis de situación de salud y en armonía con el marco conceptual expuesto en la resolución 1035 de 2022, se han identificado como determinantes estructurales, cuatro núcleos de injusticia social que se relacionan con la producción de inequidades sociosanitarias: injusticias económicas, conflicto armado interno; injusticias ambientales y cambio climático y discriminación de pueblos y comunidades. Adicionalmente es importante precisar que, para el caso de los pueblos indígenas, un quinto determinante es la ubicación territorial. Estos núcleos impactan las condiciones de vida y la salud de las poblaciones de manera sistemática y con patrones de distribución territorial, que son moderados por clase social, género y pertenencia étnica.

De igual manera, la Ley Estatutaria de Salud, establece que el Estado debe generar políticas dirigidas a la reducción de desigualdades con el fin de incidir en el goce efectivo del derecho a la salud y por ende en los resultados en salud³¹, estableciendo como determinantes intermedios los factores sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, territoriales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos.

Determinantes (en términos culturales): A pesar de no existir una definición concreta sobre determinantes culturales, en el ejercicio para aproximarnos en la construcción de este, es conveniente primeramente definir el concepto de cultura, la cual, es entendida como conjunto de valores, costumbres, creencia y prácticas que constituyen la forma de vida de un grupo específico (2). Luego entonces, la cultura como determinante son todas las formas y expresiones que caracterizan una población y determinan su estado de salud, tales como, etnicidad, el nivel educativo, género, religión, lengua, cosmovisión, arquetipos, creencias, costumbres y valores (González Fernández & Genes Martínez, 2017).

Desde los pueblos indígenas las estrategias de atención primaria en salud deben atender los principios de: territorio, autonomía, identidad, cultura y gobernabilidad que permite salvaguardar y revitalizar sus sistemas de conocimiento tradicional en salud.

4.7 Atención primaria en salud

Según la Ley 1438 de 2011 la Atención Primaria en Salud es una “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... se encuentra constituida de manera integrada e interdependiente por la acción transectorial, la participación social, comunitaria y ciudadana y las redes integrales e integradas de servicios de salud”. (Congreso de la República de Colombia, 2011)

Dentro de sus características se encuentran: i) la identificación, con participación comunitaria, de las condiciones sociales que inciden en la calidad de vida y en la salud, así como de las inequidades existentes entre grupos de población según su ubicación territorial; ii) la formulación con participación comunitaria, de políticas y planes transectoriales orientados hacia la disminución de inequidades y el mejoramiento de la calidad de vida y

³¹ Define los determinantes como aquellos factores que determinan la aparición de la enfermedad, tales como los sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos, los cuales serán financiados con recursos diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud. (Congreso de la República, 2015)

de la salud en territorios específicos, con énfasis en alimentación sana y suficiente, vivienda digna y saludable, agua potable, saneamiento, salud ambiental, espacio público, salud ocupacional y control de violencia interpersonal, de género e intrafamiliar; iii) la provisión integral e integrada con financiación del sistema de salud de los servicios de salud individuales y colectivos, incluidas las tecnologías en salud; iv) la atención domiciliaria en salud a través de equipos de salud territorial con el propósito de eliminar barreras de acceso a los servicios de salud; v) el fortalecimiento de la referencia y contrarreferencia y seguimiento de las personas asegurando así la continuidad de la atención y coordinando la adecuada derivación a los equipos de salud territorial.

4.8 Enfoque territorial

El territorio produce social y biológicamente la vida (Borde & Torre, 2017), lo cual es inescindible de la salud; en ese sentido el territorio no sólo es el recipiente que contiene recursos naturales y población y en donde ocurre el proceso social salud enfermedad, sino que está constituido por las relaciones históricas, sociales, culturales, económicas, políticas y ambientales. Estos reconocimientos hacen parte del saber de colectivos y comunidades, de modo que en términos de Salud Pública se requiere: i) articular los distintos campos de conocimiento para entender la complejidad territorial; ii) incorporar el saber y prácticas de colectivos sociales y comunidades, que actúan para proteger y potenciar la vida y la salud (Borde & Torre, 2017); iii) convocar y actuar de modo intersectorial y transectorial para superar las inequidades sanitarias que se diagnostican a través de los Determinantes Sociales de la Salud. Esta secuencia de argumentación es la que permite entender e incorporar la triada territorio-territorialización-territorialidad, en donde “no existe territorio que no haya sido constituido por procesos de territorialización, entendida como la apropiación social de la tierra y por la conformación de territorialidades, esto es, como formas de ser, estar, sentir y vivir el territorio” (Borde E. , 2022)

Según la Resolución 1035 de 2022, se establece que el enfoque territorial “busca transitar de la formulación de políticas que privilegian una visión fraccionada de la realidad, a políticas que se centran en el lugar y privilegian la multidimensionalidad (económica, social, política, ambiental y cultural) del espacio”. De otro lado, el Acuerdo Final de Paz suscrito en 2016 con las FARC-EP (Pág. 4), el enfoque territorial supone reconocer y tener en cuenta las necesidades, características y particularidades económicas, culturales y sociales de los territorios y las comunidades, garantizando la sostenibilidad socioambiental; y procurar implementar las diferentes medidas de manera integral y coordinada, con la participación de la ciudadanía”.

Así mismo, en el marco de la diversidad étnica se debe tener en cuenta que el enfoque territorial va más allá de una visión meramente geográfica el cual traspasa fronteras, por lo que implica que se tenga en cuenta la cosmovisión del pueblo que habita el territorio y, en

el caso de los pueblos y comunidades indígenas, el territorio como parte integrante del mismo. (Ministerio de Salud y Protección Social. Oficina de Promoción Social, 2023)

4.9 Enfoque de Pueblos indígenas y comunidades étnicas

El enfoque con pueblos y comunidades se aplica a las comunidades indígenas, negras, afrocolombianas, raizales, palenqueras y Rrom, que conservan su identidad cultural y sus cosmovisiones, que los distingue de la mayoría de la población nacional.

Es una perspectiva que resalta, dignifica, respeta y valora la ancestralidad y la tradición de los pueblos indígenas y de las comunidades étnicas. Se fundamenta en las cosmovisiones, sistemas de conocimiento, usos, prácticas culturales, costumbres y los principios de autonomía, identidad cultural, territorio y gobernabilidad. El enfoque comprende las dinámicas de vida de los territorios, los pueblos indígenas y las comunidades étnicas para una construcción de relacionamiento desde la diferencia entre las culturas y la institucionalidad.

4.10 Enfoque de Igualdad de Género

Es una perspectiva de análisis y una herramienta para la acción que permite visibilizar las desigualdades, discriminaciones y violencias basadas en el sexo, la identidad de género y la orientación sexual de las personas, así como las diferencias en el ejercicio del poder y los roles entre mujeres y hombres en la vida familiar, la sociedad, en el trabajo, la política y demás ámbitos de interacción humana. (PDSP 2022-2031). En consecuencia, el enfoque de género establece consideraciones específicas en materia de inequidad, para el acceso a la salud, la participación, la garantía y las oportunidades en salud a razón de la construcción social del sexo, el género y la orientación sexual en una sociedad, las cuales establecen diferenciales que deben ser protegidos, buscando una igualdad material y simbólica que supere todas las formas de violencia, discriminación, segregación y cualquier manifestación de desigualdad para la atención sanitaria por parte del Estado. (Ministerio de Salud y Protección Social. Oficina de Promoción Social, 2023)

4.11. Enfoque diferencial

Es una forma de análisis y actuación que parte del reconocimiento de la diferencia para la formulación de políticas públicas orientadas a superar prácticas de exclusión y discriminación. Este enfoque permite identificar la vulneración de derechos que sufren las personas y/o colectivos humanos en razón de sus posiciones, situaciones o condiciones particulares.

En el campo de la Salud el enfoque diferencial, además de la protección de los sujetos colectivos de derechos, se implementará en la intervención y respuesta del sector salud frente a condiciones y situaciones generadoras de vulneraciones y dinámicas de vulnerabilidad que estructuran discriminación, segregación y exclusión en individuos y colectivos. Esto implica necesariamente el reconocimiento de la diversidad derivada de múltiples condiciones humanas y situaciones vitales como un componente imprescindible de la materialización del derecho a la salud, que reconoce la existencia de diferentes estructuras sociales, campesinas, multiétnicas y pluriculturales.

Así mismo, se reconoce la existencia de personas, grupos de personas que presentan situaciones, condiciones y características particulares y con necesidades de protección diferenciales, en virtud de la edad, sexo, orientación sexual, identidad de género, discapacidad, identidad cultural, habitanza en calle, migración, violencias y/o conflicto armado, entre otras.

Adicionalmente, el enfoque diferencial involucra a su vez el concepto de Acciones Afirmativas, el cual hace referencia a aquellas medidas diferenciadas y ajustes razonables que se deben realizar para la garantía del derecho a la salud, bajo los principios de igualdad y no discriminación. (Ministerio de Salud y Protección Social. Oficina de Promoción Social, 2023)

4.12. Enfoque de curso de vida

El enfoque de curso de vida se entiende como “el conjunto de trayectorias que tiene un individuo y su familia de acuerdo con los roles que desarrolla a lo largo de la vida, las cuales están marcadas por transiciones y momentos significativos. Está influenciado por las condiciones biológicas, psicológicas, sociales en los entornos que se desenvuelve el individuo a lo largo de la vida, por las expectativas sociales referentes a la edad por condiciones históricas y culturales específicas, así como por acontecimientos individuales únicos”. (Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 295 de 2023) . Los momentos de curso de vida son: Primera Infancia, Infancia, Adolescencia, Juventud, Adulthood (27- 59 años) y vejez.

4.13. Enfoque de salud familiar y comunitaria

De acuerdo con el anexo técnico de la Resolución 429 de 2016 (Política de Atención Integral en Salud) “es el conjunto de herramientas conceptuales y metodológicas que orienta, a través de procesos transdisciplinarios, el cuidado integral de la salud de la población de acuerdo con sus potencialidades, situación social y sanitaria, y el contexto territorial. Ubica las acciones del modelo de salud de acuerdo con la situación, curso de vida y entornos donde vive y se recrea la población”.

El enfoque de salud familiar y comunitaria reconoce a la familia y la comunidad como sujetos de atención en salud, entiende que la atención de salud debe ser un proceso continuo que se centra en el cuidado de las familias, se preocupa de la salud de las personas antes que aparezca la enfermedad, les entrega herramientas para el autocuidado, la gestión y la promoción. Su énfasis está en promover estilos de vida saludables, en fomentar la acción multisectorial y en fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria para mejorar las condiciones de salud. En caso de enfermar, se preocupa porque las personas sean atendidas en las etapas tempranas de la enfermedad, para controlar su avance y evitar su progresión a fases de mayor daño y de tratamientos más complejos”. (Ministerio de Salud y Protección Social. Oficina de Promoción Social, 2023).

4.14. Enfoque psicosocial

Elemento transversal que guía el actuar y posicionamiento de los equipos del talento humano, en tanto reconoce la importancia que todas las acciones que se realicen en el marco de la atención deben garantizar la recuperación y/o fortalecimiento de la dignidad de las víctimas, familias, comunidades y grupos étnicos. Este enfoque en la atención posibilita una mirada integral y compleja del ser humano, busca dar respuesta a los daños psicosociales que se manifiestan en lo relacional, trascendental, físico, emocional, comportamental y simbólico-cognitivo. La atención con enfoque psicosocial busca la recuperación y/o mitigación de los daños psicosociales desde el reconocimiento de las posibilidades de bienestar, cambio y transformación que tienen por sí mismas las víctimas del conflicto armado (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017a)

Para el caso de los pueblos indígenas se abordará de acuerdo con los lineamientos para el cuidado de las armonías espirituales y de pensamiento de los pueblos y comunidades indígenas, por ende, corresponde a las autoridades indígenas, los líderes locales y la población indígena en general, definir y planear según sus usos y costumbres, el ejercicio de los rituales y ceremonias acorde a su cosmovisión, los cuales favorecen un entorno propicio para la salud mental (equilibrio y armonía). Para ello se requiere un talento humano en salud que garantice la atención integral, que reconozca, valore y respete las particularidades y tradiciones de los pueblos indígenas, y que tenga las competencias para armonizar y establecer un diálogo permanente entre los saberes y prácticas que reflejen la realidad de las diversas culturas, de las tradiciones de los pueblos indígenas y las prácticas convencionales.

4.15. Enfoque de acción sin daño

Este enfoque implica la lectura del contexto a partir de la reflexión sobre los mensajes éticos implícitos y la transferencia de recursos producto de la acción institucional. Desde el campo de la salud, propone que, en el momento de plantear las acciones y evaluar sus

consecuencias, se incluya un análisis ético de las acciones desde el punto de vista de los valores y principios mínimos —o ética de mínimos— como acuerdos y valores deseables de convivencia humana en condiciones de pluralidad y multiculturalidad, fundamentados en las nociones de dignidad, autonomía y libertad, especialmente en el ámbito de las decisiones que impactan la salud. (Ministerio de Salud y Protección Social. Oficina de Promoción Social, 2023)

Particularmente en el contexto del conflicto armado, es el abordaje que parte de la proposición de que ninguna intervención externa, llevada a cabo por diferentes actores humanitarios o de desarrollo, está exenta de hacer daño (no intencionado) a través de sus acciones. Su incorporación, conlleva a la reflexión por parte de los y las profesionales, sobre aspectos como los conflictos emergentes durante el desarrollo de sus acciones sobre las víctimas del conflicto armado, los mensajes éticos incluidos, las interacciones de poder y el empoderamiento de los participantes (Comisión de la Verdad, 2022b). La propuesta de «No hacer daño», podría verse también como un instrumento para desarrollar alternativas de manera que las acciones de cualquier organización / institución en lugar de aumentar las tensiones, contribuyeran a generar condiciones de paz. (Fundación para la cooperación Synergia, Universidad Nacional de Colombia, COSUDE, GIZ, PNUD, 2011)

Para garantizar la acción sin daño para los pueblos indígenas en la planeación en salud pública se debe tener conocimiento sobre el territorio, sus usos, costumbres tradiciones, saberes y prácticas propias de acuerdo al plan de vida de cada pueblo con el propósito de que las acciones en salud que se planteen surjan del dialogo, de la concertación para la construcción de acciones en salud interculturales, para el cambio positivo de los resultados en salud de estas comunidades.

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

El Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 ha configurado un marco estratégico que busca trascender de la perspectiva de eventos de salud-enfermedad hacia la visión de la salud como un derecho fundamental en los diferentes contextos en los que se desenvuelven las personas, sus familias, las comunidades y los territorios. Por consiguiente, se transita de dimensiones prioritarias y transversales desarrolladas por el Plan anterior al establecimiento de ejes estratégicos, asumidos estos como los ordenadores del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, para abordar las inequidades sociosanitarias que son producto de la intersección de diferentes determinantes sociales de la salud y que en este documento se han caracterizado como núcleos de injusticia social, los cuales fueron identificados como: injusticias socioeconómicas; conflicto sociopolítico; conflicto armado interno, narcotráfico y migración forzada; injusticias ambientales, cambio climático, discriminación y/o exclusión de poblaciones que pertenecen a pueblos y comunidades.

El plan decenal formula seis premisas que ubican la vida como valor supremo que orienta el desarrollo de los ejes estratégicos los cuales son:

- Gobernabilidad y gobernanza de la salud pública
- Pueblos y comunidades étnicas, población campesina, genero-diversidades, condiciones y situaciones
- Determinantes Sociales de la Salud;
- Atención Primaria en Salud;
- Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias;
- Conocimiento en salud pública y Soberanía Sanitaria;
- Personal de salud

5.1 Fines de la salud pública para el próximo decenio

- Garantizar del derecho fundamental a la salud mediante la acción intersectorial y de la sociedad en su conjunto para la generación de impactos positivos en los determinantes sociales de la salud.
- Mejorar las condiciones de vida, bienestar y calidad de vida de las personas, familias y comunidades que habitan en el territorio colombiano mediante la reducción de desigualdades sociales en salud entre grupos socialmente constituidos.
- 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.
- Garantizar el goce efectivo de un ambiente sano y a-la mejora de la salud ambiental mediante la acción intersectorial para la protección de los ecosistemas y la generación de territorios, entornos y comunidades saludables, resilientes y sostenibles.

- Implementar el abordaje del sistema propio de salud de los pueblos reconociendo las dinámicas del territorio y las condiciones socioculturales que contribuyan a la toma de decisiones en salud.
- Establecer acciones de coordinación entre el Plan Decenal de la Salud Pública y el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural - SISPI que contribuya a la materialización del derecho fundamental a la salud de los pueblos indígenas.

5.2 Principios del PDSP 2022-2031

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

Dignidad

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

Progresividad

Implica el incremento gradual de los derechos en salud para lograr su pleno cumplimiento evitando retrocesos sobre lo ya logrado. Representa la ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías en salud, la mejora en su prestación, la ampliación de la capacidad instalada del sistema de salud y el mejoramiento del talento humano, así como la reducción gradual y continua de barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas y tecnológicas que impidan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

Equidad

Es la ausencia de diferencias injustas y evitables entre grupos social, económica, demográfica o geográficamente constituidos. Implica que cada persona puede alcanzar su máximo potencial de desarrollo y que ninguna persona debería estar en desventaja de alcanzarlo debido a su posición social, raza o etnia o a otros factores socialmente determinados. Para ello, es necesaria la adopción de políticas públicas dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud y la superación de desigualdades en salud en personas de escasos recursos, de los grupos en vulnerabilidad por situación, condición, pertenencia étnica, identidad y de los sujetos de especial protección.

Justicia Social y Distributiva

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

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. Sin desconocer el derecho fundamental de la diversidad cultural y autonomía de los pueblos indígenas como sujetos colectivos de derecho de acuerdo con la CP (art 7) donde el Estado reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la Nación colombiana.

Inclusión

Implica la integración de todas las personas al conjunto de la sociedad para que puedan alcanzar el máximo de sus capacidades y potencialidades en salud, especialmente la de aquellos sujetos individuales y colectivos que por su situación, condición, pertenencia étnica o identidad son discriminados o sus derechos han sido vulnerados, o se encuentran en riesgo de ambas situaciones, para los que el Estado tiene la obligación de reconocer y responder con medidas que apunten a la equidad.

Interculturalidad

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

Transparencia

Implica que los componentes del Plan Decenal de Salud Pública y su implementación sean más comprensibles y susceptibles de verificación y control social para todos los actores involucrados directa o indirectamente. Asimismo, el acceso a la información sectorial e intersectorial derivada del Plan y el desarrollo de procesos que garanticen la participación social que permita reforzar el carácter democrático del Plan y la confianza de la ciudadanía.

Integralidad

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

Protección a los pueblos indígenas

Para los pueblos indígenas el Estado reconoce y garantiza el derecho fundamental a la salud integral, entendida según sus propias cosmovisiones y conceptos, que se desarrolla en el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI).

5.3 Objetivo general

Avanzar 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 el reconocimiento de sus necesidades y particularidades contextuales, culturales y sociales, la gestión y operación de los determinantes sociales de la salud a partir de la acción territorial, institucional, intersectorial, interseccional, y social de forma articulada, diferencial y sostenible.

5.4 Ejes estratégicos

Los ejes estratégicos son los ordenadores del Plan Decenal de Salud Pública que permiten la incorporación y el desarrollo de los diferentes enfoques, y establecen su operación a través de las estrategias para el cumplimiento de las metas definidas. A continuación, se describen los siete ejes establecidos para el PDSP 2022-2031.

Eje 1. Gobernabilidad y gobernanza de la salud pública

El accionar del gobierno está enmarcado en el Estado social de derecho, estableciendo alianzas, articulaciones, diálogos y mediaciones con los actores sociales, políticos, económicos e institucionales; en éste sentido, debe tener la capacidad para formular e implementar políticas públicas que garanticen los derechos individuales y colectivos, aseguren la estabilidad social, política y económica, establezcan acciones gubernamentales efectivas, faciliten los acuerdos sociales y la participación en los asuntos públicos, además debe proteger los recursos naturales, los activos sociales y la dignidad humana para un desarrollo sostenible. (Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1035 de 2022). De esta manera, permite el correcto funcionamiento del aparato estatal y las políticas que pretende implementar a través de la interrelación para la gestión de la salud pública técnica, administrativa, política y cultural.

Objetivo específico

Desarrollar capacidades y liderazgo para la cogestión, y-coadministración y cogobierno en un diálogo armónico con las formas organizativas de los pueblos y comunidades, organizaciones ciudadanas, sociales y comunitarias, a través del liderazgo y la generación de alianzas, acciones conjuntas, articuladas e integradas para el logro de resultados en salud, según la naturaleza de los problemas y las circunstancias sociales del territorio.

La gobernanza para alcanzar redes integradas de servicios de salud, con un modelo de atención centrado en las personas y las comunidades, requiere de cambios en la regulación de diferentes relaciones o procesos (Organización Panamericana de la Salud - OPS, s.f.). Para el ejercicio de una gobernanza se requiere fortalecer la gobernabilidad y autonomía en salud de los pueblos y comunidades a partir de las estructuras propias que guían los

sistemas propios en salud y se constituyen en las instancias para las diferentes formas de participación y toma de decisiones colectivas.

Resultados esperados	Estrategias
<p>Capacidades territoriales y sectoriales fortalecidas para la gobernanza en salud pública</p>	<p>Generación de capacidades en las instituciones y actores del SGSSS para llevar a cabo la Planeación Integral para la Salud y la gestión técnica, administrativa y financiera acorde con el contexto territorial identificado.</p>
	<p>Promoción de capacidades y mecanismos para la acción intersectorial, en las diferentes instancias intersectoriales del orden nacional y territorial, dirigidas a impactar de manera positiva los determinantes sociales de la salud</p>
	<p>Establecimiento de un mecanismo de participación de la gobernanza propia en salud de los pueblos y comunidades.</p>
	<p>Implementación de estrategias de socialización y abogacía para incidir técnica y políticamente en la agenda de otros sectores, a fin de generar una acción intersectorial que aborde los temas transversales u objetivos comunes identificados</p>
	<p>Establecimiento de mecanismos de coordinación y articulación de la entidad territorial con las estructuras propias de los pueblos y comunidades indígenas.</p>
	<p>Fortalecimiento de capacidades para el diseño e implementación de estrategias para la incorporación del enfoque diferencial, de género y diversidad, curso de vida, salud familiar y comunitaria, psicosocial, y para pueblos y comunidades étnicas</p>
	<p>Posicionamiento del sistema único de información en salud parametrizado y estandarizado acorde con la normatividad vigente, que tenga la capacidad de articular los sistemas propios de información en salud de los pueblos y comunidades existentes.</p>
	<p>Generación y adecuación de estrategias que promuevan capacidades institucionales en la gestión de la salud de la población de la economía popular y comunitaria en el territorio</p>
	<p>Conformación y fortalecimiento de las instancias organizativas para la participación de la población de economía popular y comunitaria, pueblos indígenas y otros grupos de protección especial</p>

	<p>Fortalecimiento de capacidades a nivel nacional y territorial para la vigilancia epidemiológica y sanitaria, incluyendo el fortalecimiento de los laboratorios de salud pública, y reconociendo los avances y logros de los pueblos y comunidades.</p>
<p>Regulación normativa armonizada y fortalecida</p>	<p>Alineación y simplificación del ordenamiento jurídico en materia de salud pública de cada entidad territorial de acuerdo con cada categoría administrativa y fiscal en el marco de las competencias fijadas por la ley</p>
	<p>Desarrollo de procesos de armonización de regulaciones gubernamentales del nivel nacional, departamental y municipal</p>
	<p>Socialización consulta y concertación con los pueblos indígenas los mecanismos para la expedición de la normativa desde los diferentes sectores de acuerdo con el contexto territorial, teniendo en cuenta la gobernanza propia, la dinámica y la particularidad de cada pueblo indígena.</p>
	<p>Desarrollo de procesos de armonización entre normas, lineamientos e instrumentos técnicos del Sistema indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI) con el Plan Decenal de Salud Pública – PDSP 2022-2031.</p>
<p>Participación y control social en salud fortalecidos</p>	<p>Adopción de los instrumentos técnicos y normativos que permitan incorporar las acciones y estrategias de salud pública para los pueblos y comunidades indígenas en el marco de los desarrollos del SISPI</p>
	<p>Desarrollo de estrategias para la organización y acompañamiento de la participación ciudadana dirigida a la identificación de problemáticas, análisis, comprensión y definición de decisiones que impacten de manera positiva la salud</p>
	<p>Acompañamiento técnico a los actores del SGSSS del territorio para promover la participación social en salud, incluido el proceso de adecuación al contexto socio cultural de los grupos étnicos y diferenciales acordes con el marco normativo</p>
	<p>Generación y fortalecimiento de espacios para la participación de personas y colectivos diferenciales, de género y diversidad y para pueblos y comunidades étnicos acordes con sus procesos políticos y organizativos</p>
<p>Conformación y fortalecimiento de las instancias organizativas para la participación de la población de economía popular y</p>	

	comunitaria, pueblos indígenas y otros grupos de protección especial.
	Posicionamiento de los procesos participativos de rendición de cuentas incluyendo la evaluación de la adecuación sociocultural de planes, programas y estrategias desarrolladas en el marco del Plan Territorial de Salud.

Consideraciones para la implementación en el territorio

Responsabilidades de los departamentos, distritos y municipios. En el marco de las competencias establecidas por las Ley 715 de 2001, las entidades territoriales garantizarán los recursos dirigidos a fortalecer la gobernabilidad del ente territorial y a consolidar las redes con actores trans e intersectoriales en pro de la salud de las poblaciones, lo cual implica:

- Apropie la política de participación social (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017) acorde con las necesidades y contexto socio cultural del territorio, promueva la conformación y fortalecimiento de instancias organizativas de participación de trabajadores pertenecientes a economía popular y comunitaria y otros grupos de especial protección constitucional en el territorio.
- Establezca los mecanismos pertinentes para dar a conocer a la ciudadanía, el avance de las acciones intersectoriales y transectoriales dirigidas a transformar de manera positiva los determinantes sociales de la salud y los resultados asociados en la disminución de brechas sanitarias.
- Establezca el mejoramiento continuo del sistema de vigilancia en salud pública, que incluye la vigilancia comunitaria, vigilancia sanitaria de los factores de riesgo del ambiente que afectan la salud, para su desarrollo y modernización e identifique mecanismos para el fortalecimiento de los laboratorios de salud pública.
- Tenga en cuenta la normatividad vigente en materia del Sistema General de Riesgos Laborales, en especial la Ley 1562 de 2012 o la norma que la modifique o sustituya respecto de los afiliados obligatorios y voluntarios al sistema.
- Con el fin de conocer la información estadística aproximada respecto de los trabajadores pertenecientes a la Economía Popular y Comunitaria – EPC, revise de manera periódica los datos del territorio sobre las personas ocupadas³² Vs los trabajadores afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales³³.
- Implemente acciones que fortalezcan capacidades en los funcionarios del sector salud en el ejercicio del derecho a la participación.
- Los procesos de gestión de la salud pública que aportan a la implementación de este eje son, la gestión administrativa y financiera, el desarrollo de capacidades, la participación social, la planeación integral en salud, la vigilancia en salud pública y

³² Información Personas Ocupadas Departamento Nacional de Estadística - DANE

³³ Subdirección de Riesgos Laborales -

la inspección, vigilancia y control, definidos en la resolución 518 de 2015 y la resolución 295 de 2023, o las normas que las modifiquen o sustituyan

- Fomente los procesos de rendición de cuentas y control social respecto a la ejecución de recursos de salud en el territorio.
- Coordinar e implementar las medidas en territorio para la salud de los pueblos indígenas en el marco de lo contemplado en la ley estatutaria 1751 de 2015, el Decreto 1953 de 2014 y la Circular 011 del 2018.
- El Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural SISPI adoptará el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 con el capítulo para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia.
- Las entidades territoriales dónde hay presencia de pueblos y comunidades indígenas deben reconocer los Planes de Vida como orientador de la política pública en los procesos de gestión y planeación.

Eje 2. Pueblos y comunidades étnicas, población campesina, genero-diversidades, condiciones y situaciones

Este eje estratégico describe las estrategias para los pueblos y comunidades étnicas, las víctimas del conflicto armado, la población en situación de calle, población con discapacidad, población campesina, mujeres víctimas de violencia de género, población LGBTIQ+ y población migrante, que se desarrollarán en la planeación territorial en salud a partir del diálogo intercultural, el reconocimiento de la diversidad cultural-social y los derechos humanos, como conceptos centrales para el desarrollo de la Gestión de la Salud Pública, que tiene implícito un sentido de educación y pedagogía de la salud pública, el ‘aprender a vivir juntos’. También, sitúa la práctica del enfoque diferencial como parte de la construcción del tejido de la vida social cotidiana de la gestión de la salud pública territorial, y declara principios orientadores de este quehacer.

Objetivo específico

Contar con elementos para la acción que le permita aproximarse a las condiciones de vida y salud de las diferentes poblaciones de acuerdo con sus particularidades y necesidades, mediante el respeto a la integridad y la participación social, y como garante en la construcción conjunta de intervenciones desde el dialogo horizontal y respetuoso de sus saberes, prácticas y creencias.

Resultados esperados	Estrategias
<p>Capacidades institucionales, organizativas y ciudadanas generadas y organizadas para la participación, planeación e</p>	<p>Garantía de los mecanismos para el desarrollo de las capacidades técnicas, políticas y administrativas junto con las estructuras de las diferentes formas y expresiones organizativas de los pueblos y comunidades en la planeación y participación como ejercicio del derecho a la salud.</p>

<p>implementación de acciones en salud</p>	<p>Fortalecimiento de capacidades de las organizaciones y colectivos en la planeación y participación como ejercicio del derecho a la salud</p> <p>Desarrollo de acciones que promuevan la transversalización de los enfoques para la implementación de políticas públicas, planes, programas y proyectos en salud teniendo en cuenta los avances y logros de las comunidades étnicas.</p> <p>Fortalecimiento de capacidades del talento humano para que las acciones de prevención, atención e intervención en salud se desarrollen con enfoques diferenciales, de género y diversidad y para pueblos y comunidades étnicas considerando además el determinante social relacionado con la ocupación.</p> <p>Identificación, reconocimiento, fortalecimiento, promoción y garantía de la participación e incidencia de personas y colectivos en los procesos de planeación, implementación, seguimiento y evaluación de políticas públicas, planes, programas, proyectos e intervenciones en salud considerando además el determinante social relacionado con la ocupación</p>
<p>Articulación intersectorial para la gestión de la salud pública en el enfoque de pueblos y comunidades, género y diferencial en salud.</p>	<p>Fortalecimiento y gestión de espacios e instancias para la formulación, implementación, monitoreo y evaluación de planes, programas y proyectos en salud.</p> <p>Gestión de los determinantes sociales y ambientales de la salud mediante el reconocimiento de las condiciones de vida y salud.</p> <p>Implementación de un sistema con—capacidad de respuesta, comprensión de problemáticas y planteamiento de soluciones en torno a la atención e intervención en salud mediante acciones intersectoriales.</p> <p>Implementar acciones dirigidas a mejorar la relación salud-ambiente-territorio para promover acciones dirigidas a mejorar las condiciones de vida.</p>
<p>Atención integradora e interseccional en salud fortalecida</p>	<p>Reconocer contextos de discriminación y violencia que afectan a las personas y colectivos en los diferentes entornos para diseñar e implementar acciones de atención integral en salud.</p> <p>Adecuación, adaptación y realización de ajustes razonables para la atención en salud de las personas y colectivos.</p> <p>Identificación, disminución y superación de barreras de acceso a la atención integral en salud de personas y colectivos.</p>

	Caracterización de actores comunitarios, estructuras organizativas, y recursos humanos propios entre otros, para la organización y adecuación de los protocolos propios interculturales en el marco de la atención integral
Prácticas, saberes y conocimientos para la salud pública de las personas y colectivos reconocidos y fortalecidos	Reconocimiento y legitimación de los espacios e instancias de diálogo y concertación para para la construcción colectiva de sistemas propios, a través de saberes, prácticas y conocimientos de y con las personas y colectivos.
	Garantizar los mecanismos para salvaguardar el conocimiento relacionado con las formas, experiencias, prácticas y acciones en salud de las personas y colectivos, con el fin de fortalecer la transmisión intergeneracional.
	Fortalecimiento de la toma de decisiones que conlleven a la prevención de contingencias derivadas de las ocupaciones, considerando los saberes, creencias y prácticas de las personas y los colectivos.
	Reconocer los riesgos ocupacionales desde las prácticas costumbres y conocimiento propios para incidir en decisiones políticas y técnicas y disminuir el riesgo ocupacional en las personas y colectivos

ACCIONES AFIRMATIVAS	
	Fortalecer la capacidad de la comunidad para la promoción de los servicios sociales y sanitarios disponibles para la población habitante de calle con el fin de reducir su vulnerabilidad social y en salud.
	Empoderar a la persona habitante de la calle para mejorar e incrementar su acceso a los servicios de atención sociosanitarios para mejorar y garantizar su bienestar.
	Promocionar el involucramiento de la comunidad y las redes de pares en la resolución y trámite adecuado de situaciones conflictivas, en la prevención de las violencias, en el reporte oportuno de situaciones que afectan el bienestar físico y mental de personas y colectivos en riesgo de calle, así como en su orientación hacia rutas y servicios sociales y de salud.
	Incluir acciones para la prevención de la habitanza en calle, y la atención e inclusión social de la población en situación de calle en los planes, programas, proyectos y estrategias existentes en los territorios como los Planes de Desarrollo y los Planes sectoriales y el Plan de Intervenciones Colectivas – PIC.
	Fortalecer el conocimiento sobre cómo se previene el riesgo de la habitanza en calle en los equipos de salud, especialmente los de Atención Primaria, y los que desarrollan los PIC, y también en los agentes comunitarios formados como facilitadores de la estrategia Rehabilitación Basada en Comunidad-RBC.

POBLACION EN SITUACION DE CALLE	Consolidar un directorio nacional y territorial y sistema de registro institucional con la oferta pública y privada para la atención de las personas en situación de calle en concordancia con los determinantes en salud (vivienda, educación, trabajo, entre otros), y divulgación con las instituciones y comunidades para el apoyo de la prevención de la habitanza en calle y la orientación para el acceso a bienes y servicios
	Identificar los factores protectores para la salud de la población en situación de calle, y socialización de éstos en las instancias de coordinación interinstitucional para las políticas sociales y de salud, en los servicios sociales, socio sanitarios y de salud, y entre sus redes de apoyo, desde un enfoque de reducción de riesgos y daños, para atender la particularidad de la forma en que viven las personas en situación de calle.
	Coordinar con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS para que cuando identifiquen personas en situación de calle, siendo atendidas en sus servicios sin estar aseguradas, se adelante el trámite de afiliación con la oportunidad que demanda su estilo de vida para avanzar en la cobertura universal.
	Ofertar servicios sociales y sociosanitarios accesibles para las personas en situación de calle, que incluyan agua potable, servicios sanitarios, de higiene personal, y de alimentación de acuerdo con las características y necesidades de la población sin discriminación.
	Desarrollar intervenciones que promuevan entornos protectores de la salud para personas en riesgo de calle, y EN y DE calle, y también la modificación de la percepción ciudadana frente a esta última población con el fin de reducir el estigma y la discriminación.

	ACCIONES AFIRMATIVAS
	Fortalecer la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad (inclusión, implementación, evaluación) en el Plan de Intervenciones Colectivas, de acuerdo con lo establecido en la Resoluciones 518 de 2015 y 3280 de 2018; como una herramienta que permite articular las acciones individuales, colectivas e intersectoriales para garantizar la inclusión social de las PCD, sus familias, cuidadores y redes de apoyo.
	Fortalecimiento de las capacidades de los equipos multidisciplinarios para la comprensión de la discapacidad como una condición multidimensional y su aplicación en los procesos y procedimientos de atención integral en salud, detección temprana y protección específica a la población con discapacidad acorde con las características y necesidades de los territorios.
	Fortalecimiento de la participación de los representantes de la sociedad civil ante el Consejo Nacional de Discapacidad, y los Comités Departamentales, Distritales y Municipales de Discapacidad para hacer incidencia en la gobernanza en salud pública, articulación con el esquema de organización del Subsistema Departamental, Distrital y Municipal de Discapacidad SND (organizaciones de base comunitaria, líderes y lideresas con discapacidad, líderes cuidadores).

POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD	Promoción del diseño e implementación de políticas, planes, programas y proyectos sectoriales e intersectoriales dirigidos a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.
	Construcción de un inventario nacional y territorial de oferta institucional para la población con discapacidad, que incluya criterios de inclusión y requisitos de acceso de cada programa, indicando si estos incluyen el certificado de discapacidad.
	Implementar estrategias intersectoriales e interinstitucionales que respondan a las necesidades y particularidades de la población con discapacidad, de sus familias y/o cuidadores
	Incorporar acciones y metas relacionadas con la certificación de discapacidad (meta plan de desarrollo) y el apoyo a los servicios de rehabilitación de manera progresiva.
	Ampliación de la cobertura del procedimiento de certificación de discapacidad y del Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad -RLCPD.
	Gestión de la interoperabilidad del RLCPD con otras fuentes de información incluidas en el SISPRO y con los sistemas de información de otros sectores para la caracterización intersectorial de la población con discapacidad.
	Gestión del módulo de consulta dinámico del RLCPD como mecanismo para la colaboración y el intercambio de datos a nivel interinstitucional e intersectorial.
	Generación de procesos de adaptación de procedimientos y dispositivos para la atención en salud, incluyendo la atención en salud sexual y salud reproductiva, atendiendo a las necesidades de accesibilidad física, comunicativa y actitudinal para las personas con discapacidad.
	Promoción y verificación de procesos integrales de atenciones en rehabilitación que articulen intervenciones individuales y colectivas, y respondan a las necesidades individuales y territoriales de rehabilitación y el uso de ayudas y ajustes razonables, la eliminación de barreras físicas, comunicativas y actitudinales.
	Promoción de la vacunación en niños y niñas con discapacidad mediante estrategias de información y educación en salud orientadas a reestructurar las ideas erróneas y mitos respecto a los efectos nocivos de la vacunación en esta población. Identificación y prevención de la exposición a factores de riesgo físico, químico, biológico y psicosocial que puedan generar alteraciones en el funcionamiento y, en consecuencia, discapacidad.
Generación de entornos accesibles en lo físico, tecnológico, comunicacional y actitudinal a partir de la implementación de ajustes razonables e institucionales que permitan una adecuada atención a las personas y colectivos y sus redes de apoyo, que requieren la incorporación de los enfoques diferenciales, género-diversidades, pueblos y comunidades étnicas.	

	<p>Generación de entornos accesibles en lo físico, tecnológico, comunicacional y actitudinal. a partir de la implementación de ajustes razonables y de la aplicación del diseño universal, para las personas con discapacidad.</p>
	<p>Generación de condiciones de accesibilidad tanto en los espacios físicos como en la información y comunicación relacionada con la prevención y atención prioritaria de esta población en emergencias y desastres.</p>
	<p>Fortalecer escenarios en salud pública incluyentes (escenarios familiar, comunitario, escolar, laboral y de gestión) incluyentes con acciones integrales, que cuenten con apoyo, ajustes razonables y de adaptabilidad en la prestación del servicio de salud</p>
	<p>Identificación y caracterización de las personas que ejercen las tareas del cuidado de las personas con discapacidad para reconocer sus necesidades sanitarias, socioeconómicas y de apoyo para el ejercicio de la labor sin afectación de la propia salud física y mental.</p>
	<p>Fortalecimiento del aseguramiento de las personas con discapacidad y su acceso a las acciones de gestión de riesgo individual mediante estrategias de comunicación y educación en salud.</p>
	<p>Articular acciones con el Observatorio de discapacidad liderado por la Gerencia de Inclusión en discapacidad anteriormente Consejería de Discapacidad de la Vicepresidencia</p>
	<p>Fortalecimiento a la red de cuidadores para prácticas de autocuidado y socio cuidado Gestión de recursos propios, intersectoriales, del sector privado y de cooperación internacional para el desarrollo de programas y proyectos Integrales dirigidos a la población con discapacidad.</p>
	<p>Articulación sectorial e intersectorial para el fortalecimiento de los bancos de ayudas técnicas a nivel municipal, departamental y distrital, como mecanismos para la financiación y la provisión de las ayudas técnicas no cubiertas con el Plan de Beneficios con cargo a la UPC, para las personas con discapacidad.</p>
	<p>Fortalecimiento de la articulación entre entidades territoriales, prestadores y aseguradores para la prestación de atenciones en rehabilitación a las personas con discapacidad, en el marco de Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud -RIPSS- de las entidades promotoras de salud presentes en los territorios, que respondan a expectativas, intereses y preferencias, así como sus características sociales, culturales, lingüísticas, de ubicación entre otras, garantizando disponibilidad, accesibilidad y calidad</p>
	<p>Direccionar a las personas que ejercen las tareas del cuidado de las personas con discapacidad a la oferta programática sectorial e intersectorial.</p>
	<p>Fortalecimiento de la detección temprana de alteraciones del funcionamiento en todas las etapas del ciclo de vida e implementación oportuna de procesos de prevención, tratamiento, rehabilitación y paliación, orientados a minimizar las condiciones que discapacitan y potenciar las capacidades de las personas.</p>
	<p>Generación de rutas de rehabilitación integral a nivel nacional y territorial, como mecanismos de articulación intersectorial para la garantía de la inclusión social de la población con discapacidad.</p>

	Promoción de la participación de las organizaciones de personas con discapacidad en la red integrada de gestión del conocimiento en salud pública.
	Sistematizar y socializar experiencias exitosas de implementación de RBC y rehabilitación en la baja complejidad desde el enfoque preventivo.
	Garantizar condiciones de accesibilidad física, comunicativa y digital en los espacios de socialización y las piezas de comunicación para facilitar el acceso a la información para las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás.
	Crear la red de conocimiento incluyendo PCD organizaciones y personas cuidadoras de PCD.
	Generación de una línea específica de gestión del conocimiento en discapacidad e inclusión social, en el marco de la red integrada de gestión del conocimiento en salud pública.

	ACCIONES AFIRMATIVAS
	Fortalecimiento del aseguramiento y cobertura universal en salud para la población campesina de Colombia.
	Fortalecimiento de la incidencia y participación de la población campesina en los procesos de planeación, implementación, asignación de recursos, evaluación, vigilancia y control de la gestión de salud pública.
	Definición de mecanismos para la prestación de los servicios de salud en zonas rurales, que permitan una atención oportuna y de calidad.
	Identificación e inclusión en las fuentes de información que conforman el Sistema de Información de la Protección Social -SISPRO- y en sus operaciones estadísticas de la(s) variable(s) que permitan caracterizar la población campesina.
	Accesibilidad física, comunicativa y digital a la población campesina para el uso de datos abiertos e información relacionada a salud pública.
POBLACIÓN CAMPESINA	Fortalecimiento de los mecanismos de participación de las organizaciones campesinas y sus diferentes expresiones de interés en los Consejos de Planeación Territorial
	Fomento y apoyo a los procesos para garantizar la seguridad alimentaria de la población campesina a través de espacios de cooperación interinstitucional como la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria -CISAN
	Concurrencia desde el MSPS en el trabajo intersectorial articulado para la formulación y ejecución de la Política Pública para la población campesina en cabeza del Ministerio de Agricultura y Desarrollo rural.
	Desarrollo de estrategias intersectoriales para el fortalecimiento de prácticas de vida saludable y seguridad en el trabajo en zonas rurales.
	Desarrollo de oferta de servicios y equipamientos en territorios rurales y dispersos, que incluya dentro de sus equipos multidisciplinarios a talento humano técnico y profesional de la región.

POBLACIÓN DE LESBIANAS, GAYS, BISEXUALES, TRANSGÉNERO E INTERSEXUALES -LGBTI	ACCIONES AFIRMATIVAS
	Promover la participación efectiva de las organizaciones de mujeres y personas de los sectores LGBTIQ+ en el análisis de la situación en salud y el desarrollo acciones afirmativas para la prestación de servicios de salud
	Identificación, reconocimiento de las organizaciones sociales de mujeres y LGBTIQ+ del territorio en los procesos de planeación, implementación, seguimiento y evaluación de políticas públicas, planes, programas, proyectos e intervenciones en salud.
	Mantener actualizada la red de referencias o directorio de proveedores de servicios de salud, sociales, protección y de justicia, ONG y demás organizaciones que apoyen la atención integral, así mismo, los espacios de articulación intersectorial para atender las necesidades específicas de las mujeres víctimas de violencia y las personas de los sectores LGBTIQ+.
	Incluir procedimientos, protocolos de atención o guías de práctica clínica, centrados en las circunstancias y necesidades específicas para la atención a las mujeres víctimas de violencia de género y personas de los sectores LGBTIQ+.
	Promover la generación de Servicios integrales dirigidos a personas de los sectores sociales LGBTIQ+, incluyendo servicios Transamigable para las personas Trans.
	Fortalecimiento de la articulación entre las organizaciones de base comunitaria de mujeres y personas de los sectores LGBTIQ+ para la conformación y fortalecimiento de redes de atención integral.
	Promoción de las prácticas, saberes y conocimientos de las organizaciones de mujeres y de personas de los sectores LGBTIQ+, en la red integrada de gestión del conocimiento en salud pública.
	Promover investigaciones con enfoque de género que aporten a la adecuación, adaptabilidad y ajustes razonables para las intervenciones y la atención en salud de las mujeres y personas de los sectores LGBTIQ+.
	Capacitar a los prestadores de servicios de salud en el uso de MIPRES, incluyendo la ubicación y cargue de medicamentos y procedimientos relacionados con procesos de tránsito de género. Es necesario que en todo momento el prestador aclare con la persona trans que tiene derecho a servicios de salud requeridos incluidos o no en el plan de beneficios a cargo de la UPC, evitando que se vean expuestos a procedimientos inseguros fuera del sistema de salud.
Adaptar formatos, registros y sistemas para que se tenga en cuenta el nombre identitario de las personas Transgénero.	

	ACCIONES AFIRMATIVAS
	Fortalecimiento del esquema de gobernanza para la atención en salud de la población migrante desde el sector salud y protección social.

POBLACIÓN MIGRANTE	Fomento de la inclusión de talento humano en salud migrante en los servicios de salud lo que permitirá avanzar en la inclusión social de la población migrante.
	Promoción de la participación en salud de la población migrante y población colombiana retornada, en las diferentes instancias de participación territorial con el fin de visibilizar sus necesidades en salud.
	Promoción de la participación en salud de la población migrante en Colombia a través de sus organizaciones formales o informales, las Organizaciones de Base Comunitaria (OBC) y demás entidades del orden social, así como de las comunidades de acogida o receptoras, que guardan relación con respuestas a sus necesidades.
	Promover la articulación con iniciativas organizativas de la población migrante y población colombiana retornada, que permitan la generación de entornos incluyentes y protectores.
	Fortalecimiento de las capacidades territoriales para la captura, consolidación, reporte, análisis y difusión de datos con calidad, información y conocimiento que permita el seguimiento y monitores a las políticas, planes y programas de migración y salud.
	Promover la gestión del conocimiento sobre Migración y Salud en Colombia a través del fortalecimiento del Observatorio Nacional de Migración y Salud.
	Fortalecimiento de las instancias de acción intersectorial nacional y subnacional, CISP y los CTSSS, para que entre sus funciones de acción intersectorial se consideren estrategias conjuntas para incidir positivamente sobre los determinantes sociales de la salud de la población migrante.
	Gestión intersectorial de políticas públicas, planes y programas para avanzar en el logro del derecho a una alimentación adecuada y sostenible, así como en estrategias que permitan superar la inseguridad alimentaria y la malnutrición, especialmente de la población infantil, mujeres gestantes y personas mayores migrantes en el territorio nacional.
	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y la rectoría en salud pública en Migración y Salud a través del trabajo articulado y organizado con la cooperación internacional.
	Coordinación interinstitucional e intersectorial para la promoción de la afiliación de la población migrante al Sistema General de Seguridad Social en Salud en los regímenes subsidiado o contributivo, según corresponda, teniendo en cuenta los requisitos establecidos para tal fin.
	Generación de conocimiento pertinente y oportuno sobre las condiciones de vida y de salud de la población migrante en Colombia abogando por la integración de fuentes de información territorial para el monitoreo y reporte efectivo.
	Promoción de la atención en salud mental para la población migrante en el territorio colombiano, que reconozca los efectos, afectaciones e impactos de la migración, así como la xenofobia y otras violencias que posiblemente han experimentado durante el proceso migratorio.

	Implementar la Estrategia de acompañamiento psicosocial para población migrante, población colombiana retornada y comunidades de acogida o receptoras definida por el Ministerio de Salud y Protección Social.
	Avanzar en la garantía del derecho a la salud de la población migrante, incluyendo a la población que se encuentra en condición irregular, con perspectiva de derechos humanos para la atención en salud y enfoque de salud pública para la promoción, protección y recuperación de la salud, haciendo énfasis en el fortalecimiento del aseguramiento y la identificación de barreras de acceso a los servicios de salud específicos de la población migrante.
	Inclusión de la población migrante en los sistemas de información en salud de Colombia, avanzando en la interoperabilidad con otras fuentes de información sectoriales y extra sectoriales.
	Planeación territorial integral en salud pública que considere las necesidades en salud pública de la población migrante.
	Promoción de estrategias de comunicación intercultural para el desarrollo de capacidades para el cuidado integral de la salud, los riesgos en salud pública, reconociendo los saberes de las personas migrantes.

Consideraciones para la implementación en el territorio

Responsabilidades de los departamentos, distritos y municipios. Las entidades territoriales propiciarán los espacios de participación para la garantía del diálogo y la concertación con los líderes y lideresas de los enfoques diferenciales, género-diversidades, pueblos y comunidades étnicas en el marco de la Planeación Territorial en Salud, lo cual implica:

- Identificar y convocar a las instancias legítimas de participación y demás representantes de los enfoques diferenciales, género-diversidades, pueblos y comunidades étnicas que abogan por sus intereses a los espacios participativos de formulación de los Planes Territoriales de Salud, incluyendo los avances y logros de los sistemas propios en salud de los pueblos y comunidades étnicas.
- Propiciar los espacios de diálogo y participación, de los enfoques diferenciales, género-diversidades, pueblos y comunidades étnicas, con el fin de incidir en la situación de salud de los territorios y concertar acciones y respuestas diferenciales que se incorporarán a los Planes Territoriales de Salud en sinergia con los demás instrumentos, así como la gestión para garantizar estos espacios respetando su autonomía.
- ~~Adelantar~~ Gestionar las acciones necesarias para la coordinación y articulación entre las instituciones de la entidad territorial y los representantes a través de sus organizaciones de los enfoques diferenciales, género-diversidades, pueblos y comunidades étnicas para la planeación integral en salud.
- Desarrollar, implementar, adecuar y mantener las fuentes y sistemas de información e indicadores de gestión, para la incorporación de los enfoques diferenciales, género-diversidades, pueblos y comunidades étnicas, la identidad cultural y diferencial al

elaborar el ASIS con las metodologías e instrumentos definidos por este Ministerio, así mismo ~~com~~ incorporar información de los sistemas propios en salud, socio cultural y diferencial en los Análisis de Situación de Salud territoriales, que les permita comprender y ampliar el conocimiento de la situación de salud de estas comunidades de manera conjunta que será insumo fundamental para la planeación territorial en materia de salud pública de estas comunidades.

- Presentar informes en los espacios de diálogo y concertación territoriales, sobre la implementación y ejecución de los PTS y PAS (Plan de Acción en Salud) de las entidades territoriales en donde hay presencia de los enfoques diferenciales, género-diversidades, pueblos y comunidades étnicas. Lo anterior a partir de la puesta en marcha de los mecanismos de seguimiento y evaluación de las metas concertadas con estas comunidades, de acuerdo con sus realidades demográficas, socioculturales y geográficas, como instrumento gerencial de programación y control de ejecución anual y para medir el avance en los sistemas propios en salud de los pueblos y comunidades.
- Los departamentos deberán asesorar técnicamente a los municipios, para el desarrollo de procesos participativos y la generación de competencia para la interculturalidad y de enfoque diferencial en la planeación territorial en salud y en la ejecución de planes, proyectos y acciones.

Eje 3. Determinantes Sociales de la Salud

La Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015, estableció en el artículo 9. Determinantes sociales en salud, el “deber del Estado de adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida. Estas políticas estarán orientadas principalmente al logro de la equidad en salud”. Asimismo, definió los determinantes sociales como: “aquellos factores que determinan la aparición de la enfermedad, tales como los sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos, los cuales serán financiados con recursos diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud.”

Objetivo específico

Transformar las circunstancias injustas relacionadas con peores resultados de salud de la población, mediante la definición de acciones de carácter inter y transectorial en los planes de desarrollo territorial, con el fin de avanzar en la reducción de brechas sociosanitarias

Resultados esperados	Estrategias
Entorno económico favorable para la salud	Mejoramiento de las condiciones de vida y trabajo precario de las poblaciones sujeto de los territorios, con especial

	<p>atención en los municipios PDET y Programa Nacional Integral de Sustitución de Cultivos de Uso Ilícitos -PNIS-., y territorios con presencia de pueblos y comunidades indígenas, o aquellos que tengan altos índices de nivel de pobreza y desempleo.</p> <p>Gestionar los mecanismos administrativos, financieros y de pertinencia sociocultural, para disminuir las barreras de acceso en salud respecto a la atención a los niños, niñas y adolescentes, en particular en escenarios de vulnerabilidad socioeconómica para la permanencia escolar que incluya los pueblos y comunidades de acuerdo con sus planes de vida o el que haga sus veces.</p> <p>Gestionar los mecanismos técnicos, administrativos y políticos para mejorar de las condiciones de trabajo u ocupación que deterioran la salud, en el marco de la política de trabajo decente y para la generación de ingresos a las comunidades con atención particular en las mujeres rurales y de pueblos y comunidades étnicas, población LGBTIQ+, personas con discapacidad y personas de 60 y más años, independiente de la nacionalidad.</p> <p>Caracterización y gestión de las opciones de intervención respecto de las condiciones de salud, ambiente de trabajo u ocupación que se relacionan con peores resultados en la salud y la vulneración de la población, en particular en lo relacionado con procesos de salud mental, enfermedades transmisibles y enfermedades no transmisibles.</p> <p>Caracterizar y gestionar para mejorar las opciones de intervención respecto a las condiciones de salud de la población que hace parte de la economía popular y de actividades de auto subsistencia y comunitaria de acuerdo con el contexto territorial</p> <p>Gestión de acuerdos con las instituciones del cuidado no sanitario para ampliar los mecanismos de protección de las cuidadoras en el marco del sistema nacional de cuidado.</p> <p>Establecer acuerdos y gestionar mecanismos de acuerdo al marco normativo Gestionar acuerdos con los sectores relacionados con la protección de la inseguridad física, en salud mental y económica de las personas mayores.</p> <p>Gestión de la garantía progresiva del derecho humano a la alimentación, a partir de acuerdos en espacios intersectoriales.</p>
<p>Movilización y empoderamiento social y popular para una vida en paz</p>	<p>Aporte en la generación de competencias sociales para la resolución no violenta de conflictividades comunitarias y la construcción de paz territorial que conlleve a mejores resultados en salud.</p>

	<p>Creación de mecanismos de acceso a la educación y permanencia escolar de niños, niñas y jóvenes en contextos de prevalencia de grupos armados ilegales y bandas criminales.</p> <p>Establecimiento de acuerdos y gestión de mecanismos para la creación de entornos seguros y saludables respecto de la presencia de trabajo sexual forzado de niños, niñas, mujeres y población LGBTIQ+</p> <p>Generación de condiciones de salud, ambiente de trabajo u ocupación seguras y saludables para jóvenes y mujeres, independiente de su nacionalidad o pertenencia a pueblos o comunidades, en el marco de la Política de Primer Empleo.</p> <p>Fortalecimiento de acciones dirigidas a la prevención y atención de problemas y trastornos mentales de la población en todos los entornos y momentos del curso de vida (familia, escuela, trabajo y otros escenarios de protección social)</p> <p>Avance en la superación de barreras de acceso para la atención primaria en salud con énfasis en la rehabilitación integral en salud de las poblaciones víctimas del conflicto armado interno y de las personas en procesos de reincorporación y dejación de armas.</p> <p>Generación de procesos de formación intersectorial y territorial en DDHH con énfasis en el respeto a la Misión Médica.</p>
<p>Integración del cuidado del ambiente y la salud en el marco de la adaptación al cambio climático</p>	<p>Caracterización de modos, condiciones de vida, trabajo y salud en contextos de minería ilegal y otros procesos productivos ilegales establecer las medidas institucionales y socioculturales de cuidado respecto al factor negativo de que dañan y contaminan fuentes hídricas, suelos y subsuelos, cultivos de pan coger y genera impacto negativo sobre la salud de las poblaciones, pueblos y comunidades.</p> <p>Gestión de los mecanismos para adoptar soluciones alternativas de cuidado integral en saneamiento básico, agua potable, calidad del aire, la tenencia responsable de animales de compañía y de producción, impulsar la transición energética justa, la gestión racional de productos químicos y la movilidad segura, saludable y sostenible, teniendo en cuenta los factores socioculturales del territorio</p> <p>Gestionar los mecanismos técnicos, políticos y administrativos para el desarrollo de estrategias Gestión del acceso a saneamiento básico y agua apta para consumo humano a través de procesos intersectoriales.</p> <p>Gestión de los mecanismos técnicos, políticos y administrativos para dar alcance e incidencia de manera positiva en la transformación de condiciones de vida, movilidad, trabajo y vivienda para disminuir la producción de gases ambientales y materiales particulados.</p>

	Gestión de los mecanismos técnicos, políticos y administrativos para el desarrollo de estrategias entornos saludables integrales en contextos rurales, urbanos y periurbanos
	Caracterización y gestión del estado actual de los procesos propios del sector salud que producen afectaciones socioambientales que amplifican los efectos de la variabilidad y el cambio climático.
	Fortalecimiento de la infraestructura, adaptación cultural y la incorporación de nuevas tecnologías y energías alternativas y el cambio de procesos del sector salud que generan impacto negativo socioambiental y amplifican los efectos del cambio climático por medio de estrategias de adaptación, considerando practicas propias de los pueblos y comunidades étnicas para el cuidado y preservación del ambiente.

Consideraciones para la implementación en el territorio

La Comisión Intersectorial de Salud Pública o quien haga sus veces es responsable de dinamizar el Eje de Gestión Intersectorial de los Determinantes Sociales de la Salud, para lo cual deberá implementar un plan de acción de los Departamentos, distritos, municipios y territorios indígenas y dar lineamientos sobre las acciones intersectoriales a los Consejos Territoriales de Seguridad Social o quien haga sus veces.

Será responsabilidad de los departamentos, distritos y municipios. En el marco de las competencias establecidas por las Ley 715 de 2001, las entidades territoriales garantizarán los recursos para implementar las acciones de inter y transectorialidad dirigidas a afectar positivamente los determinantes sociales de la salud en el territorio, lo cual implica:

- Identifique los espacios intersectoriales y comunitarios en su territorio, así como los sectores líderes de los mismos para establecer planes de trabajo que incluya las temáticas a trabajar y permita generar alianzas estratégicas de integración y cooperación entre las distintas entidades y niveles del Estado. Un ejemplo es la coordinación de acciones con las Direcciones Territoriales de Trabajo para la inspección, vigilancia y control sanitario.
- Los procesos de gestión de la salud pública que aportan a la implementación de este Eje son la coordinación intersectorial, la participación social, definidos en la Resolución 518 de 2015 y la resolución 050 de 2021.

Eje 4. Atención Primaria en Salud

Para avanzar en la implementación de la Atención Primaria en Salud se hace necesario establecer la conexión de los diferentes ejes estratégicos del plan: la gobernanza, la gestión de los DSS, el talento humano disponible, y la gestión del conocimiento.

Es así como el Eje de Gobierno y gobernanza genera capacidades en la entidad territorial para llevar a cabo el Plan Territorial de Salud, que define el componente estratégico y de inversión plurianual, así como el Plan de Acción en Salud, orientando el desarrollo de las acciones de salud que se dinamizan en el marco de la APS. Así mismo, la APS posibilita una mejor comprensión de las condiciones de vida y salud territoriales y potencian la participación social en los procesos de gestión de la salud pública. El eje de Determinantes Sociales de la Salud-DSS define acciones a nivel nacional dirigidas a transformar las circunstancias injustas que afectan de manera negativa la salud de las poblaciones y se traducen en recomendaciones para el Plan de Desarrollo Territorial y el Plan Territorial de Salud siendo el marco para las acciones intersectoriales que desarrollan los equipos básicos de salud. El Eje de Personal de Salud provee la formación y capacidades para promover la participación social, el reconocimiento de modos y condiciones de vida que afectan negativamente la salud y el diseño de estrategias colectivas e individuales que promuevan la salud de las poblaciones, pueblos y comunidades en ámbitos territoriales. El Eje de Conocimiento en Salud Pública y el de Atención Primaria en Salud tienen una relación bidireccional que permite la recolección, organización y análisis de la información relacionada con el proceso salud-enfermedad-atención de la población a nivel territorial necesaria para la planeación, seguimiento y evaluación de la Planeación Integral para la Salud, así como la toma de decisiones en la cotidianidad del equipo básico de salud en el territorio.

Lo anterior dirigido al mejoramiento de las condiciones de vida y salud de la población en general teniendo en cuenta su pertenencia a pueblos y comunidades, condición y situación, género-diversidad.

Objetivo específico

Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población, en escenarios como ciudades, espacios periurbanos, rurales, territorios indígenas y otros entornos donde las personas y colectivos desarrollan la vida cotidiana, aportando a la garantía del derecho fundamental a la salud.

Resultados esperados	Estrategias
Mecanismos fortalecidos para la planeación micro territorial en salud en el marco de la APS	Caracterización de las condiciones de vida y salud de las poblaciones y del territorio.
	Ampliación de la adscripción territorial al sistema de general de seguridad social en salud.
	Definición de los planes de salud familiar y comunitarios comunitarios en el ámbito de la promoción, prevención primaria y Gestión de la Salud Pública en el marco del Plan Territorial en Salud.
	Articular y coordinar de acuerdo con el desarrollo de los sistemas propios en salud de los pueblos y comunidades étnicas.

<p>Acciones implementadas de promoción de la salud y prevención del riesgo en salud, con enfoque de curso de vida y diferencial, respecto de los eventos y problemáticas en salud priorizados y la población de protección específica que habita el territorio</p>	<p>Implementación de acciones para la promoción de la salud mental, psicosocial y la protección respecto de múltiples formas de violencia, acorde al contexto socio cultural y territorial.</p>
	<p>Establecer acuerdos y gestionar mecanismos para las acciones sectoriales, intersectoriales y comunitarias para garantizar la seguridad alimentaria y nutricional.</p>
	<p>Promover entornos saludables y protectores de la salud de la población</p>
	<p>Promoción y garantía del ejercicio de la sexualidad, los derechos sexuales y los derechos reproductivos y gestionar el riesgo para los eventos que afectan la salud sexual y la salud reproductiva</p>
	<p>Promoción de condiciones, comportamientos y prácticas de trabajo saludable mediante la operación de los Equipos Interdisciplinarios de Salud.</p>
	<p>Desarrollo de acciones de salud pública encaminadas a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad relacionada con la ocupación u oficio de la población, perteneciente a la economía popular y comunitaria, y de auto subsistencia, de acuerdo con las condiciones demográficas en que se desarrolla</p>
	<p>Promoción de acciones saludables que impacten de manera positiva la salud de las poblaciones respecto de las enfermedades crónicas no transmisibles y las enfermedades transmisibles; así como la salud visual, auditiva, bucal y oral.</p>
	<p>Ampliación de las coberturas del programa Ampliado de Inmunizaciones de acuerdo con las prioridades territoriales respecto de la conformación poblacional</p>
	<p>Fortalecimiento de la participación social y comunitaria para el fomento de formas del cuidado propio a nivel familiar y comunitario.</p>
<p>Atención integral fortalecida para la recuperación de la salud y la rehabilitación integral de la población</p>	<p>Articulación de acciones que posibiliten la continuidad de la atención integral para la recuperación de la salud y la rehabilitación en el marco de las redes integradas e integrales en salud</p>
	<p>Adaptación e implementación de tecnologías socioculturalmente, aceptadas y apropiadas para llevar la salud digital a los territorios en el marco de las redes integradas e integrales en salud</p>
	<p>Diseño de servicios de salud con pertinencia sociocultural que responda a las necesidades, situaciones y condiciones diferenciales de las poblaciones y territorios.</p>
	<p>Coordinación de la prestación de servicios de salud mental y atención psicosocial a las víctimas del conflicto armado y otras formas de violencia, así</p>

	como y a otras poblaciones vulnerables, en el marco de las RIIS de la entidad territorial.
	Diseño de los mecanismos pertinentes para garantizar el acceso y la continuidad de los medicamentos [incluye terapias alternativas que hayan sido reconocidas] en el marco de servicios farmacéuticos.
	Diseño de las estrategias para el desarrollo de los servicios de rehabilitación integral en salud, dirigida a la población con discapacidad.
	Diseño de estrategias para el desarrollo, reconocimiento y prestación de los servicios en medicina ancestral de los sistemas propios en salud de los pueblos y comunidades étnicas.
	Coordinación de las acciones de referencia y contrarreferencia de la población, con las instancias y actores del SGSS pertinentes, con el fin de garantizar la continuidad de la atención en los servicios especializados hasta garantizar su reincorporación a su entorno propio.

Consideraciones para la implementación en el territorio

Responsabilidades de los departamentos, distritos y municipios. En el marco de las competencias establecidas por las Ley 715 de 2001 y la Ley 1438 de 2011 las entidades territoriales deberán dinamizar la estrategia de Atención Primaria en salud en articulación con las Redes Integradas e Integrales de Salud, lo cual implica:

- Identificar y capacitar al equipo de salud que realizará las actividades en el territorio respecto de las estrategias y líneas de acción dirigidas a la comprensión de las condiciones de vida y salud en ámbitos micro territoriales.
- Consultar las políticas, planes estratégicos y planes de acción en salud, que tienen carácter específico para abordar una situación o problemática en salud, por ejemplo: la Política Nacional de Salud Mental, la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez, la Política Pública Social para Habitantes de Calle, la Política Nacional de Infancia y Adolescencia, Plan Decenal de Cáncer, el Plan Decenal de Lactancia Materna, Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (resolución 227 de 2020), entre otros; para desarrollar las estrategias que formaran parte del Plan territorial en Salud en cada línea de acción del Eje
- En territorios PDET articular las acciones que defina el Plan Nacional de Salud Rural con las estrategias del Plan territorial de Salud que se diseñen en el marco del eje de Fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud.
- En territorios indígenas articular y coordinar las acciones que defina el Sistema Indígena de Salud propio e Intercultural-SISPI con el PTS y el PAS, para el fortalecimiento de la APS de los pueblos y comunidades indígenas.

- Para el diseño de estrategias de promoción de la salud se sugiere incorporar perspectivas de intervenciones basadas en la comunidad, adopción de la estrategia de entornos saludables y otras que involucren la Investigación – Acción participativa, las cuales han mostrado tener mayor aceptación y permanencia en las poblaciones. Lo anterior favorece, la construcción de iniciativas que respeten los saberes propios de las comunidades y fomenten acciones de cuidado, adaptadas a las realidades de las regiones, por ejemplo, para el caso de la seguridad alimentaria.
- En el caso de los pueblos indígenas y comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueros, así como el pueblo Rrom, se sugiere realizar dos tipos de estrategias: a) con abordajes interculturales y, b) estrategias basadas en los saberes ancestrales propios, que permitan brindar una atención integral al territorio.
- Implementar modalidades de prestación de servicios de salud que complementen la atención intramural de la población a cargo según sus necesidades y preferencias, incorporando la modalidad extramural (unidad móvil, domiciliaria, jornadas de salud) o la modalidad de telemedicina, en cualquiera de sus categorías, y otras actividades de tele salud como la tele orientación, tele apoyo y teleeducación en salud. En cualquier caso, los servicios deben estar habilitados.
- Garantizar la continuidad entre las acciones de prevención del riesgo en salud, de atención y rehabilitación integral. Seguir 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 (resolución 3280 de 2018) o los lineamientos que hagan sus veces.
- Promover la restitución del tejido social y los lazos de confianza entre las poblaciones, pueblos y comunidades y la institucionalidad en salud, con el ánimo de favorecer los procesos de participación social, en el proceso de Planificación Integral para la salud, y en los ámbitos micro territoriales. En escenarios donde coexisten procesos de desmovilización y reincorporación, se sugiere, apoyarse con estrategias de convivencia, que posibiliten la generación de procesos comunitarios convergentes.
- Los procesos de gestión de la salud pública que aportan a la implementación de este Eje son gestión del aseguramiento, gestión de insumos de interés en salud pública, definidos en la Resolución 518 de 2015.

Eje 5. Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias

La gestión integral en emergencias y desastres busca la protección de individuos y colectivos ante los riesgos de emergencias o desastres que tengan impacto en salud pública. De otro lado, la preparación ante futuras pandemias busca fortalecer la estructura necesaria para dar respuesta efectiva a un nuevo evento pandémico, en donde se deben tener en cuenta las lecciones aprendidas de anteriores pandemias para lograr que en los

territorios se apropien de los procesos necesarios para que en los periodos pre e inter pandémicos se realicen las acciones de preparación y respuesta.

La influencia humana en el sistema climático es clara, y las emisiones antropógenas recientes de gases de efecto invernadero son las más altas de la historia. Los cambios climáticos recientes han tenido impactos generalizados en los sistemas humanos y naturales (IPCC, 2014)³⁴, siendo uno de estos impactos, el aumento de la carga de enfermedad a causa de eventos sensibles al clima, tal como lo refiere la Organización Mundial de la Salud (OMS) al afirmar que el cambio climático es el mayor desafío de la humanidad y que se estima que, entre 2030 y 2050, el cambio climático causará aproximadamente 250.000 muertes adicionales por año, debidas principalmente a efectos de la desnutrición extrema, la malaria y la diarrea (OMS, 2018)³⁵, siendo los más vulnerables las personas de bajos ingresos, los niños y adultos mayores, acrecentando las desigualdades.

Por lo anterior, se debe contar con acciones de adaptación para enfrentar los efectos de la variabilidad y el cambio climático y a su vez, aportar a la reducción de emisiones de gases de efecto invernadero para mitigar la causa del problema.

Objetivo específico

Reducir los efectos negativos en la salud humana y ambiental, a través de la gestión integral del riesgo como un proceso que orienta la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos; y fortalecido la detección, atención y los mecanismos de disponibilidad y acceso de las tecnologías en salud necesaria para dar respuesta efectiva a un nuevo evento pandémico.

Resultados esperados	Estrategias
Gestión del Cambio Climático desde Salud Pública	Formulación de políticas, planes, estrategias, lineamientos y guías que permitan establecer y orientar las acciones de adaptación y mitigación al cambio climático que deben implementarse en los diferentes territorios del país.
	Establecer un sistema de mecanismos de comunicación del riesgo climático y la posible vulnerabilidad de la población, desde un enfoque territorial, que logre actuar a manera de sistemas de alerta temprana.

³⁴ IPCC, 2014: Cambio climático 2014: Informe de síntesis. Contribución de los Grupos de trabajo I, II y III al Quinto Informe de Evaluación del Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático [Equipo principal de redacción, R.K. Pachauri y L.A. Meyer (eds.)]. IPCC, Ginebra, Suiza, 157 págs.

³⁵ Organización Mundial de la Salud. Salud ambiental. (Consultado el 12/11/2023) Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health>

	Fortalecer las capacidades de los profesionales y técnicos del sector salud en todo lo relacionado con los posibles efectos de la variabilidad y el cambio climático.
Gobernanza fortalecida en la gestión del riesgo de desastres en salud	Formulación de políticas que permitan la planeación de la gestión integral del riesgo de desastres en salud y el fortalecimiento de la capacidad sectorial y comunitaria para responder a eventos de crisis, emergencias y desastres de importancia nacional e internacional.
	Socialización e Implementación del Plan de gestión integral de riesgos de emergencia y desastres en salud (PGIRED) en las Entidades Territoriales
	Incorporación del Plan de gestión integral de riesgos de emergencia y desastres (PGIRED) en los planes Territoriales de Salud y de Acción plurianuales territoriales.
	Fortalecimiento de capacidades comunitarias en la gestión del riesgo de emergencias y desastres que afecten la salud de la población.
Acciones fortalecidas de información, educación y comunicación y de conocimiento en la gestión del riesgo de desastres en el sector salud	Incorporación de la información compilada y analizada en una red integrada de fuentes de información en la planificación estratégica del territorio.
	Promoción de la investigación y las estrategias de información, educación y comunicación - IEC para el fortalecimiento del proceso de gestión integral de riesgos de la urgencia, emergencia y desastres
Gestión del riesgo de incidentes e infracciones a los componentes de la Misión Médica	Análisis, evaluación, monitoreo y seguimiento del riesgo de incidentes e infracciones a la misión médica con enfoque de género.
	Promoción del uso del emblema protector de la Misión Médica
	Mitigación de la vulnerabilidad de la misión médica y la respuesta frente a agresiones
	Implementación de estrategias de comunicación y divulgación sobre la Misión Médica con comunidades, personal sanitario y autoridades territoriales
	Garantía de la atención en Salud mental al personal que hace parte de la Misión Médica en situación de riesgo.
Preparación para la respuesta a pandemias	Fortalecimiento de la cooperación internacional frente a la transferencia de tecnología y capacitación en la preparación y respuesta a pandemias.
	Fortalecimiento de los Sistemas de Información de vigilancia a nivel nacional, departamental y municipal.
	Gestión Intersectorial para el mantenimiento y fortalecimiento de las capacidades básicas a nivel departamental frente a la preparación y respuesta necesarias con respecto al Reglamento Sanitario Internacional-RSI 2005, incluyendo el enfoque de “Una Salud”
	Generación de programas de formación continua de personal en los niveles departamentales y municipales

	en las acciones de preparación y repuesta ante pandemias.
	Actualización y prueba de los planes de preparación frente a futuras pandemias en todos los niveles.
	Fortalecimiento en todos los niveles las capacidades técnicas operativas de alerta y respuesta.
	Fortalecimiento de la capacidad sectorial, transectorial y comunitaria para detectar y responder a eventos inusuales en salud pública que afecten la salud de la población.
	Fortalecimiento de la red Nacional de Laboratorios
	Fortalecimiento de la red Nacional de Toxicología
	Fortalecimiento de la red Nacional de Bancos de Sangre y Servicios Transfusionales.
	Fortalecimiento del Programa Hospitales Seguros.

Consideraciones para la implementación en el territorio

Responsabilidades de los departamentos, distritos y municipios, lo cual implica:

- Promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad, considerando que actualmente es una prioridad lograr la participación efectiva, se debe tener en cuenta para la implementación el Eje de Gestión integral del riesgo en crisis, emergencias y desastres lo avanzado hasta el momento en los procesos de planeación territorial, Así mismo, garantizar para la materialización de los diferentes proyectos de desarrollo dirigidos a la comunidad, el abordaje de las necesidades y las propuestas de los diferentes grupos étnicos y las comunidades geográficamente más dispersas.
- Identificar los actores involucrados con la gestión del cambio climático en el territorio y evaluar el nivel de incidencia y el alcance de la respuesta de salud, contemplada en los instrumentos de planeación territorial.
- Caracterizar la vulnerabilidad de la población y del sistema de salud frente al cambio climático, desde un enfoque territorial.
- Identificar las medidas de adaptación basadas en comunidades que se vienen desarrollando en cada territorio y formular y priorizar medidas acordes a la realidad territorial.
- Fortalecer la acción interinstitucional, para la intervención en salud integral, seguridad humana y justicia social, así como el concepto creado por el gobierno que convierte la búsqueda de la paz como una política de Estado y que incluye la negociación de paz con grupos armados y a la comunidad como eje central de dichas negociaciones, por encontrarse estas históricamente en medio de la confrontación, priorizando territorios afectados por el conflicto armado fortaleciendo el cumplimiento del acuerdo final de paz, que lidera el Gobierno Nacional teniendo

como centro de actuación los derechos de las víctimas y la reconciliación nacional en torno a la salud en los territorios.

Todas las iniciativas deben apuntar a trabajar al restablecimiento del goce efectivo del derecho fundamental a la salud en zonas rurales y en particular en las más afectadas por las diferentes formas de violencia, pues ello hace parte integral de un proceso sostenible de construcción de paz total, en el cual se desarrollen procesos de planeación territorialmente diferenciados, con intervenciones de salud específicas por zonas basadas en un círculo virtuoso de “salud para la paz y paz para la salud”.

- Cumplir con los compromisos de acuerdos internacionales asumidos por el país para fortalecer la prevención de afectaciones de la infraestructura hospitalaria y en salud, bajo un enfoque multiamenaza y facilitar el control de riesgos en emergencias y desastres adaptándose a la realidad técnica, ambiental (reducción de la huella de carbono), operativa y a sus desafíos territoriales, direccionándolo a los hospitales de nivel de complejidad media y alta.
- Propiciar las condiciones para ejecutar el programa: Equipos Médicos de Emergencia (EMT por sus siglas en inglés) de la Organización Mundial de la Salud, e impulsado en la región por la Organización Panamericana de la Salud como una iniciativa dirigida a los Estados miembros de las Naciones Unidas, los Ministerios de Salud y las Organizaciones No Gubernamentales (ONG), que brindan asistencia en salud durante desastres naturales y urgencias médicas de gran envergadura que afecten la prestación clínica de los servicios locales de salud, con el fin de establecer una respuesta coordinada, inmediata y adaptada, permite a los territorios garantizar acceso y atención primaria en salud durante emergencias y desastres.
- Definir las directrices en materia del sistema de alerta temprana y respuesta a nivel territorial del sector salud.
- Evaluar y monitorear las capacidades nacionales y territoriales para la vigilancia, preparación y respuesta a emergencias en salud pública.
- Establecer acuerdos intersectoriales para llevar a cabo la verificación del cumplimiento de las políticas de prevención y atención de emergencias y desastres en los sectores productivos del país.
- Asegurar en los procesos de planeación, gestión e implementación de los recursos el mantenimiento y sostenibilidad en el tiempo de los laboratorios de salud pública

Eje 6. Conocimiento en salud pública y Soberanía Sanitaria

El conocimiento en salud pública es un proceso que permite la generación, organización, análisis, uso, difusión, transferencia, intercambio y apropiación de información en salud

pública pertinente, oportuna, confiable y asequible necesaria para el diseño, implementación, seguimiento y evaluación de políticas, planes y programas en salud pública, de tal forma que describa las realidades poblacionales y territoriales para la toma de decisiones basada en evidencia.

La soberanía sanitaria es entendida como “ la capacidad de las sociedades democráticas para asegurar, a través de su organización estatal, la equidad en la producción, distribución y acceso a los recursos esenciales para mantener la vida y la salud de las poblaciones” (Gomez, 2022) y que requiere de la articulación del sector público, privado, académico, de la sociedad civil y la cooperación regional para la investigación, desarrollo, innovación y producción local de tecnologías estratégicas en salud (TES)³⁶ y su consecuente abastecimiento y comercialización (integración de mercados), en situaciones de normalidad, ante condiciones de emergencia sanitaria y cuando el sector privado no pueda responder de manera oportuna.

Objetivo específico

Avanzar en la producción, uso y acceso a la información en salud pública, la construcción colectiva de conocimientos y saberes en salud propia e intercultural y el desarrollo de capacidades a nivel nacional y territorial, con el fin de fortalecer el sistema único de información en salud.

Establecer la soberanía sanitaria como una prioridad en la agenda pública que permita avanzar en la investigación, desarrollo, innovación y producción local de tecnologías estratégicas en salud (TES)

Resultados esperados	Estrategias
Generación de conocimiento en salud pública	Producción, organización, depuración y reporte de la información en salud pública
	Disposición de la información como bien público mediante el acceso a través de bibliotecas virtuales, repositorios virtuales y demás servicios e información.
	Análisis de la información que permita la comprensión de las condiciones de salud de la población y sus determinantes sociales a nivel territorial.
	Desarrollo e implementación de otras estrategias para la generación de conocimiento acerca de las condiciones de salud de la población y sus determinantes sociales a nivel territorial tales como observatorios, ASIS, unidades de análisis, seminarios, evaluaciones de riesgo ambientales de la salud, entre otras.

³⁶ entendidas como las actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos médicos, medicinas y terapias alternativas y complementarias, servicios y procedimientos usados en la prestación de servicios de salud, así como los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta esta atención en salud y las capacidades del talento humano requerido, con el fin de garantizar su disponibilidad y mejorar su acceso.

	<p>Construcción de forma colectiva e intercultural los saberes que aporten a la producción y análisis de la información en salud pública.</p> <p>Uso de la información para la formulación de la planeación territorial y la toma de decisiones en salud pública (estudios y evaluaciones)</p> <p>Desarrollo de estrategias de comunicación para la difusión y el uso adecuado de la información en salud pública.</p> <p>Desarrollo de estrategias de comunicación, educación para el cambio de comportamiento y de acción colectiva que favorezcan la transformación de la cultura de seguridad social en salud y promover los entornos saludables y protectores.</p> <p>Desarrollo de otras estrategias de divulgación para la transferencia y apropiación del conocimiento en salud pública a nivel territorial tales como charlas, talleres, seminarios, entre otros.</p> <p>Desarrollo de estrategias de articulación sectorial e intersectorial para la divulgación, traducción social, uso y apropiación de la información en salud pública.</p>
<p>Capacidades fortalecidas para la gestión del conocimiento en salud pública</p>	<p>Fortalecimiento de los sistemas de información necesarios para la gestión de la información en salud pública, incluyendo alertas tempranas</p> <p>Fortalecimiento de las capacidades del Talento Humano para un adecuado proceso de producción, organización, depuración y reporte de la información en salud pública.</p> <p>Fortalecimiento de las capacidades del Talento Humano en el acceso y uso de la oferta actual de información pública de salud y de otros sectores.</p> <p>Fortalecimiento de las capacidades del Talento Humano para la generación de conocimiento a través de herramientas estadísticas y cualitativas de análisis de la información.</p> <p>Fortalecimiento de las capacidades del Talento Humano para la generación de conocimiento con enfoques diferenciales, de género y diversidad y para pueblos y comunidades étnicas.</p> <p>Fortalecimiento de las capacidades del Talento Humano en la implementación de estrategias para la generación de conocimiento de las condiciones de salud de la población y sus determinantes tales como observatorios, ASIS, unidades de análisis, seminarios, entre otras.</p>
<p>Fortalecimiento de la soberanía sanitaria en lo referente a las tecnologías estratégicas en salud (TES)</p>	<p>Fortalecer el papel de la Comisión Intersectorial para el Desarrollo y Producción de Tecnologías Estratégicas en Salud (CIDPTES) como ente de gobernanza que guíe las acciones que lleven a Colombia a convertirse en un centro de desarrollo y producción de TES, a través de la articulación de las propuestas que, desde los diferentes sectores (gobierno, industria, academia y sociedad), puedan aportar para este fin.</p> <p>Fomentar la inversión en investigación, desarrollo,</p>

innovación (I+D+i) y producción local de TES.

Consideraciones para la implementación en el territorio

Responsabilidades de los departamentos, distritos y municipios, lo cual implica:

- Identifique al interior de la entidad y con los demás actores, los insumos de información con los que se dispone para la generación del conocimiento en salud pública.
- Disponga de responsables y/o líderes del proceso para la gestión del conocimiento en salud pública.
- Efectué el plan de acción para la gestión del conocimiento en salud pública, identificando requerimientos de tipo tecnológico, logístico, de talento humano y financieros necesarios para su accionar en el ámbito territorial con responsables que permita hacer seguimiento al proceso.
- Propicie encuentros y otros mecanismos de participación para el reconocimiento de saberes en salud con colectivos que requieren enfoques diferenciales, de género y diversidad, que contribuyan con los procesos de adecuación socio culturales acordes con las necesidades del territorio.
- Fortalezca las herramientas y sistemas de información en salud pública y salud ambiental, para su análisis y la toma de decisiones y gestione el fortalecimiento de los sistemas de información en el marco de las particularidades territoriales para la intervención de los determinantes socioambientales de la salud
- Diseñe las estrategias, mecanismos e instrumentos para la transferencia, difusión y uso de la información y evidencia generada como insumo para la gestión de políticas, planes, programas, proyectos en salud y toma de decisiones.
- Diseñe y desarrolle estrategias de comunicación y de formación de públicos que apunten a favorecer la interacción con el Sistema de Seguridad Social Integral, el conocimiento del mismo y la adopción de comportamientos saludables que inviten a la corresponsabilidad.
- Los procesos de gestión de la salud pública que aportan a la implementación de este eje son desarrollo de capacidades, coordinación intersectorial, y gestión del conocimiento definidos en la Resolución 518 de 2015.

Eje 7. Personal de salud

El Talento Humano en salud (THS) se constituye en un actor fundamental de la salud pública a nivel territorial para avanzar hacia la garantía del derecho fundamental a la salud, la acción sectorial e intersectorial de los determinantes sociales de la salud y para el logro de una mayor cobertura y acceso al sistema de salud (OPS, 2017).

Por tanto, desde el 2018 la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció el Plan de Acción sobre Recursos Humanos para el fortalecimiento del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud 2018-2023, siendo un mecanismo para el trabajo intersectorial y la gobernanza de los territorios, por medio del diseño de estrategias e instrumentos para la consolidación de las capacidades de la fuerza laboral en el marco del trabajo digno y decente, la definición de incentivos para la retención del THS, la reducción de brechas en la disponibilidad y distribución de este, en especial para áreas rurales y dispersas, así como la priorización de acuerdos para el desarrollo de la formación y la educación continua (Organización Mundial de la Salud, 2018).

De manera complementaria, las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) plantean que en el número seis se aborde el desarrollo de los recursos humanos para la salud, lo que incluye “la ejecución de políticas, reglamentos e intervenciones relacionados con la capacitación, el empleo y las condiciones de trabajo, la movilidad interna y externa, la reglamentación de la educación y de la práctica profesional, así como la distribución de los recursos humanos para la salud pública”. Lo anterior contribuirá en la mejora de la disponibilidad y distribución de los recursos humanos en los servicios de salud, especialmente en la conformación de los equipos multidisciplinarios en el primer nivel de atención (Organización Mundial de la Salud, 2019). Teniendo en cuenta lo anterior, la planificación del THS es un proceso político dirigido al cumplimiento de objetivos sanitarios, al logro de resultados en salud y de avances en acceso universal y derechos

De esta forma, es una prioridad la planificación y gestión del THS, la cual está relacionada con las necesidades de atención en salud según las dinámicas y características sociales, epidemiológicas, culturales y poblacionales, con la oferta y la prestación de los servicios de salud, así como con la capacidad instalada y la demanda del THS (Ansah, Koh, Bayer, Harper, & Matchar, 2018).

Lo anterior se consolida como una prioridad actual en los sistemas de salud de los países, teniendo claro que el THS, al ser un actor fundamental de la salud pública, su disponibilidad y distribución permite la respuesta y la atención integral de las poblaciones, así como la aceptabilidad y la calidad de los servicios de salud (Kunjumen, y otros, 2022); además de contribuir en el logro de las metas definidas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Adicionalmente, se ha descrito que la insuficiencia del personal sanitario se expresa en necesidades en salud insatisfechas y en aumento de la morbilidad y la mortalidad, por lo que la planificación se transforma en una herramienta para conocer y comprender los diferentes problemas de los recursos humanos en salud en el territorio para el desarrollo de acciones multisectoriales (Ansah, Koh, Bayer, Harper, & Matchar, 2018). Por lo anterior se

hace relevante el desarrollo e implementación de mecanismos y estrategias que orienten la planificación, la financiación, la educación, la regulación y la gestión del personal sanitario (Organización Mundial de la Salud, 2016) (Birch.S, y otros, 2009).

Sumado a lo anterior, el trabajo colaborativo interprofesional (TCI) se ha transformado en el mecanismo del THS para mejorar el trabajo articulado entre los diferentes perfiles y profesiones de la salud, lo que ha favorecido el desarrollo de las habilidades del equipo (habilidades de comunicación, liderazgo, identificación de roles y actitudes, resolución de conflictos, toma de decisiones), el posicionamiento de la persona, la familia y la comunidad en el centro de la atención, la satisfacción del paciente y el logro de una atención integral e integrada (Macias, y otros, 2020).

En este sentido, en el 2018 el Ministerio de Salud y Protección Social estableció la Política Nacional de Talento Humano en Salud, que buscó *"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). Lo que priorizó, la realización laboral, profesional y personal del THS como aspecto clave para la gestión integral de la salud pública (Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1035 de 2022).

El objetivo fue fortalecer capacidades y competencias, promoviendo la educación en salud pública, asegurando la formación continua, para el desempeño integral acorde con las necesidades de salud en los territorios, fortaleciendo, las habilidades duras y blandas³⁷, con el fin de brindar una atención humanizada y con calidad a la población. Así mismo, favorecer acciones para la garantizar la estabilidad laboral y el trabajo digno del THS.

Objetivo específico

Crear y desarrollar mecanismos para mejorar la distribución, disponibilidad, formación, educación continua y las condiciones de empleo y trabajo digno y decente del THS, así como el reconocimiento y fortalecimiento de las funciones y roles de equipos básicos de salud en torno a la gestión de la salud pública y el desarrollo de intervenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la detección temprana y la protección específica, el diagnóstico, tratamiento, seguimiento, rehabilitación y paliación desde el marco de los determinantes sociales, la atención primaria en salud, la salud pública, la salud colectiva, la interculturalidad, el territorio y la territorialidad.

Resultados esperados	Estrategias
	Caracterización del talento humano en salud pública

³⁷ Se entiende por habilidades duras y blandas de acuerdo al artículo denominado: Que son las habilidades duras y blandas, de la Universidad de las Américas y el Caribe <https://unac.edu.mx/2021/06/17/que-son-las-habilidades-blandas-y-duras/> del 2021; lo siguiente: habilidades duras, son las relacionadas con el nivel de conocimientos técnicos y preparación académica y las habilidades blandas, son aquellas competencias sociales que una persona puede desarrollar y contribuyen a preservar la comunicación y las relaciones intrapersonales.

Capacidades consolidadas para la gestión territorial de la salud pública	Fortalecimiento de las capacidades institucionales y sociales para la gestión territorial de la salud pública, en el marco de la Estrategia Nacional de Formación Territorial, Intercultural de Atención Primaria en Salud, Salud Pública y Salud Colectiva.
	Fortalecimiento de la gobernanza sanitaria por medio del acompañamiento regional y la consolidación de alianzas académicas en los territorios formadores del THS
	Desarrollo de las capacidades en el Talento Humano en Salud para la identificación, diagnóstico y prevención de los riesgos relacionados con la ocupación.
Talento Humano en Salud formado para la gestión integral de la salud pública	Concertación de los mínimos de formación del THS y las prácticas pedagógicas a nivel técnico, tecnológico, universitaria, posgradual y formación de formadores con relación a: territorio, territorialidad, interculturalidad en salud, atención primaria en salud, salud pública y salud colectiva.
	Planificación con enfoque territorial la educación continua del THS con énfasis en territorio, territorialidad, interculturalidad en salud, atención primaria en salud, salud pública y salud colectiva
	Desarrollo de metodologías pedagógicas específicas para la salud pública
	Fortalecimiento del desarrollo de capacidades en el Talento Humano en Salud para la identificación, diagnóstico y prevención de los riesgos relacionados con la ocupación.
Talento humano en salud pública disponible y sostenible para la garantía del trabajo digno y decente	Definición de estrategias territoriales e intersectoriales para la mejora de la disponibilidad y distribución del THS con énfasis en los que realizan acciones y gestión de la salud pública
	Implementación de acciones intersectoriales con enfoque territorial para la integración de incentivos y mecanismos de retención del THS en el marco del trabajo digno y decente, incluyendo el TH de salud ambiental
	Avance en la protección del talento humano en contexto de crisis humanitaria
	Gestión de la apertura territorial de las Instituciones de Educación del THS con los actores de la región para ser parte de la transformación requerida a escala mayor: con prácticas académicas y participación de las comunidades

Consideraciones para la implementación en el territorio

Responsabilidades de los departamentos, distritos y municipios, lo cual implica:

- Identificar las necesidades de formación y fortalecimiento de capacidades del talento humano para la gestión integral en salud, a partir de las necesidades en salud, estableciendo prioridades, planes y/ o programas de formación, oferta de instituciones formadoras en salud y escenarios de práctica presentes en la entidad territorial, para la gestión y ajuste requerido de los programas de educación técnica, tecnológica y profesional, con el fin de responder a los retos planteados en la implementación de las políticas públicas acorde con las necesidades del mismo.
- Realice procesos de socialización y capacitación con el personal sanitario para la identificación y prevención de los riesgos relacionados con la ocupación.
- Los procesos de gestión de la salud pública que aportan a la implementación de este eje son: la Coordinación Intersectorial, Desarrollo de capacidades, Gestión del conocimiento, Gestión del talento humano y Vigilancia en Salud Pública
- Establezca plan de asistencia técnica para el fortalecimiento de las capacidades del talento humano en salud pública que incluye el talento humano en salud ambiental.

Capítulo 6. Gestión Territorial integral de la Salud Pública del PDSP 2022-2031

Corresponde a las entidades territoriales y los demás actores con responsabilidades³⁸ adoptar y adaptar el PDSP 2022-2031 en sus Planes Territoriales de Salud y en los instrumentos de planeación territorial, para ello deberán seguir las herramientas y metodologías para la Planeación Integral para la Salud, que incluye entre otras el Análisis de Situación de Salud-ASIS, requeridas para la articulación de políticas públicas, y demás directrices y lineamientos ministeriales que permitan avanzar hacia la integralidad de la gestión de la salud pública a nivel nacional y territorial³⁹. El Plan Territorial de Salud se constituye en el instrumento estratégico e indicativo para desplegar la política nacional de salud pública en los territorios, el cual se armoniza con los Planes de Gobierno, Planes de Desarrollo y de Reordenamiento Territorial.

Para la implementación del plan se debe tener en cuenta la definición técnica de la Resolución 518 de 2015 en su artículo 4° como:

³⁸ Los actores y sus responsabilidades serán descritos en el Capítulo 7 del presente Plan.

³⁹ La clasificación en nivel nacional y territorial obedece, sin perjuicio del reconocimiento de la organización administrativa establecida por ley, a la necesidad de comprender la Nación como un territorio, en coherencia con las formulaciones conceptuales del presente Plan.

“Artículo 4. Gestión de la salud pública. En el marco de lo previsto en el plan decenal de salud pública, se constituye en un proceso dinámico, integral, sistemático y participativo que bajo el liderazgo y conducción de la autoridad sanitaria, está orientado a que las políticas, planes, programas y proyectos de salud pública se realicen de manera efectiva, coordinada y organizada, entre los diferentes actores del SGSSS junto con otros sectores del Gobierno, de las organizaciones sociales y privadas y la comunidad, con el propósito de alcanzar los resultados en salud. Se enmarca en el ejercicio de la rectoría y apunta a la generación de gobernanza en salud, con el propósito de que las respuestas sectoriales, intersectoriales y comunitarias se desarrollen de manera articulada y orientadas al logro de resultados en salud”.

Lo anterior implica el relacionamiento coordinado para el logro de los objetivos en la gestión de la salud pública y los resultados en salud de las poblaciones, acordes al contexto territorial, entre el nivel nacional y el nivel territorial, entre la entidad territorial y las instituciones de salud; al interior de estas entre directivos y las personas que trabajan en salud. Igualmente, entre los diferentes equipos de salud, especialistas y profesionales en áreas de la salud, ciencias sociales y otras áreas del campo de la salud pública; entre estos últimos y los técnicos/auxiliares del campo de la salud; así como un mayor acercamiento entre el ámbito gubernamental, las organizaciones sociales y comunitarias y las personas que utilizan los servicios y demás miembros de la comunidad, para un relacionamiento menos burocratizado y cada vez más reflexivo, dialógico y colaborativo que contribuya con la garantía del derecho a la salud, la equidad, el bienestar y calidad de vida de individuos y colectivos y con ello, 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 (Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1035 de 2022)

Para el caso de los pueblos y comunidades indígenas, comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras y el pueblo Rrom en el marco de la autonomía, el proceso de gestión integral para la salud pública en los territorios se orientará con base en los acuerdos interculturales efectuados en la resolución 050 de 2021, Consulta Previa y resolución 464 de 2022 respectivamente, en alineación, gradualidad, progresividad y adecuación con los instrumentos de política pública como los planes de vida y el que haga sus veces, los modelos de cuidado de la salud integral establecidos en el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural - SISPI, y demás instrumentos que permiten la materialización de las acciones propias, interculturales y complementarias de la gestión de la salud pública e integral en los territorios.

Actualmente las entidades territoriales se encuentran implementando el Plan Territorial de Salud como parte integral del Plan de Desarrollo Territorial para el cuatrienio 2020 -2023;

por lo tanto, en el marco normativo actual, las entidades territoriales continuarán la ejecución del PTS que terminará en el año 2023 y realizarán su respectiva evaluación.

Para la entrada en vigencia del PDSP 2022-2031, las entidades territoriales y demás actores involucrados con su gestión deberán durante el segundo semestre del año 2022 y en el 2023 desarrollar las etapas de agendamiento del ciclo de política acorde con los elementos estratégicos y operativos propuestos en el nuevo PDSP, mientras cierran el ciclo de política del PDSP anterior; deberán continuar con la ejecución de sus PTS y el fortalecimiento de las capacidades territoriales, institucionales y sociales relacionadas con su gestión, reconocer los recursos necesarios y las herramientas técnicas y operativas requeridas para la adopción y adaptación de los elementos estratégicos del Plan en los territorios.

Ahora bien, para dinamizar el PDSP 2022-2031 se requiere concretar la participación social en salud a lo largo del proceso de planeación integral para la salud en el territorio; cuyas orientaciones técnicas se presentan a continuación:

Elaboración conjunta de la Planeación Integral para la salud en el territorio

La Planeación Integral para la Salud en el territorio es un proceso que permite a las entidades territoriales definir y desarrollar las acciones de alistamiento institucional y reconocimiento del contexto político, ruta lógica para la formulación, gestión operativa para su implementación seguimiento, evaluación y rendición de cuentas del Plan Territorial de Salud- PTS, bajo los principios de coordinación, concurrencia, complementariedad y subsidiariedad, como instrumento estratégico de la política en salud territorial. En ese sentido, el marco de la Ley 1751 de 2015 – Ley Estatutaria de Salud, en su capítulo II Garantía y mecanismos de protección del derecho fundamental a la salud *“Artículo 12. Participación en las decisiones del sistema de salud. El derecho fundamental a la salud comprende el derecho de las personas a participar en las decisiones adoptadas por los agentes del sistema de salud que la afectan o interesan”*.

Dado lo anterior, corresponde a la entidad territorial, garantizar los escenarios de participación social, para el fomento del diálogo y concertación con actores territoriales en la incorporación de acciones acordes con las necesidades y contexto socio cultural en los PTS, así como los mecanismos de deliberación, control social y seguimiento, diseñados en el marco de la Política de Participación Social en Salud, que contribuyan con la mejora para los resultados en salud de la población.

Consideraciones generales para la participación en la planeación integral para la salud:

- Generación de capacidad comunitaria y gubernamental para el diálogo: para que, partiendo del respeto mutuo, se construya conjuntamente la planeación integral para la

salud a partir de la cualificación de los procesos de participación social comunitarios y de planificación institucional con adecuaciones técnicas y socio culturales.

- Reconocimiento de los escenarios para la planeación integral para la salud comunitaria: implica el reconocimiento de los procesos que se adelantan desde el contexto territorial de los grupos étnicos, campesinos y de organizaciones de base comunitaria en general y desde el ámbito gubernamental, motivo por el cual se recomienda la respectiva gestión para crear, establecer o reactivar, instancias de diálogo a nivel territorial entre los actores del SGSSS y la comunidad.

Las orientaciones técnicas para la planeación integral para la salud, se desarrollan en cuatro componentes, los cuales incorporan acciones encaminadas a las garantías de tipo político, técnico y logístico requeridas y dirigida a la población en general incluyendo los enfoques interculturales y diferenciales establecidos normativamente: a) etapa de alistamiento, b) etapa de construcción conjunta del PTS, c) etapa de implementación del PTS y del Plan de Acción de Salud y d) etapa de seguimiento y evaluación

a. Etapa de alistamiento:

Preparación para la garantía de las condiciones políticas, técnicas y logísticas para la construcción conjunta de la Planeación Integral para la Salud y el Plan Territorial de Salud:

- Tenga en cuenta lo establecido en la ley 152 de 1994, en cuanto al procedimiento para la elaboración de los planes de desarrollo de las entidades territoriales y las recomendaciones del Departamento Nacional de Planeación para el proceso de empalme de los mandatarios territoriales.
- Genere procesos de diálogo político por parte de la autoridad sanitaria con las administraciones territoriales y con los demás sectores con el propósito de movilizar la voluntad de actuación institucional para el proceso de formulación del Plan Territorial de Salud.
- Defina el equipo de salud que estará encargado de dinamizar las acciones para convocar el equipo intersectorial y los procesos de organización social y comunitarios, para la formulación del Plan Territorial de Salud.
- Elabore y concerte el plan y cronograma de trabajo que guiará el proceso de Planeación Integral para la Salud
- Identifique el directorio de actores sociales y gubernamentales que participarán en el proceso de planeación territorial.
- Realice la respectiva capacitación y/o inducción técnica para el diálogo en la construcción conjunta del PTS, en ambos escenarios (gubernamental, sectorial e intersectorial, y comunitario).

- Dé a conocer a la comunidad, especialmente a los líderes sociales, las herramientas de planificación en salud, para lograr un mayor compromiso respecto del Plan Territorial de Salud, y generar un mayor empoderamiento para la exigibilidad del derecho a la salud.
- Aliste los insumos de información suministrados por el Ministerio de Salud, propios de la entidad territorial y de cada escenario de participación social, para el proceso de construcción participativa del PTS.
- Apoye mediante procesos de gestión, la generación de los espacios comunitarios para la identificación y análisis de los Ejes Estratégicos, estrategias, líneas de acción del PDSP, en el marco de las categorías de interés para la comunidad, en concordancia con lo definido en la Política de Participación Social en Salud- Resolución 2063 de 2017.
- Acuerde las garantías de tipo político, técnico y logístico con los actores sociales y gubernamentales, en territorios donde persiste el conflicto armado asegúrese de identificar las garantías de seguridad colectivas e individuales para los actores sociales.

Para la comunidad: Realice entrega oficial de los insumos desde el ámbito comunitario a los delegados oficiales para su presentación ante el escenario de construcción conjunta con la entidad territorial.

b. Etapa de construcción conjunta del PTS

Escenario conjunto para la identificación, comprensión de circunstancias y condiciones y del proceso de salud-enfermedad- atención en el territorio.

- Tenga en cuenta los lineamientos que brindará el Ministerio de Salud y Protección Social para elaborar el diagnóstico participativo con base en el Análisis de Situación de Salud y la cartografía territorial, y otras fuentes de información que disponga el territorio.
- Tenga en cuenta los lineamientos que brindará el Ministerio de Salud y Protección Social para la formulación del plan territorial de salud de acuerdo a los ejes estratégicos del PDSP 2022-2031 y de inversión plurianual del Plan Territorial de Salud.
- Protocolización en acta de los acuerdos, con organizaciones sociales y otros sectores, donde se establezca el paso a seguir para la inclusión de estrategias y actividades en el Plan Operativo anual de Inversiones- POAI y el Plan de Acción de salud-PAS, así como la ruta de seguimiento de los acuerdos.
- Realice la remisión del Plan Territorial de Salud a más tardar el 30 de junio de cada periodo de gobierno territorial, al Ministerio de Salud y Protección Social, una vez este haya sido aprobado en las asambleas departamentales y concejos distritales y municipales.
- Cada año con base en los lineamientos que brindará el Ministerio de Salud y Protección Social para la elaboración del componente operativo y de inversiones en salud del Plan Territorial de Salud, realice la planeación correspondiente en armonía con las

estrategias definidas en el Plan Territorial de Salud y los ejes estratégicos del PDSP 2022-2031.

c. Etapa de implementación del PTS y del Plan de Acción de Salud

A partir de la experiencia que el MSPS ha recabado desde el 2012- 2021 ha logrado establecer algunos factores críticos de éxito que posibilitan que las entidades territoriales logren una mejor gestión y con ello un avance sobresaliente de sus resultados, que son:

- Mantener la voluntad política de los gobernantes y de los Secretarios de Salud y otros miembros de la entidad territorial para la puesta en marcha del PTS y los distintos PAS que se implementen.
- Comprometer y gestionar los recursos financieros para dar cuenta de la operación técnica, tecnológica y logística
- Desplegar el plan de acción en salud en la planeación mensual de los diferentes equipos o instancias sectoriales e intersectoriales para el desarrollo de las actividades requeridas en el logro de las estrategias de la planeación territorial de salud
- Desplegar en el territorio una estrategia de socialización y comunicación del PTS dirigida a diferentes actores sectoriales, intersectoriales y comunitarios
- Garantizar la contratación permanente y la conformación de un equipo técnico con conocimientos en salud pública, en ciencias sociales y humanas, cualificado para la implementación del Plan Territorial de Salud y las estrategias que lo constituyen.
- Favorecer el desarrollo de capacidades del talento humano directivo, técnico y operativo, en la Secretaría de Salud y en los equipos de Atención Primaria en Salud, que incluya y combine estrategias presenciales y virtuales de asistencia técnica calificada,
- Favorecer el desarrollo de capacidades de organizaciones sociales respecto de la planeación territorial en salud
- Establecer espacios para asistencias técnicas con el Ministerio de Salud y Protección Social
- Establecer los espacios de concertación inter y transectorial a través de mesas técnicas que desarrollen las estrategias definidas en el PTS, en particular las del Eje 2 y 3 del PDSP.
- Generar compromisos con otros sectores para la implementación de acciones del PTS en el marco de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud o quienes haga sus veces y en los espacios de carácter intersectorial
- Generar articulación entre la Oficina de Planeación de la entidad territorial y la dependencia de salud pública con el fin de abordar de manera organizada el desarrollo de la planeación territorial.

d. Etapa de seguimiento y evaluación del PTS

- Efectuado el Plan operativo del PTS, se deberá presentar este resultado a las autoridades de las zonas involucradas y las entidades sectoriales e intersectoriales, como insumo para ejercer los respectivos mecanismos de participación con la definición de un comité de seguimiento integrado por delegados del ámbito gubernamental, comunitario y del Ministerio Público.
- Generar de espacios de seguimiento y evaluación de los planes concertados en el marco de la Resolución vigente de planeación territorial en salud, con recursos propios y siguiendo los lineamientos dados por el Ministerio de Salud y protección Social.
- Utilizar la información suministrada por el Ministerio de Salud y Protección Social respecto del avance de las actividades aprobadas en el Plan de Acción en Salud para realizar ajustes en la ejecución operativa y financiera.

CONFIDENCIAL

Capítulo 7. Responsabilidades de los actores del sector salud en el PDSP 2022-2031

En el marco de la Gestión Integral de la Salud Pública el presente capítulo busca establecer las responsabilidades de los distintos actores del sector salud frente al cumplimiento del PDSP 2022-2031, sin perjuicio de sus responsabilidades y competencias establecidas en otras normativas. Dichas responsabilidades incluyen las relacionadas con los departamentos, distritos y municipios en sus distintas categorías. Con participación en diferentes niveles de gestión, se incluyen las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y los prestadores de servicios de salud, como actores claves para la operación del SGSSS.

Todos ellos, cumplen funciones en los distintos niveles macro, meso y micro de la gestión de la salud pública territorial con diferentes grados de coordinación y articulación que deben ser tenidos en cuenta tal como se señaló en el capítulo anterior.

De los Departamentos y Distritos

En concordancia con las competencias establecidas en las normas legales, corresponde a los departamentos y distritos asumir las siguientes responsabilidades frente al PDSP 2022-2031:

1. Adoptar y adaptar los lineamientos técnicos para el desarrollo, operación, seguimiento y evaluación del PDSP 2022-2031 que expida el Ministerio de Salud y Protección Social previa armonización con los demás lineamientos técnicos ministeriales al respecto.
2. Articular y armonizar el Plan Territorial de Salud con el PDSP 2022-2031.
3. Definir intervenciones institucionales a nivel territorial, con el fin de coordinar y alinear las acciones del PDSP 2022-2031.
4. Prestar asesoría y asistencia técnica para desarrollar y fortalecer capacidades para la adopción, adaptación e implementación de las RIAS, a los integrantes del SGSSS y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en su jurisdicción.
5. Vigilar y supervisar la adopción, adaptación, implementación y evaluación de las RIAS, en los términos de la presente resolución, y en caso de que no sean implementadas, informar a la Superintendencia Nacional de Salud, para que adelante las respectivas acciones, en el marco de su competencia.
6. Desarrollar y coordinar las Redes Integrales e Integradas para el Bienestar en articulación con los actores del SGSSS y el Sistema de Protección Social, y demás sectores gubernamentales involucrados con el bienestar de la población.

7. Desarrollar capacidades para la cogestión territorial de la salud pública con los diferentes actores y sectores presentes en los territorios.
8. Formular, adoptar y armonizar el Plan Territorial de Salud en cada cuatrienio, y los planes plurianuales y bienales de inversiones públicas en el marco de lo establecido en la Ley 152 de 1994 y en el PDSP 2022-2031, con participación del Consejo de Planeación Territorial y del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud.
9. Socializar el Plan Territorial de Salud y el Plan Operativo Anual aprobados con los actores sectoriales, transectoriales y comunitarios correspondientes.
10. Asegurar la concurrencia a los municipios 4, 5 y 6, de conformidad con la normatividad vigente para el logro de los objetivos y metas del PDSP 2022-2031.
11. Actualizar y divulgar el análisis de situación de salud del territorio bajo el modelo y enfoques del PDSP 2022-2031.
12. Convocar los actores del Sistema de Salud de su jurisdicción para la Formulación del Plan Territorial en Salud y la adopción del PDSP 2022-2031.
13. Brindar asesoría y asistencia técnica a los municipios, instituciones sectoriales y de otros sectores, y al talento humano encargado de la elaboración del Análisis de Situación de Salud ASIS, y de la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud.
14. Acompañar técnicamente a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios EAPB, o a quién haga sus veces, y a las Administradoras de Riesgos Laborales ARL, para que en el marco de sus competencias elaboren la caracterización de la población afiliada y se incorpore a la planeación territorial las situaciones identificadas.
15. Desarrollar actividades e intervenciones de salud pública, a la población ocupada, con énfasis a la población no afiliada al Sistema General de Riesgos Laborales, de acuerdo con las directrices que defina el Ministerio de Salud y Protección Social. (artículo 1 y 2 del Decreto 4107 del 2011)
16. Desarrollar actividades de promoción y prevención dirigidos a proteger la vida, promover el mejoramiento de la salud, prevenir los accidentes y enfermedades y elevar el nivel de calidad de vida, que incida en el bienestar de los trabajadores no afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales (artículo 9 de la Ley 1751 de 2015, determinantes sociales).
17. Implementar un sistema de vigilancia epidemiológica de los trabajadores del sector informal, con dos objetivos principales: el monitoreo permanente de las condiciones de trabajo y salud, y el control efectivo del riesgo.
18. Adoptar las metodologías, herramientas e instrumentos para la planeación, el seguimiento y evaluación de la gestión del talento humano, los recursos técnicos, administrativos y financieros del Plan Territorial de Salud.

19. Promover y articular espacios de participación donde los diferentes actores sectoriales, intersectoriales y comunitarios planeen, implementen y realicen seguimiento y evaluación al Plan Territorial en Salud.
20. Formular y ejecutar el plan de intervenciones colectivas en el marco de los lineamientos que para el efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social, y asistir técnicamente a los municipios y actores territoriales en la planeación, ejecución, monitoreo y evaluación de las mismas.
21. Adoptar y adaptar las metodologías, lineamientos e instrumentos para la gestión administrativa y financiera de los recursos del Plan Territorial de Salud para la incorporación de las metas del PDSP 2022-2031; armonizarlos con los instrumentos del Plan Nacional de Desarrollo y con los otros instrumentos de la gestión pública departamental y con el Presupuesto Anual de Resultados y Banco de Programas y Proyectos de acuerdo con los lineamientos del Departamento Nacional de Planeación.
22. Promover, orientar y dirigir el desarrollo de herramientas metodológicas, estudios e investigaciones periódicas y sistemáticas, que permitan identificar las necesidades y problemas de salud de la población y realizar el análisis de la respuesta sectorial, transectorial y comunitaria, que provean evidencia para la evaluación y ajuste del Plan Territorial de Salud.
23. Dirigir, incorporar, coordinar, controlar la organización y operación de la estrategia de Atención Primaria en Salud, en los ámbitos departamental, distrital y municipal, en el marco del PDSP 2022-2031 según los lineamientos operativos que para el efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social.
24. Fortalecer los equipos de promoción social, para desarrollar en el marco de sus competencias las acciones de gestión diferencial de las poblaciones étnicas y vulnerables definidas en el PDSP 2022-2031.
25. Participar en la operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública bajo los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y las acciones establecidas en el marco del PDSP 2022-2031, en el marco de sus competencias.
26. Coordinar el desarrollo, operación y redes del Sistema de Vigilancia en Salud Pública en su territorio, tanto en el ámbito interinstitucional como intersectorial, brindando asistencia técnica y capacitación requerida por los actores institucionales, transectoriales y comunitarios.
27. Integrar el componente del laboratorio de salud pública como soporte de las acciones de vigilancia en salud pública y gestión del sistema en su jurisdicción, de acuerdo con los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.
28. Apoyar y fortalecer el componente de laboratorio de Salud Pública de su jurisdicción, garantizando la infraestructura según los estándares técnicos, el talento humano, los recursos financieros, materiales y técnicos, con el fin de alcanzar los objetivos propuestos en el PDSP 2022-2031.

29. Fortalecer las capacidades básicas de los funcionarios en las entidades para adelantar los procesos de participación social, respetando la autonomía, las diferencias y la cosmovisión e intereses de las comunidades, pueblos, grupos y colectivos.
30. Definir, promover, coordinar y articular espacios de participación de la academia en los procesos de planificación, ejecución, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud.
31. Coordinar y desarrollar procesos de movilización social, con la participación de los ciudadanos, las instituciones sectoriales, transectoriales, los Consejos Territoriales de Salud, el Consejo de Política Social, las organizaciones de base comunitaria, los gremios, el sector de la economía, que pueden desarrollar acciones sobre los Determinantes Sociales de la Salud.
32. Definir espacios y mecanismos que posibiliten la movilización social y fortalezcan la participación social, para garantizar la ejecución transparente y eficaz de los recursos en concordancia con las acciones.
33. Coordinar y apoyar las acciones de los diferentes organismos de inspección, vigilancia y control del ámbito territorial, conforme lo establecido por la nación.
34. Promover, orientar y dirigir el diseño, operación, análisis y comunicación de los estudios de impacto del Plan Territorial de Salud.
35. Generar la información requerida para el seguimiento y evaluación del PDSP 2022-2031 y demás que requiera el sistema de información en salud.
36. Fortalecer la capacidad de la autoridad sanitaria territorial y disponer de talento humano idóneo, suficiente y permanente para la gestión en los procesos de planeación, ejecución, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud.
37. Disponer para la ciudadanía información completa, oportuna y veraz de la forma como avanza la implementación y ejecución del Plan Territorial de Salud, con el fin de facilitar el ejercicio de control social.
38. Desarrollar una cultura del buen gobierno, de manejo de información financiera y contable de los recursos de salud, y de rendición de cuentas anual de los resultados en salud, de acuerdo con la normatividad vigente.
39. Se tendrá en cuenta que además de las autoridades competentes del sistema general de seguridad social en salud, se debe garantizar una relación de autoridad a autoridad en el marco de la coordinación y articulación para la gestión territorial integral en salud, con las autoridades tradicionales de los pueblos y comunidades indígenas en sus territorios conforme a lo establecido en el artículo 4 de la Ley 691 de 2001.

De los Municipios Categoría 1, 2 y 3

En concordancia con las competencias establecidas en las normas legales, corresponde a los departamentos, distritos y municipios categorías E, 1, 2, y 3 asumir las siguientes responsabilidades frente al PDSP 2022-2031:

1. Formular, adoptar y armonizar el Plan Territorial de Salud en cada cuatrienio y los planes plurianuales y bienales de inversiones públicas, en el marco de lo establecido en la Ley 152 de 1994 y en el PDSP 2022-2031 con participación de los Consejos de Planeación Territorial y los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud.
2. Definir intervenciones institucionales a nivel territorial, con el fin de coordinar y alinear las acciones de los actores del Sistema de Salud, articulando y armonizando el Plan Territorial de Salud y el PDSP 2022-2031.
3. Gestionar apoyo técnico y concurrencia del departamento para el desarrollo del PDSP 2022-2031.
4. Adoptar las metodologías, instrumentos y herramientas, para la implementación, seguimiento y evaluación del PDSP 2022-2031 según lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social.
5. Elaborar y aprobar en cada anualidad, conforme a lo establecido en la Ley 152 de 1994, el Plan Operativo Anual.
6. Socializar el Plan Territorial de Salud y el Plan Operativo Anual aprobados con los actores sectoriales, transectoriales y comunitarios correspondientes.
7. Convocar los actores del Sistema de Salud de su jurisdicción para la Formulación del Plan Territorial en Salud y la adopción del PDSP 2022-2031.
8. Fortalecer la capacidad de la autoridad sanitaria territorial, y contar con talento humano idóneo, suficiente y permanente, para la gestión en los procesos de planeación, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud.
9. Adoptar y adaptar los lineamientos técnicos para la gestión operativa y financiera según expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el desarrollo del PDSP 2022-2031.
10. Actualizar y divulgar el Análisis de la Situación de Salud ASIS bajo modelo y enfoques establecidos en el PDSP 2022-2031 para la identificación e intervención de las inequidades en salud.
11. Acompañar técnicamente a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios EAPB, o a quien haga sus veces, y a las Administradoras de Riesgos Laborales ARL, para que en el marco de sus competencias elaboren la caracterización de la población afiliada.
12. Participar en las actividades relacionadas con la adopción, adaptación, implementación, seguimiento y evaluación de las RIAS, que convoque el respectivo departamento.
13. Participar en los procesos de asistencia técnica que lidere el departamento para desarrollar o fortalecer capacidades para la adopción, adaptación, implementación, seguimiento y evaluación de las RIAS.
14. Desarrollar y coordinar las Redes Integrales e Integradas para el Bienestar en articulación con los actores del SGSSS y el Sistema de Protección Social, y demás sectores gubernamentales involucrados con el bienestar de la población.

15. Desarrollar capacidades para la cogestión territorial de la salud pública con los diferentes actores y sectores presentes en los territorios.
16. Desarrollar actividades e intervenciones de salud pública, a la población ocupada, con énfasis a la población no afiliada al Sistema General de Riesgos Laborales, de acuerdo con las directrices que defina el Ministerio de Salud y Protección Social (artículo 1 y 2 del Decreto 4107 del 2011).
17. Desarrollar actividades de promoción y prevención dirigidos a proteger la vida, promover el mejoramiento de la salud, prevenir los accidentes y enfermedades y elevar el nivel de calidad de vida, que incida en el bienestar de los trabajadores no afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales (artículo 9 de la Ley 1751 de 2015, determinantes sociales).
18. Implementar un sistema de vigilancia epidemiológica de los trabajadores del sector informal, con dos objetivos principales: el monitoreo permanente de las condiciones de trabajo y salud, y el control efectivo del riesgo.
19. Coordinar y articular con los actores sectoriales, transectoriales y comunitarios, la planeación, la ejecución, el seguimiento y la evaluación del Plan Territorial de Salud.
20. Adoptar las metodologías, instrumentos y herramientas para la planeación, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud; armonizarlos con los instrumentos del Plan Departamental de Desarrollo y con los otros instrumentos de la gestión pública, con el Presupuesto Anual de Resultados y Banco de Programas y Proyectos de acuerdo con los lineamientos del Departamento Nacional de Planeación.
21. Generar la información requerida para el seguimiento y evaluación del PDSP 2022-2031 y demás que requiera el sistema de información en salud.
22. Realizar la formulación, ejecución, monitoreo y evaluación del plan de intervenciones colectivas e individuales en el marco de los lineamientos que para ello expida el Ministerio de Salud y Protección Social.
23. Fortalecer los equipos de talento humano para desarrollar de acciones de gestión diferencial de las poblaciones étnicas vulnerables definidas en el PDSP 2022-2031, y aquellas dirigidas en el marco de sus competencias.
24. En el marco de sus competencias participar en la operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública bajo los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social o el Instituto Nacional de Salud.
25. Realizar la gestión interinstitucional, transectorial y comunitaria para garantizar el flujo continuo de información de interés en salud pública requerida en el Sistemas de Vigilancia en Salud Pública, en su jurisdicción conforme con sus competencias
26. Dirigir, incorporar, coordinar y controlar la organización y operación de la estrategia de Atención Primaria en Salud, en el marco del PDSP 2022-2031, bajo los lineamientos operativos que para este efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

27. Fortalecer las capacidades del talento humano para adelantar procesos de participación social, respetando la autonomía, las diferencias, cosmovisión e intereses de las comunidades, pueblos, grupos y colectivos.
28. Coordinar y desarrollar procesos de movilización social con la participación de las instituciones y organizaciones comunitarias, los Consejos Territoriales y el Consejo de Política Social, que puedan desarrollar acciones sobre los Determinantes Sociales de la Salud.
29. Definir, de forma coordinada y articulada con los diferentes actores sectoriales, transectoriales y comunitarios, las necesidades de prestación de servicios de salud y de capacidad instalada.
30. Definir espacios y mecanismos que posibiliten y fortalezcan la participación social, para garantizar la ejecución transparente y eficaz de los recursos, en concordancia con las acciones.
31. Fortalecer la capacidad de la autoridad sanitaria territorial y contar con talento humano idóneo, suficiente y permanente para la gestión en los procesos de planeación, seguimiento y evaluación del PTS y el PDSP 2022-2031.
32. Utilizar las diferentes herramientas, como observatorios, estudios e investigaciones, para el seguimiento articulado y participativo donde los diferentes actores sectoriales, intersectoriales y comunitarios planeen, implementen y realicen seguimiento y evaluación al PTS y PDSP 2022-2031.
33. Promover y articular espacios de participación
34. Promover, orientar y dirigir el desarrollo de investigaciones periódicas y sistemáticas sobre las necesidades y problemas de salud de la población, y la respuesta sectorial, intersectorial, transectorial y comunitaria, que provean evidencia para el ajuste del Plan Territorial de Salud.
35. Promover, orientar y dirigir el diseño, operación, análisis y comunicación de los estudios de impacto del Plan Territorial de Salud.
36. Definir, promover y coordinar acciones para la divulgación y difusión del impacto en las condiciones de salud y calidad de vida de la población, y el avance de ejecución de conformidad con el seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud, con el fin de facilitar el ejercicio de control social.
37. Coordinar y apoyar las acciones de los diferentes organismos de inspección, vigilancia y control del ámbito departamental, conforme con lo establecido por la nación.
38. Desarrollar una cultura del buen gobierno, del manejo de información financiera y contable de los recursos de salud, y de rendición de cuentas anual de los resultados en salud, de acuerdo con la normatividad vigente.
39. Se tendrá en cuenta que además de las autoridades competentes del sistema general de seguridad social en salud, se debe garantizar una relación de autoridad a autoridad en el marco de la coordinación y articulación para la gestión territorial integral en salud, con las autoridades tradicionales de los pueblos y comunidades

indígenas en sus territorios conforme a lo establecido en el artículo 4 de la Ley 691 de 2001.

De los Municipios Categoría 4, 5, y 6

En concordancia con las competencias establecidas en las normas legales, corresponde a los municipios de las categorías 4, 5 y 6 asumir las siguientes responsabilidades frente al PDSP 2022-2031:

1. Gestionar apoyo técnico y concurrencia al departamento para el desarrollo del PDSP 2021-2031.
2. Formular, adoptar y armonizar el Plan Territorial de Salud en cada cuatrienio y los planes plurianuales y bienales de inversiones públicas, en el marco de lo establecido en la Ley 152 de 1994 y en el PDSP 2022-2031 con participación de los Consejos de Planeación Territorial y los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud.
3. Elaborar y aprobar en cada anualidad, conforme a lo establecido en la ley 152 de 1994, el Plan Operativo Anual.
4. Socializar el Plan Territorial de Salud y el Plan Operativo Anual aprobados con los actores sectoriales, transectoriales y comunitarios correspondientes.
5. Convocar los actores del Sistema de Salud de su jurisdicción para la Formulación del Plan Territorial en Salud y la adopción del PDSP 2022-2031.
6. Dirigir, incorporar y coordinar y controlar la implementación estrategia de Atención Primaria en Salud, en el marco del PDSP 2022-2031, bajo los lineamientos operativos que para este efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social.
7. Coordinar y articular con los actores sectoriales, transectoriales y comunitarios, la planeación, la ejecución, el seguimiento y la evaluación del Plan Territorial de Salud y el PDSP 2022-2031.
8. Participar en las actividades relacionadas con la adopción, adaptación, implementación, seguimiento y evaluación de las RIAS, que convoque el respectivo departamento.
9. Participar en los procesos de asistencia técnica que lidere el departamento para desarrollar o fortalecer capacidades para la adopción, adaptación, implementación, seguimiento y evaluación de las RIAS.
10. Desarrollar capacidades para la cogestión territorial de la salud pública con los diferentes actores y sectores presentes en los territorios.
11. Adoptar las metodologías, instrumentos y herramientas para la planeación, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud; armonizarlos con los instrumentos del Plan Departamental de Desarrollo y con los otros instrumentos de la gestión pública, con el Presupuesto Anual de Resultados y el Banco de Programas y Proyectos, de acuerdo con los lineamientos del Departamento Nacional de Planeación.

12. Formular, ejecutar, monitorear, seguir y evaluar el Plan de Intervenciones Colectivas e Individuales en el marco de los lineamientos que para el efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social.
13. Fortalecer la capacidad de la autoridad sanitaria para gestionar los procesos de planificación, ejecución, seguimiento, evaluación y control de los recursos financieros del Plan Territorial de Salud.
14. Actualizar y divulgar el Análisis de la Situación de Salud bajo modelo y enfoques del PDSP para la identificación e intervención de las inequidades en salud.
15. Gestionar la asistencia técnica con el departamento para la actualización del Análisis de Situación de Salud y la planeación, seguimiento y evaluación del Plan Territorial e Institucional de Salud.
16. Participar en las actividades relacionadas con la adopción, adaptación, implementación, seguimiento y evaluación de las RIAS, que convoque el respectivo departamento.
17. Participar en los procesos de asistencia técnica que lidere el departamento para desarrollar o fortalecer capacidades para la adopción, adaptación, implementación, seguimiento y evaluación de las RIAS.
18. Diseñar, gestionar y articular en el Plan Territorial de Salud, según los procesos de concertación con los actores sectoriales, transectoriales y comunitarios, los gremios y el sector privado de la economía, los compromisos intersectoriales que permitan actuar sobre los Determinantes Sociales de la Salud.
19. Generar la información requerida para el seguimiento y evaluación del PDSP 2022-2031 y demás que requiera el sistema de información en salud.
20. Adoptar y adaptar las metodologías, herramientas e instrumentos para el fortalecimiento de las capacidades del talento humano de la entidad.
21. Gestionar el apoyo técnico y la concurrencia para fortalecer el desarrollo de las acciones de gestión diferencial de las poblaciones étnicas y vulnerables definidas en el PDSP 2022-2031.
22. Fortalecer las capacidades del talento humano para adelantar procesos de participación social, respetando la autonomía, las diferencias, cosmovisión e intereses de las comunidades, pueblos, grupos y colectivos.
23. Participar en el marco de sus competencias en la operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública bajo los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y del Instituto Nacional de Salud.
24. Realizar la gestión interinstitucional, transectorial y comunitaria para la implementación y desarrollo de las acciones de vigilancia en Salud Pública, y garantizar el flujo continuo de información de interés para el Sistema, en su jurisdicción conforme con sus competencias.
25. Adoptar y adaptar los lineamientos técnicos para la gestión operativa y financiera según expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el desarrollo del PDSP 2022-2031.

26. Coordinar y articular procesos de movilización social con la participación de las instituciones y organizaciones comunitarias, los Consejos Territoriales, el Consejo de Política Social, para el desarrollo de acciones sobre los Determinantes Sociales de la Salud.
27. Fortalecer la capacidad de la autoridad sanitaria territorial; contar con talento humano idóneo, suficiente y permanente para la gestión en los procesos de planeación, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud.
28. Definir, promover y coordinar acciones para la divulgación y difusión del impacto en las condiciones de salud y calidad de vida de la población, y el avance de ejecución, de conformidad con la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud y el PDSP, con el fin de facilitar el ejercicio de control social.
29. Desarrollar una cultura del buen gobierno, del manejo de información financiera y contable de los recursos de salud, y de rendición de cuentas anual de los resultados en salud, de acuerdo con la normatividad vigente.
30. Definir espacios y mecanismos que posibiliten y fortalezcan la participación social, para garantizar la ejecución transparente y eficaz de los recursos.
31. Se tendrá en cuenta que además de las autoridades competentes del sistema general de seguridad social en salud, se debe garantizar una relación de autoridad a autoridad en el marco de la coordinación y articulación para la gestión territorial integral en salud, con las autoridades tradicionales de los pueblos y comunidades indígenas en sus territorios conforme a lo establecido en el artículo 4 de la Ley 691 de 2001.

De las Entidades Promotoras de Salud

En concordancia con las competencias establecidas en las normas legales, corresponde a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) de los regímenes contributivo y subsidiado, asumir frente al PDSP 2022-2031, las siguientes responsabilidades:

1. Seguir y adoptar las acciones que en marco de sus competencias se establezcan en el PDSP 2022-2031.
2. Elaborar y actualizar la caracterización de la población afiliada, bajo el modelo y enfoques del PDSP 2022-2031, identificando las desigualdades en salud a intervenir.
3. Participar en la formulación del Plan Territorial de Salud y articular acciones para la gestión integral de la salud pública con las entidades territoriales de su afluencia en el marco de sus competencias y según lineamientos y directrices del Ministerio de Salud y Protección Social.
4. Coordinar con las IPS, la organización y operación de la estrategia de Atención Primaria en Salud, bajo la perspectiva de las redes integrales de prestación de servicios y los lineamientos operativos que para este efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

5. Garantizar las redes integrales de prestación de servicios de salud
6. Realizar la medición cuantitativa de los riesgos de la población afiliada, identificando los diferenciales poblacionales para la planeación de la atención en salud.
7. Desarrollar o fortalecer los procesos, herramientas e instrumentos para asegurar el seguimiento de las cohortes de usuarios para la gestión del riesgo.
8. Incorporar indicadores en la planeación y gestión del riesgo que permita medir la modificación de daños, riesgos y resultados en salud.
9. Planear la atención en salud de la población afiliada y ajustar con base en los riesgos y necesidades diferenciales de atención, la organización y funcionamiento de la oferta de servicios, armonizado e incorporando según lo establecido en el PTS y PDSP 2022-2031.
10. Fortalecer los procesos, herramientas e instrumentos en el marco de las RIAS y de los lineamientos y directrices ministeriales para mejorar el acceso, oportunidad y calidad de la prestación de los servicios de salud para toda la población y en especial, para la población identificada como vulnerable y de especial protección.
11. Definir con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), las metas y las acciones a cumplir en el marco del PDSP 2022-2031, e incorporar los indicadores para la medición de daños, riesgos y resultados en salud esperados.
12. Generar y proveer la información requerida por el Sistema de Salud y suministrarla de conformidad con la normatividad en la materia y en el marco de sus competencias.
13. Vigilar los indicadores de control de riesgo, la calidad de la atención, la gestión clínica y administrativa de los recursos del Plan de Beneficios en Salud.
14. Vincularse y participar en los mecanismos de articulación territorial de salud pública para gestionar el riesgo en salud colectivo e individual de la población en el territorio.
15. Desarrollar un plan de asesoría, asistencia técnica y auditoría para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS, que hacen parte de su red, que garantice el cumplimiento de las metas de las acciones individuales de salud pública incluidas en el Plan Territorial de Salud y el PDSP 2022-2031.
16. Promover el conocimiento en derechos y deberes de la población afiliada, en el uso adecuado de los servicios de salud y en la conformación y organización de alianzas de usuarios y su articulación con la defensoría de los usuarios.
17. Implementar las directrices y procedimientos determinados por el Ministerio de Salud y Protección Social, en relación con los procesos básicos de vigilancia en sus redes de servicios.
18. Adoptar y adaptar los lineamientos técnicos de su competencia para las operativas y financieras de la salud pública que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el desarrollo del PDSP 2022-2031.
19. Adoptar, adaptar e implementar las RIAS de manera articulada con los demás integrantes del SGSSS que operan en el territorio, con el fin de garantizar la integralidad en la atención de la población afiliada.

20. Articular con las instituciones prestadoras de servicios de salud los mecanismos que garanticen a los afiliados el acceso efectivo a los servicios.
21. Participar activamente, en el marco de sus competencias y en coordinación con la entidad territorial de su afluencia en la operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, bajo los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud.
22. Garantizar la notificación y realización de acciones tendientes a confirmar los eventos de interés en salud pública, y asegurar las intervenciones individuales y familiares del caso.
23. Participar en las estrategias de vigilancia especiales planteadas por la autoridad sanitaria territorial, de acuerdo con las prioridades de salud pública.
24. Desarrollar una cultura del buen gobierno, del manejo de información financiera y contable de los recursos de salud, y de rendición de cuentas anual de los resultados en salud, de acuerdo con la normatividad vigente.
25. Implementar acciones de la cultura de la seguridad social en el marco de los ejes estratégicos del PDSP 2022-2031.

De los Prestadores de servicios de salud

En concordancia con las competencias establecidas en las normas legales, corresponde a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS y demás prestadores de servicios de salud asumir las siguientes responsabilidades frente al PDSP 2022-2031:

1. Adoptar y aplicar las políticas y normas establecidas para el cumplimiento de los contenidos del PDSP 2022-2031.
2. Participar en la elaboración, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud en el marco del PDSP 2022-2031.
3. Participar en la formulación del Plan Territorial de Salud y articular acciones para la gestión integral de la salud pública con las entidades territoriales de su afluencia en el marco de sus competencias y según lineamientos y directrices del Ministerio de Salud y Protección Social.
4. Cumplir con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud SOGCS, según lo establecido por el Ministerio de Salud y protección Social y las establecidas en el marco del PDSP 2022-2031.
5. Fortalecer e implementar los procesos, herramientas e instrumentos para mejorar el acceso, oportunidad y calidad de los servicios de salud.
6. Coordinar con las EPS y las entidades territoriales la organización y operación de los servicios de salud bajo la estrategia de Atención Primaria Integral en Salud bajo los lineamientos operativos que en el marco del PDSP 2022-2031 expida el Ministerio de Salud y Protección Social.
7. Realizar el alistamiento y adecuar los procesos y tecnologías necesarias para garantizar la operación de las RIAS, en el marco de sus competencias y funciones.

8. Garantizar a los usuarios el acceso efectivo a los servicios y tecnologías en salud dispuestas en las RIAS.
9. Establecer con las Entidades Promotoras de Salud y demás entidades responsables de la atención en salud los mecanismos a través de los cuales se hará seguimiento y evaluación a la operación de las RIAS.
10. Coordinar con las Entidades Promotoras de Salud EPS, las metas y las acciones a cumplir en el marco del PDSP 2022-2031, e incorporar los indicadores para la medición de daños, riesgos y resultados en salud y generar la información requerida por el Sistema de salud y su sistema de información.
11. Implementar los lineamientos técnicos que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para gestión operativa y financiera contenidas en el PDSP 2022-2031, en el marco de su competencia.
12. Implementar mecanismos de seguimiento, evaluación y mejoramiento continuo de las acciones de promoción de la salud, prevención, atención, paliación y rehabilitación.
13. Participar en el marco de sus competencias en la operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, bajo los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional en Salud.
14. Realizar las acciones tendientes a detectar y confirmar los eventos de interés en salud pública, incluyendo la realización de exámenes de laboratorio y demás procedimientos diagnósticos establecidos en los protocolos de vigilancia, y asegurar las intervenciones individuales y familiares del caso que sean de su competencia.
15. Participar en las estrategias de vigilancia especiales planteadas por la autoridad sanitaria territorial, de acuerdo con las prioridades de salud pública.
16. Cumplir con las normas técnicas para la vigilancia de los eventos de interés en salud pública que sean expedidas por la autoridad sanitaria.
17. Asegurar la formación continua y el desarrollo de competencias del talento humano necesarias para cumplir con las metas de Salud establecidas en el PDSP.
18. Implementar las directrices y procedimientos determinados por el Ministerio de Salud y Protección Social, en relación con los procesos básicos de vigilancia en sus procesos de atención.
19. Desarrollar una cultura del buen gobierno, del manejo de información financiera y contable de los recursos de salud, y de rendición de cuentas de los resultados en salud, de acuerdo con la normatividad vigente.

Capítulo 8. Salud propia e intercultural con los pueblos y comunidades en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031

Desde el reconocimiento y protección constitucional a la identidad cultural de los pueblos y comunidades indígenas, negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y Rrom, el país ha avanzado en la formulación de políticas, normas y arreglos institucionales, para garantizar su legitimación política como pueblos, sus derechos humanos fundamentales como los derechos a la propiedad de la tierra, la consulta y el consentimiento previo, libre e informado, el mandato constitucional incuestionable del principio de pluralismo jurídico que acoge el Derecho Propio de los pueblos étnicos en el marco jurídico nacional (Akubadaura, 2021) ,como derecho irrenunciable e imprescriptible de nuestros pueblos étnicos y que fundamentó las bases normativas y técnicas sobre las que se erige este capítulo.

La situación de salud y los resultados en salud señalan inequidades que evidencian las carencias y desigualdades que afectan a los tres pueblos en comparación con la población general y que configuran el rezago persistente de las políticas nacionales y subnacionales en la garantía del derecho fundamental a la salud y el ejercicio de su goce efectivo, basado en medidas sectoriales, intersectoriales, transectoriales que configuran la gestión integral de la salud pública.

El objetivo de este capítulo es desarrollar los elementos estratégicos para el PDSP 2022 – 2031 de diferenciación afirmativa para la gestión integral en salud pública que permitan el diseño de acciones interculturales que agencien las condiciones de salud de acuerdo a sus particularidades y necesidades, mediante estrategias que garanticen el respeto a su integridad étnico – cultural, en la gestión de la salud pública, el fortalecimiento institucional de los sectores concernidos y de sus culturas propias de salud y el mejoramiento de los resultados en salud y calidad de vida.

También que permitan la construcción conjunta de planes, programas y proyectos en salud pública con perspectiva intercultural, lo cual implica el desarrollo de estrategias que garanticen el diálogo horizontal y respetuoso de sus saberes, prácticas y creencias, el fortalecimiento intersectorial de la gestión de la salud pública y la participación social, entre otros, para el mejoramiento de los resultados en salud y calidad de vida.

El capítulo está compuesto en primer lugar por el desarrollo conceptual del Enfoque con Pueblos y Comunidades, que reorienta lo ‘diferencial’ étnico fundamentado en la diversidad

y perspectiva interseccional como sujetos de derechos; continúan los elementos estratégicos en los Marcos Estratégicos Interculturales con cada pueblo.

8.1 Enfoque con Pueblos y Comunidades

La Constitución Política de Colombia - CPC, determina, en el “Artículo 7°. *El Estado reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la Nación colombiana*” y el abordaje integrado de los sujetos de derecho, tanto individuales como colectivos que enmarcan conceptualmente este Plan Decenal de Salud Pública - PDSP, expresan los desarrollos constitucionales, legales y normativos que han consolidado el reconocimiento y protección de la diversidad cultural étnica en el país. El derecho a *existir siendo diferentes*, consagrado por el Convenio 169 de OIT para los pueblos y las comunidades *cuyas condiciones sociales, culturales y económicas les distinguen de otros sectores de la colectividad nacional, y que estén regidos total o parcialmente por sus propias costumbres o tradiciones o por una legislación especial*, establece el carácter vinculante del derecho propio, de su carácter diferencial y diverso que enriquece la diversidad cultural colombiana (OIT, 1989).

La ley 21 de 1991 que adopta el Convenio 169 de la OIT establece la necesidad de a). consultar a los pueblos interesados, mediante procedimientos apropiados y en particular a través de sus instituciones representativas, cada vez que se prevean medidas legislativas o administrativas susceptibles de afectarles directamente, b). Establecer los medios a través de los cuales los pueblos interesados puedan participar libremente, por lo menos en la misma medida que otros sectores de la población, y a todos los niveles en la adopción de decisiones en instituciones electivas y organismos administrativos y de otra índole responsables de políticas y programas que les conciernan. Con respecto a la salud, estos deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario, planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales (Ley 21 de 1991).

Es por el significado encarnado de ‘existir siendo diferentes’ que se propone el enfoque diferencial étnico como Enfoque con Pueblos y Comunidades, sobre la noción conceptual de cultura con una jerarquía distintiva para estos pueblos y comunidades, que debe ser considerada como el conjunto de los rasgos distintivos espirituales y materiales, intelectuales y afectivos que caracterizan a una sociedad o a un grupo social y que abarca, además de las artes y las letras, los modos de vida, la manera de vivir juntos, los sistemas de valores, las tradiciones y las creencias (UNESCO, 2002). Por lo tanto, su alcance trasciende el análisis de vulnerabilidades y desigualdades y enmarcado en el enfoque de derechos humanos y equidad, el enfoque diferencial de derechos y la interseccionalidad se dirige a la comprensión de sus posibilidades y potencialidades de autodesarrollo inherentes a sus dimensiones identitarias culturales individuales y colectivas.

Con el enfoque así enunciado, se amplía el alcance y se supera la vocación de análisis de otras aproximaciones, que leen, objetivamente a la diversidad humana, por la dialéctica de problemas, necesidades y derechos vulnerados del lado de las personas 'diferenciadas' y el diseño de una respuesta social, en políticas con sus instrumentos por el lado del Estado.

El Enfoque con Pueblos y Comunidades en salud propia e intercultural permite identificar, comprender y resolver, en perspectiva intercultural, más allá de las vulnerabilidades existentes, la cultura para la vida y la salud, el ambiente y salud, la protección social y la integralidad en salud concebidos en el PDSP 2022 – 2031, con el propósito de orientar la gestión de la salud pública con enfoque territorial y con visión biocéntrica, para la garantía del derecho a un ambiente sano y por tanto, a la protección del ambiente natural, sus ecosistemas y la biodiversidad. Tal como lo plantea Suarez (2010), exige a la institucionalidad, la adecuación de los programas y de las acciones, los que se *construyen con ellos* (con las comunidades) en marcos y planes interculturales, por ser estos pueblos y comunidades los poseedores y dinamizadores de sus culturas (Suárez, 2010) .

El enfoque con pueblos y comunidades se aplica a las comunidades indígenas, negras, afrocolombianas, raizales, palenqueras y Rrom, que conservan su identidad cultural y sus cosmovisiones, que los distingue de la mayoría de la población nacional.

Tal como lo plantea Suarez (2010), exige a la institucionalidad, la adecuación de los programas y de las acciones, los que se construyen con ellos (con las comunidades) en marcos y planes interculturales, por ser estos pueblos y comunidades los poseedores y dinamizadores de sus culturas (Suárez, 2010).

En el camino del reconocimiento de la pluralidad cultural que lleva a la formación de políticas de equidad, para compensar las desventajas y desigualdades históricas afrontadas por estos grupos poblacionales (Suárez, 2010) , esta reorientación de la noción del enfoque diferencial étnico a un enfoque con pueblos y comunidades, permite organizarlo bajo el principio de *pluralismo jurídico*, que acoge al derecho propio y garantiza la construcción de espacios interculturales y mecanismos de coordinación intersectorial e intercultural, para evitar lo excluyente y sus consecuencias en los resultados en salud, bienestar y calidad de vida. En este sentido, las acciones en salud, individuales y colectivas y de atención con enfoque con pueblos y comunidades, se dirige a proteger o contribuir en la singularidad cultural de estos grupos, teniendo en cuenta sus características, de manera que las intervenciones sean con ellas y para ellas.

Es necesario comprender, desde el enfoque con pueblos y comunidades sus particularidades generales; lo específico a las mujeres, y partir desde una perspectiva, que incluya la multiplicidad de categorías que conforman la identidad de ellas y las consecuencias derivadas de la intersección de género, con otras identidades, construidas

históricamente como inferiores (CEPAL, 2018). De igual modo, que se incorpore al enfoque de curso de vida, para niños, niñas y jóvenes y sus problemáticas, en sus procesos de socialización en la cultura y sus consecuencias en su desarrollo físico y psicológico (MSPS, 2019). Esta mirada con pueblos y comunidades, también debe organizar las acciones con perspectiva preferencial para las víctimas del conflicto armado (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021) y para las personas con discapacidad (Robles, 2021).

El enfoque con pueblos y comunidades permite abordar las políticas en los sectores de interés enmarcadas en derechos humanos y el enfoque diferencial de derechos. Para esto, es necesario partir, de que la diversidad cultural es tan necesaria en las personas como la diversidad biológica para los organismos vivos (UNESCO, 2002) y este reconocimiento implica, que nuestra cohesión como seres humanos, se fundamente en la mutua determinación de obligaciones o consentimientos, de derechos y deberes, una condición sin la cual, dos individuos no podrían estar obligados a reconocer uno a otro, en sus derechos (Tarde, 1884). Este es el fundamento de la relación entre culturas distintas, en donde ambas avanzan en sus propias lógicas, ninguna supedita a la otra, sino que se logra un acercamiento mutuo y respetuoso que alcanza una relación en el marco de la interculturalidad (Suárez, 2010).

La *interculturalidad en salud* definida como principio en la Ley Estatutaria de Salud (1715 de 2015), en su artículo 6. Elementos y principio del derecho fundamental a la salud, numeral 1 establece que la

Interculturalidad. Es el respeto por las diferencias culturales existentes en el país y en el ámbito global, así como el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que integren tales diferencias en la salud, en las condiciones de vida y en los servicios de atención integral de las enfermedades, a partir del reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud en el ámbito global; en coherencia con los numerales b) aceptabilidad, m) protección a los pueblos indígenas y n) protección pueblos y comunidades indígenas, Rrom y Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.

La *interculturalidad en salud* puede definirse como la *coexistencia de las culturas propias de salud* como modalidades *diferenciadas* en la atención en salud de la poblaciones y la visión de una salud *alopática*, donde ambas interactúan y coordinan esfuerzos *terapéuticos*, manteniendo su identidad y autonomía, integradas por mutuo acuerdo en la gestión territorial integral de actividades, intervenciones, procedimientos y servicios en salud y atención en salud (MSPS, 2017; (Suárez, 2010)

Para los pueblos indígenas la interculturalidad es la comunicación y coordinación comprensiva entre los diferentes saberes y prácticas de los pueblos y las instituciones del SGSSS, que genera el reconocimiento, la valoración y el respeto a su particularidad, en el plano de la igualdad, armonía y equilibrio. Esta implica la adecuación cultural de acciones

que deben ser conceptualizados, organizados, implementados y adecuados a la cultura indígena, tomando como referentes los valores de la cosmovisión propia, para respetar su forma de vida. Los servicios públicos de salud con pertinencia indígena respetan sus valores y cosmovisión y se orientan a reproducir, reforzar, recuperar y fortalecer los elementos sagrados de los sistemas de salud de los Pueblos Indígenas, incluye que se adecue la infraestructura de salud indígena a las formas y prácticas propias, como también el uso adecuado de los elementales (Subcomisión Nacional de Salud, 2019).

Por lo anterior, el abordaje desde los derechos humanos como marco rector del PDSP 2022 – 2031, conduce, a que la respuesta social en acciones de salud integre a un individuo como asociado, donde se ejercen con él, los derechos establecidos por la constitución y las leyes, y se constituye así, un vínculo social, en donde se reconocen, respetan y protegen las distinciones de etnia, lengua, sexo, edad y creencias. Para lograrlo, es necesario que exista un intercambio cultural, es decir, exige la práctica de interculturalidad en el diseño de la gestión de la salud pública de forma integral, pero también que el respeto de las culturas propias se constituya en un principio del quehacer en salud pública.

En la definición anterior de interculturalidad en salud, se prefiere la noción de “*cultura propia de salud*”, a la de la conocida medicina tradicional, porque esta “cultura de salud” se expresa cotidianamente en todas las instancias de la vida individual, familiar y colectiva (Suárez, 2010) ; es el conocimiento obrado en las identidades individuales y colectivas, con el que han evitado la “*desaparición*” o la indistinción como pueblos culturalmente identificados y por lo tanto, al definir la interculturalidad en salud como la coexistencia de las culturas de salud de los pueblos y comunidades con la visión de salud alopática, colocamos, en el primer lugar, su cosmovisión y se establece, desde las acciones de salud pública, la garantía del derecho a la pervivencia y existencia de estas poblaciones, lo que tiene una conexión indiscutible con el objetivo del eje estratégico Gobierno y Gobernanza del PDSP, en cuanto al fortalecimiento de la gobernanza democrática y colaborativa y el gobierno multinivel de la salud pública.

Lo hasta aquí conceptualizado sobre la propuesta del Enfoque con Pueblos y Comunidades tiene como propósito el fortalecimiento de la gobernanza de la salud pública y profundizar la construcción multiétnica y pluricultural del país, para el cambio positivo de los resultados en salud de estas comunidades, por esto, el enfoque es “con” los pueblos y comunidades, porque la conjunción de los esfuerzos “con” sus saberes es la génesis de la interculturalidad. Así como expresión concreta del principio de acción sin daño, definido como “aquel que parte de la premisa de que ninguna intervención externa, realizada por diferentes actores humanitarios o de desarrollo, está exenta de hacer daño (no intencionado) a través de sus acciones. Su incorporación implica la reflexión por parte de los y las profesionales sobre aspectos como los conflictos emergentes durante la ejecución

de las acciones, los mensajes éticos implícitos, las relaciones de poder y el empoderamiento de los participantes” (Comisión de la Verdad, 2022) .

La práctica de la interculturalidad permite establecer, como elementos estratégicos de la gestión integral territorial en salud pública con cada grupo étnico cultural, los Marcos Estratégicos Interculturales, que se definen como el encuadre metodológico fundamentado en los principios propios de cada pueblo y comunidad, para la construcción de acciones interculturales articulados a los planes de salud territoriales, tiene como componentes mínimos: la adecuación institucional en enfoque con pueblos y comunidades, el fortalecimiento de las culturas propias de salud de los pueblos y comunidades, indígenas, negras, afrocolombianas, raizales, palenqueras y Rrom y los mecanismos de interacción entre las culturas propias de salud y la visión de salud alopática (Suárez, 2010).

De este modo se plantean los siguientes elementos para tener en cuenta en los tres componentes relacionados con la adecuación institucional en enfoque con pueblos y comunidades, el fortalecimiento de las culturas propias de salud de los pueblos y comunidades, indígenas, negras, afrocolombianas, raizales, palenqueras y Rrom y los mecanismos de interacción entre las culturas propias de salud y la visión de salud alopática:

- Desarrollo de capacidades para la participación social y la acción colectiva
- Fortalecimiento de los escenarios, mecanismos y recursos para participación social en salud
- Respeto por la autonomía y diversidad de las organizaciones sociales y comunitarias para la toma de decisiones y la acción colectiva en salud
- Promoción de la participación social en los escenarios de interlocución, diálogo, formulación y concertación de políticas públicas en salud
- Fortalecimiento de redes y grupos de apoyo social y comunitarios
- Desarrollo de capacidades para la veeduría ciudadana y el control social de lo público.

8.2 Marcos Estratégicos Interculturales

En junio de 1989, la Conferencia Internacional del Trabajo de la OIT adoptó el Convenio 169 sobre Pueblos indígenas y tribales en países independientes. La adopción del Convenio se basó, en que la Conferencia observó que en muchas partes del mundo estos pueblos no gozaban de los derechos en igualdad con el resto de la población en los Estados donde vivían y que habían sufrido a menudo un menoscabo en sus valores, costumbres y perspectivas. Ese año, la Conferencia encontró que en América Latina los peores indicadores socioeconómicos y laborales, y la discriminación por origen étnico o racial agravaba las brechas de ingreso de manera radical. (OIT, 1989)

El Convenio influyó en los avances constitucionales promulgados en el contexto latinoamericano, varios países en la década del 90 adoptaron constituciones garantistas

que impulsaron distintos grados de avance en el reconocimiento y salvaguarda de los pueblos y comunidades étnicas por sus sociedades (ORAS-CONHU., 2018) , porque se debe precisar que al final, el significado del reconocimiento de la diversidad étnico-cultural fue “la eliminación de las disposiciones constitucionales que pregonaban el carácter homogéneo de las sociedades latinoamericanas” (ORAS-CONHU., 2018).

No obstante, el avanzar de sociedades homogéneas hacia el reconocimiento étnico-cultural de nuestros pueblos y comunidades ancestrales se plantea el desafío del dialogo intercultural para la construcción de una sociedad plural, diversa, incluyente y justa. Este es el norte que se impone a la sociedad colombiana, el cambio no es menor, la Constitución Política que rigió hasta el año 1991 consagraba que “el país era de una sola lengua, una sola raza y una sola religión. Por el contrario, en el país subsisten más de 62 lenguas indígenas, en alrededor de 115 pueblos de acuerdo con el Censo 2018. Los afrodescendientes cuentan con la lengua Palenquera y el Creole de las islas de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, y miles de manifestaciones religiosas han adquirido estatus legal” (ORAS-CONHU., 2018). Desde 1991 este escenario cambió y aunque los sucesivos gobiernos en contexto de la Constitución de 1991 han implementado planes de desarrollo con medidas para abordar el reconocimiento de la diversidad cultural de la sociedad colombiana y disminuir las brechas de equidad en desarrollo humano de estos pueblos y comunidades, persisten brechas por mitigar o resolver y existe evidencia de impacto desproporcionado de la pandemia por COVID 19 en estas poblaciones que hizo perder avances logrados (CEPAL, 2020b, 2020a, 2021)

El Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031 consolida los procesos de consulta previa con los pueblos indígenas, las comunidades negras, afrocolombianas, raizales, palenqueras y el pueblo Rrom y presenta la armonización de las nociones de sus culturas propias de salud con los ejes estratégicos que servirán como insumos de categoría intercultural para la gestión integral de la salud pública.

Este capítulo de Salud Propia e Intercultural con los Pueblos y Comunidades Étnicas contiene los elementos estratégicos y operativos, que permita que los planes territoriales logren la relación entre dialogo intercultural, diversidad cultural y derechos humanos, como conceptos centrales para el desarrollo de la Gestión de la Salud Pública, que tiene implícito un sentido de educación y pedagogía de la salud pública, el ‘aprender a vivir juntos’. También, sitúa la práctica de la interculturalidad como parte de la construcción del tejido de la vida social cotidiana de la gestión de la salud pública territorial, y declara principios orientadores de este quehacer, las siguientes acciones interculturales para todos los participantes en los diálogos con vocación intercultural:

- Respeto (valorar a los otros)
- Auto consciencia/identidad (comprender los lentes a través de los cuales cada uno ve el mundo)

- Ver desde otras perspectivas/visiones de mundo (cómo estas perspectivas son similares y diferentes)
- Escuchar (participar en un auténtico diálogo intercultural)
- Adaptación (ser capaz de cambiar temporalmente de perspectiva)
- Construcción de vínculo (forjar vínculos interculturales perdurables)
- Humildad cultural (combina respeto con auto consciencia) (UNESCO, & UNAL, 2013)

A continuación, se presentan los desarrollos estratégicos de los pueblos y comunidades indígenas, Rrom, negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras, los cuales nacen de sus voces, sentires y necesidades en un marco de construcción conjunta con los actores del SGSSS, estos como apuestas políticas, jurídicas y organizativas para el reconocimiento de los derechos como pueblos en materia de salud. Para el caso de los pueblos y comunidades indígenas su fundamento teórico, conceptual, jurídico y político está basado principalmente en el Sistema Indígena Propio e Intercultural – SISPI (Decreto 1953 de 2014). Para las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras entre los fundamentos están los acuerdos protocolizados mediante Consulta Previa (Decreto 1372 de 2018), que son pertinentes para la gestión de la salud pública en el marco del PDSP 2022 – 2031, Convenio 169 de 1989 de la OIT, Plan de Acción del Decenio de las y los Afrodescendientes en las Américas (2016-2025), Ley 70 de 1993 y los Planes de Etnodesarrollo. Para el Pueblo Rrom el Plan de Vida del Pueblo Rrom colombiano O'lasho Lungo Drom, Nociones de la Epistemología Gitana y el Decreto 2957 de 2010.

Por lo anterior, se presenta a continuación los antecedentes referentes a cada grupo, así como la Resolución 050 de 2021 para el caso de los indígenas, la Resolución 464 de 2022 para el Pueblo Rrom, que, junto con los ejes estratégicos de este Plan, configuran el escenario para la ruta de armonización para estos grupos. Finalmente, para el caso de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, su fundamento es el Acta de Protocolización por Consulta Previa ya mencionada.

8.2.1 Sistema Indígena de Salud propia e intercultural- SISPI en el PDSP 2022-2031: Marco Estratégico Intercultural con los Pueblos Indígenas

El objetivo del presente capítulo es establecer principios, fundamentos propios y ejes estratégicos de los pueblos indígenas necesarios para el desarrollo comunitario, institucional e intersectorial del Plan Decenal de Salud Pública –PDSP a través de los Planes Territoriales de Salud-PTS en el marco del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural - SISPI.

8.2.1.1 Principios y Fundamentos propios para el buen vivir y del bienestar de los pueblos indígenas y la implementación del Plan Decenal de Salud Pública - PDSP en

el marco del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural – SISPI en los territorios:

Los principios y fundamentos propios para la garantía del “buen vivir” y del “bien estar”, como el territorio, identidad cultural indígena, ley de origen, derecho mayor o derecho propio, sabiduría ancestral, sistemas de conocimiento, autonomía, gobernabilidad y reciprocidad, hacen parte de los fundamentos basados en la cosmovisión e identidad. Los fundamentos están interrelacionados y hacen parte de la vida de las comunidades, familias y personas cuya confluencia e intersección procuran proporcionar y mantener armonía y equilibrio para lograr el "buen vivir o vivir bien".

El buen vivir de las comunidades indígenas inicia con la armonía colectiva con el territorio, familiar e individual. El desarrollo de modos propios de vida saludable es entendido como el cuidado de la salud y las prácticas saludables conforme a la tradición ancestral, el buen trato y el respeto por los demás. Su cuidado incluye prácticas como la espiritualidad, la danza, la música, el tejer artesanías, las fiestas, los juegos tradicionales, preparar alimentos y practicar la lengua propia, los cuales se fundamentan desde el componente del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural denominado la sabiduría ancestral (Art. 78 y 81 del Decreto 1953 de 2014), componente que se relaciona con la protección de la identidad cultural en niños, niñas y adolescentes, jóvenes y mayores.

Los pueblos indígenas se constituyen en el ejercicio y derecho a la salud bajo un Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI), definido de acuerdo con el Decreto 1953 de 2014 como un *“conjunto de políticas, normas, principios, recursos, instituciones y procedimientos que se sustentan a partir de una concepción de vida colectiva, donde la sabiduría ancestral es fundamental para orientar dicho Sistema, en armonía con la madre tierra y según la cosmovisión de cada pueblo. El SISPI se articula, coordina y complementa con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), con el fin de maximizar los logros en salud de los pueblos indígenas. El SISPI es integral y se desarrolla en el marco del derecho fundamental a la salud, bajo la rectoría del Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces, a través de las instancias y procedimientos que determine el presente decreto y demás disposiciones que lo modifiquen sustituyan y reglamenten”*.

En el marco del decreto 1953 de 2014 se definen los componentes del sistema indígena de salud propio intercultural (SISPI):

- 1. Sabiduría ancestral, cuyo objeto es fortalecer y orientar las prácticas culturales de cada pueblo como núcleo fundamental en el desarrollo de los demás componentes del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI).*

2. *Político-organizativo, cuyo objeto se enfoca a orientar y fortalecer la implementación integral del sistema. Este componente se coordina, articula y complementa con el SGSSS*

3. *Formación, capacitación, generación y uso del conocimiento en salud. Mediante este componente se fomentará la formación integral de los actores, de acuerdo con las necesidades de los pueblos indígenas y del SISPI*

4. *Cuidado de salud propia e intercultural. A través de este componente se reconoce y fortalece la implementación de las formas del cuidado integral de la salud de cada pueblo, de acuerdo con sus dinámicas, políticas, organizativas, territoriales y cosmogónicas para el buen vivir de los pueblos y coordinar acciones con otras prácticas médicas reconocidas al interior de las comunidades, siempre que las mismas no vayan en detrimento de los saberes ancestrales y que permitan la pervivencia física, espiritual y cultural de los pueblos. Cada pueblo indígena diseñará las formas del cuidado de salud propia e intercultural en sus territorios para lo cual el Estado garantizará las condiciones financieras para su desarrollo, en coordinación, articulación y complementación con el Sistema General de Seguridad Social en Salud, bajo la rectoría del Ministerio de Salud y Protección Social, desarrollando los mecanismos para operar las formas del cuidado de la salud en el marco del SISPI de manera concertada.*

5. *Administración y gestión. Es un espacio de orientación y administración de la información, los recursos físicos, territoriales, financieros, técnicos, tecnológicos y de talento humano para el buen funcionamiento del Sistema de Salud Propia e Intercultural, en coordinación, articulación y con la complementación con el SGSSS. Este componente fortalece los procesos de planeación, organización, dirección, operación, evaluación, seguimiento y control del SISPI, de acuerdo con la cosmovisión de cada pueblo, para garantizar el derecho fundamental a la salud, e incidir en el mejoramiento continuo de la situación de salud comunitaria (Presidencia de la República, 2014).*

Bajo este sistema se tienen los siguientes principios y fundamentos de vida para el buen vivir que guían la implementación de un Sistema propio e intercultural en Salud -SISPI a nivel nacional y territorial.

Principios:

- **Ley de origen, ley natural:** También es denominada como ley natural de cada pueblo indígena. En general, se relaciona con el conjunto de normas de carácter ancestral y espiritual que fundamentan, orientan y ordenan los estilos de vida de los pueblos indígenas. Aquí están determinados los mandatos que rigen la interacción o relaciones entre los seres humanos y, entre estos, la naturaleza y el territorio y tiene como fin la pervivencia física y cultural de los pueblos indígenas.

En la ley de origen está el fundamento del derecho que guía y rige las relaciones de quienes habitan el territorio o hacen parte del pueblo indígena; en ella se establecen normas de comportamiento para mantener el equilibrio, la armonía entre las personas. la comunidad para lograr el "buen vivir o vivir bien" individual o de manera comunitaria. Por tanto, esta ley genera derechos y obligaciones con los ancestros, la espiritualidad, la naturaleza y la comunidad, a la vez que determina elementos para el relacionamiento con otros grupos humanos y formas de vida (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021).

- **Derecho mayor o derecho propio:** El derecho mayor para los pueblos es el principio de la autonomía y autoridad territorial, pero también hace comprender que en los territorios indígenas siempre existió una cultura milenaria. una forma de vida con unas estructuras sociales, políticas, económicas y culturales que definieron a un pueblo. El derecho mayor describe el proceso o recorrido histórico de resistencia que los pueblos indígenas han enfrentado durante cientos de años. Por tanto, representa la diversidad, la espiritualidad, el pensamiento, identidad, los usos y costumbres, en sí, la cosmovisión y cosmogonía de los pueblos indígenas; en cuanto a salud hace referencia a la sabiduría que tienen las comunidades indígenas en el manejo de las plantas, los metales, los animales frente a los desequilibrios que tiene la comunidad También describe la espiritualidad de las comunidades, el respeto hacia la naturaleza representa la biodiversidad de los territorios porque se muestra el contexto de la riqueza natural de las regiones (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021).
- **Autonomía y libre determinación:** Es el ejercicio de la ley de origen, derecho mayor o derecho propio de los Pueblos indígenas, que con fundamento en sus cosmovisiones les permite determinar sus propias instituciones y autoridades de gobierno, ejercer funciones jurisdiccionales, culturales, políticas y administrativas dentro de su ámbito territorial, el pleno ejercicio del derecho de propiedad de sus territorios y vivenciar sus planes de vida, dentro del marco de la Constitución Política y de la ley.

Fundamentos de Vida:

- **Salud propia:** Es la armonía y el equilibrio de acuerdo con la cosmovisión de cada pueblo indígena, resultado de las relaciones de la persona consigo misma, con la familia, la comunidad y el territorio. Comprende procesos y acciones orientados al fomento, protección y recuperación de la salud” (Presidencia de la República, 2014).
- **Territorio:** Para los pueblos indígenas, el territorio se define como el eje central donde se desarrolla la vida. Es el ámbito donde se soporta y reproducen los elementos esenciales del ser indígena (per se) y en el cual está la garantía de pervivencia y supervivencia física, mental, espiritual, material y cultural. Se considera como un

espacio físico y espiritual porque allí se encuentran todos los elementos que posibilitan el desarrollo de la vida, generándose una interrelación entre estos, los seres que allí se encuentran y la naturaleza. También es el espacio cosmogónico porque se genera una interrelación del ser humano con el cosmos, el cual determina el orden social, cultural, productivo, reproductivo y político de los pueblos indígenas que allí habitan, pero también de aquellos que no siendo indígenas se relacionan y benefician de este y de todos los elementos que en él convergen.

El territorio es concebido como una relación directa indisoluble con el ser indígena (per se), es un organismo vivo que constituye la “Madre Tierra” o “Pacha Mama”; y tiene relación profunda con la comunidad, la familia y el individuo. Allí está el origen, la vida, los alimentos, la historia, los recursos de la sabiduría ancestral, los sitios sagrados, las representaciones sociales y culturales, los mitos, las leyendas, las formas de autoridad y gobierno propio, la sacralidad, la lucha y resistencia de los pueblos indígenas en sus procesos. Además, proporciona el soporte y las condiciones para la armonía, el equilibrio y el “buen vivir o vivir bien”, es así como las desarmonías y todo lo que lo afecte, son causas generadoras de problemas de salud. En suma, es el escenario cultural y las condiciones naturales fundamentales en el que se desarrolla y posiciona la existencia pasada, presente y futura de los pueblos indígenas, por lo que no poseerlo sugiere un factor de riesgo colectivo y desarmonía que impide su normal desarrollo socio cultural.

Se reconoce a los territorios Indígenas su condición de organización político-administrativa de carácter especial, que les permite el ejercicio de las competencias y funciones públicas establecidas en el decreto 1953/2014, a través de sus autoridades propias. En este sentido, la puesta en funcionamiento de los Territorios Indígenas supone, entre otras, la atribución de competencias en materia de salud y educación, agua potable y saneamiento básico, y el otorgamiento de los recursos necesarios para ejercerlas de manera directa, tal y como lo establecen el numeral 1 del artículo 25 y los numerales 2 y 3 del artículo 27 de la Ley 21 de 1991, mediante la cual se aprueba el Convenio número 169 de la OIT (Presidencia de la República, 2014).

Comprende tierras ocupadas y poseídas por estos pueblos ancestralmente, que debe incluir su espacio vital y socioeconómico, en dicho territorio no se debe observar al indígena como un objeto en el paisaje sino como un ser activo que hace parte de un hábitat en el cual puede cazar, recolectar o pescar, así mismo, donde conformará su familia y le enseñará sus sucesores su forma de concebir el mundo, reclamando que no existe una sola forma de desarrollo y progreso (Espinoza Saucedo, 2016) y (Baez, 2017).

“La territorialidad indígena es un tejido diverso, de un complejo entramado y particular construcción para cada pueblo o comunidad, que responde a un amplio legado cultural

donde su urdimbre es la cosmovisión territorial es un medio y no un fin. Confluye el concepto de memoria y oralidad, lo sagrado, el reconocimiento de las prácticas tradicionales y rituales, las representaciones espaciales propias como apuestas colectivas de construcción de territorio, como un ejercicio de resistencia a las propuestas de ordenamiento. Así, los pueblos indígenas desde sus conocimientos, prácticas y legado cultural podrán seguir confrontando los regímenes y esquemas coloniales perpetuados en nuestros Estados, desde donde se mira y organiza el territorio y la vida colectiva de las comunidades” (Villamil Ruiz , 2020).

- **Identidad cultural indígena:** Está asociada con el sentido de pertenencia que tienen los pueblos indígenas con el territorio y un conjunto de elementos materiales e inmateriales tales como humores, energías, vida espiritual, idiomas propios, vivienda, folclore, música, artesanías, juegos ancestrales, semillas, entre otros, que recrean y le dan un simbolismo especial a la cultura propia de determinado pueblo indígena. Determina el modo de vida propio que tienen las comunidades, estudia los procesos socioculturales, territoriales, políticos, productivos, y los usos y costumbres. Desde el sentido global, se trata de una identidad cultural colectiva que es sujeto de estudio para comprender el grado de identidad que tiene los pueblos indígenas, dado que existen determinantes externos e internos que difieren directamente a las formas de vida, proceso de desarrollo, progreso y el nivel y forma de interculturalidad.
- **Sistemas de conocimiento:** Para los pueblos indígenas en los sistemas de conocimiento se desarrollan los usos y costumbres, los cuales son conocimientos, sabidurías, acciones, enseñanzas o consejos que son ejemplos de vida o hacen parte del diario vivir. En el proceso de organización sociocultural de los pueblos indígenas, los usos y costumbres son las leyes colectivas que hacen parte de la convivencia, pero también son leyes individuales dado que determinan el comportamiento y la identidad de cada persona en su reconocimiento como integrante de cierta comunidad indígena.
- **Sabiduría ancestral:** La sabiduría ancestral de cada pueblo indígena contiene el saber propio y las costumbres que durante miles de años han estado en el conocimiento indígena. Está fundamentada en los códigos de cada espacio y es transmitida de generación en generación a través de la tradición oral, vivencias, usos y costumbres, mitos y acciones propias, como aspecto esencial para la pervivencia de los individuos, la comunidad, los grupos sociales y los pueblos indígenas, como sujetos colectivos de unas culturas propias. Está inmersa en el sistema médico tradicional o propio y contiene un conjunto amplio de recursos, saberes y acciones con métodos de protección, sanación y curación física y espiritual a nivel individual, familiar y colectivo, así como del territorio. Es un conocimiento desarrollado por sabedores ancestrales como médicos, sanadores, rezanderos, hierbateros, pulseadores, parteras, sobanderos, entre otros,

con experticia y/o diferenciación en especialidades de diversas áreas en torno a los procesos del “buen vivir o vivir bien” y “desequilibrio o desarmonía”.

- **Gobernabilidad:** Se relaciona con el ejercicio práctico de las normas a nivel social, dentro de instituciones propias y con autoridades de carácter propio, que procuran por la armonía y el buen vivir entre las personas y grupos que habitan e interactúan en y con el territorio. Para el desarrollo de la gobernabilidad, los pueblos indígenas tienen estructuras políticas propias desde su cosmovisión, ley de origen y su aplicabilidad está dada a través de diversos mecanismos, entre los cuales están los usos y costumbres. En consecuencia, existen autoridades indígenas que tienen la responsabilidad de orientar el cuidado, buen manejo y equilibrio en el territorio y que transfieren estos mandatos a otros miembros de la comunidad, generando su perdurabilidad aún en nuevos contextos.
- **Reciprocidad:** Es el proceso a través del cual se retribuye una acción con fundamento en las relaciones entre los seres humanos y espirituales que habitan el territorio, expresados en prácticas o rituales ancestrales, en los intercambios de saberes, la comunidad, y en todos los espacios de la vida, propendiendo por el cuidado de la salud como un derecho fundamental. Así mismo, implica la corresponsabilidad del pensamiento, la acción y los deberes entre la institucionalidad, los pueblos y las comunidades indígenas, en aras de preservar en armonía y equilibrio la salud integral del territorio, la cultura, la autonomía y gobernabilidad, en el marco de la constitución nacional y el estado pluricultural.

A partir de los principios y fundamentos que son base esencial del “buen vivir” y el “bien estar” para los pueblos y comunidades indígenas, se identifican los elementos orientadores del marco estratégico para la planeación con pueblos y comunidades indígenas que se direccionan y orientan al PDSP 2022-2031 a partir del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural -SISPI.

8.2.1.2 Planeación estratégica en salud a partir de la autonomía y gobernabilidad de los pueblos y comunidades indígenas.

Es el proceso orientado a generar condiciones territoriales para la operatividad de la política de salud, desde los desafíos relacionados en los planes de vida y/o el que haga sus veces, que pueden estar escritos o en la trasmisión oral de los pueblos indígenas. La planeación facilita la identificación de las condiciones de salud en los territorios o insumos que faciliten el análisis y la toma de decisiones, que contribuyan al “Buen Vivir” de la persona, la familia, la comunidad y el territorio desde las dinámicas de cada pueblo y comunidad indígena del país.

- **Autonomía:** Desde la salud, la autonomía expresa la sabiduría de las comunidades sobre la medicina tradicional, y la capacidad de determinar los alcances que tiene la medicina tradicional dentro de sus territorios; desde lo económico, es la resistencia por mantener los sistemas de alimentación propios como es la huerta, la chagra, el conuco, el tul, etc. También expresa la capacidad de organización colectiva y el ejercicio de autoridad que tienen los pueblos indígenas para poder ejercer control, brindar protección, seguridad territorial, emprendimiento, liderazgo y gestión. los pueblos indígenas, aplicando su autonomía, dan a conocer qué es lo que se quiere para sus pueblos y como quieren que se haga (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021). Desde la salud, la autonomía es la capacidad que tienen los pueblos indígenas para asumir la responsabilidad de la salud, desarrollando la cultura tradicional de la salud propia en coordinación con la medicina no indígena También expresa la capacidad de organización colectiva y el ejercicio de autoridad que tienen los pueblos indígenas para poder ejercer control, brindar protección, seguridad territorial, emprendimiento, liderazgo y gestión. Así mismo se refiere a mantener los sistemas de producción y alimentación propia.
- **Gobernabilidad:** “La gobernabilidad implica la capacidad de la comunidad para lograr un equilibrio estable entre los sistemas político, económico, social, cultural, , que permita conducir los asuntos públicos con transparencia y calidad en forma equitativa y armoniosa, eficaz y eficiente, en beneficio del bienestar de todos. En un sentido particular para las comunidades indígenas significaría la capacidad de la comunidad para lograr equilibrio de lo político, lo económico, lo social y lo cultural desde el ejercicio del gobierno propio que se enmarca en los planes de vida u otros instrumentos propios de los pueblos indígenas. Es decir, la gobernabilidad es el eje fundamental de las visiones comunitarias sobre dicho territorio, donde construimos tejido social y cultural, desde lo propio y lo intercultural” (Perez Velasquez, 2019). La gobernabilidad para los pueblos indígenas se afianza desde la espiritualidad.
- **Gobernanza** En el marco de una gobernabilidad propia, la gobernanza permite la participación real y efectiva de los procesos político- organizativos de los pueblos indígenas, esto implica la toma de decisiones, por ende, el ejercicio de una autonomía, el control social, el relacionamiento equitativo con el gobierno territorial, nacional y , pueblos fronterizos, la inclusión y gestión de herramientas propias de planeación territorial orientadas por las estructuras propias en salud para la implementación del Sistema indígena de salud propia e intercultural-SISPI
Para garantizar el ejercicio de la gobernanza multicultural en la gestión territorial integral de la salud pública basado en la acción conjunta, colaborativa y efectiva será necesario partir de las estructuras orgánicas y políticas de los pueblos y comunidades que desarrollan su gobernabilidad y autonomía.

- **Planeación:** La planeación del cuidado se ordena, por la configuración que cada pueblo ha hecho de sus formas de cuidado y las condiciones de salud encontradas en los territorios, sin alejarse de los desafíos en salud establecidos en el plan de vida de cada pueblo u otras formas de planeación territorial. El proceso inicia con la revisión de las condiciones de vida identificadas en cada familia y territorio, estableciéndose un plan de cuidado familiar, comunitario y territorial. Los instrumentos propios de planeación pueden ser orales o escritos, y con los cuales se debe articular son: Plan de Vida, Plan de salvaguarda, Planes de reparación colectiva u otros instrumentos propios de los pueblos indígenas que involucren acciones colectivas e individuales (Subcomisión Nacional de Salud, 2019).
- **Participación:** La participación es el mecanismo de legitimación, apropiación y generación de compromisos para la realización de lo definido. Así, la participación de actores comunitarios, organizativos y autoridades propias de los pueblos indígenas se debe dar en la definición y realización de estrategias, acciones y procesos para el mejoramiento de las condiciones de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021) .

Para Rodríguez (2011), argumenta que la participación es la posibilidad real de ser parte activa de procesos, de las decisiones y de la gestión. Permite a los actores sociales actuar sobre todo aquello que afecta sus vidas, y reconocer sus intereses legítimos. A diferencia de esquemas paternalistas que trabajan para la gente, infiere en trabajar con la gente. Los involucrados deben tener participación y amplia en todo el ciclo de los planes, programas y proyectos que se realicen con ellos; y va más allá de solo consultar y después decidir a espaldas de los consultados. La participación como herramienta genera la visibilización de capacidades locales existentes o generadas por la coyuntura, permiten a la población apropiarse de las respuestas, establecer prioridades y políticas respecto a sus afectaciones y/o problemáticas, auto reconociéndose como objetos transformadores y generadores de cambio en sus contextos; “la capacidad local es uno de los valores más importantes que debemos mejorar y que debe servir de sustento a nuestra acción” (Universidad Nacional de Colombia - UNAL, 2014, págs. 15-16).

El instrumento propuesto para la planeación en salud tendrá en cuenta sus sistemas propios de conocimiento, en el marco de los usos, prácticas, costumbres e idiosincrasia cultural y territorial de cada pueblo o comunidad indígena teniendo en cuenta los avances en los modelos de salud propia e intercultural. Se toma como punto de partida inicial la Resolución 050 de 2021 “por el cual se adopta el capítulo indígena para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia como parte integral del Plan decenal de Salud Pública- PDSP 2012-2021”, sin menoscabo de los demás insumos técnicos y jurídicos que se puedan desarrollar de aquí en adelante. Para el ejercicio de la planeación territorial en salud para los pueblos

indígenas se tendrá en cuenta el principio de Interpretación cultural y consulta previa, libre e informada.

La **interpretación cultural** cuando surja alguna duda sobre la interpretación de los términos utilizados en el marco del SISPI, su alcance, objeto, o efectos, se acudirá a las disposiciones constitucionales pertinentes, los postulados contenidos en la Ley 1751 de 2015, estatutaria del derecho fundamental a la salud, el principio pro homine, al pensamiento, lenguaje, ley de origen, Derecho Propio y Derecho Mayor de los diferentes pueblos.

La **consulta previa, libre e informada** para que los distintos niveles de la administración pública garantizarán la aplicación del derecho fundamental y colectivo de los pueblos indígenas a la consulta previa, libre e informada y a la concertación, a través de sus autoridades tradicionales y organizaciones, en relación con las medidas y decisiones administrativas y normativas susceptibles de afectarlos directamente, así como en la formulación de planes, programas y proyectos sectoriales de salud pública (colectiva) que las afecten (Subcomisión Nacional de Salud, 2019).

PLANEACIÓN ESTRATEGICA	
<ul style="list-style-type: none"> • Gobernabilidad y gobernanza de la salud pública • Conocimiento en salud pública y soberanía sanitaria • Personal de salud 	
Estrategias	Objetivos de las estrategias
Gobernabilidad, gobernanza y planeación en la salud pública desde la visión propia de los pueblos indígenas	<p>Garantizar el ejercicio del gobierno propio que se enmarca en las estructuras propias en salud de los pueblos indígenas.</p> <p>Garantizar la participación real y efectiva de los procesos político- organizativos de los pueblos indígenas en la planeación y ejercicio de la salud pública.</p> <p>Fortalecer las capacidades de las organizaciones y colectivos de los pueblos indígenas en la planeación y participación como ejercicio del derecho a la salud.</p> <p>Garantizar la incorporación e implementación del ejercicio de planeación territorial desde las formas propias del cuidado de cada pueblo y las condiciones de salud identificadas en los territorios.</p>

	<p>El proceso inicia con la revisión de las condiciones de vida identificadas en cada familia y territorio, estableciéndose un plan de cuidado territorial, comunitario y familiar, considerando los diversos instrumentos de planeación que tienen los pueblos indígenas y con los cuales se debe articular: Plan de Vida, Plan de salvaguarda, Planes de reparación colectiva u otros instrumentos propios que involucren acciones colectivas e individuales.</p>
<p>Participación como mecanismo de legitimación, apropiación y generación de compromisos para la salud pública de los pueblos indígenas.</p>	<p>Garantizar a actores comunitarios, organizativos y autoridades propias de los pueblos indígenas los mecanismos de legitimación, apropiación y generación de compromisos para la definición y realización de estrategias, acciones y procesos que aporten en el mejoramiento de las condiciones de salud.</p> <p>Construir de manera conjunta con las autoridades indígenas y la Comisión Intersectorial de Salud Pública o quien haga sus veces el Plan de Acción para dinamizar el Eje de Gestión Intersectorial de los Determinantes Sociales de la Salud propios e interculturales y dar lineamientos sobre las acciones intersectoriales a los Consejos Territoriales de Seguridad Social o quien haga sus veces.</p>
<p>Herramientas de control, seguimiento y evaluación de los indicadores de goce efectivo del derecho a la salud</p>	<p>Definir de manera concertada con los pueblos indígenas los elementos de control, seguimiento y evaluación para la presentación periódica de un informe sobre la evolución de los indicadores adecuados socio culturalmente de goce efectivo del derecho fundamental a la salud para los pueblos indígenas, el cual debe ser coordinado entre las entidades territoriales y las autoridades, organizaciones,</p>

	estructuras propias en salud de los pueblos indígenas.
--	--

En el ejercicio de planeación e implementación para la elaboración del PTS para las comunidades indígenas tener en cuenta las siguientes acciones desde el contexto de acción sin daño:

1. Capacitar a todos los actores, pueblos y comunidades indígenas en la construcción del PTS para lograr el empoderamiento de estas comunidades.
2. Garantizar la inclusión de todos los actores territoriales, involucrados en la formulación y ejecución del PTS para identificar intereses comunes que les permitan trabajar de manera conjunta en la formulación de actividades en beneficio de la salud de los pueblos y comunidades indígenas y demás existentes en el territorio.
3. Fortalecer en conjunto con las organizaciones, autoridades y estructuras en salud indígena a las entidades territoriales en el conocimiento de la cosmovisión de los pueblos indígenas, su territorio, su contexto, condiciones y necesidades de salud, instrumentos de planeación, en la política pública nacional de salud SISPI, para realizar un análisis ético y de autorreflexión sobre las acciones en salud, los posibles impactos positivos y negativos en la salud de sus comunidades, así como de los posibles daños que puedan ocasionarse.
4. Garantizar espacios de dialogo, consulta previa y consenso entre la entidad territorial, las instituciones prestadoras de servicios de salud y las comunidades indígenas, sabedoras y sabedores, con la participación de profesionales indígenas de amplio conocimiento en el contexto de su territorio, en medicina ancestral y demás usos y costumbres con el fin de proponer acciones que no atenten contra posturas ideológicas, y éticas ni a sus conocimientos de medicina ancestral.

8.2.1.3 Desarrollo de los componentes del SISPI en los ejes estratégicos del Plan Decenal de Salud Pública - PDSP- 2022-2031

Componente de Sabiduría Ancestral

En el marco del componente de Sabiduría Ancestral que guía el propósito del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural – SISPI, se hace necesario aludir a la esencia de este considerando las principales estrategias y objetivos necesarios para la formulación de los PTS, en este sentido, la sabiduría ancestral “son los conocimientos propios y espirituales de los pueblos indígenas, practicados culturalmente de forma milenaria y que se transmiten por generaciones a través de las autoridades espirituales permitiendo la existencia física y cultural de los pueblos indígenas. Su objeto es fortalecer y orientar las prácticas culturales de cada pueblo como núcleo fundamental en el desarrollo

de los demás componentes del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI)” (Presidencia de la República, 2014).

“Desde el origen de la vida y durante su desarrollo, la sabiduría ancestral, los recursos de la medicina tradicional y el entorno social, histórico, cultural y espiritual, interactúan para que se establezca una estrecha relación del ser humano con la madre tierra, la familia y la comunidad, a través de actividades de fomento, protección, sanación y curación, todo esto ligado a ley de origen, dado que todo cuanto existe en el universo tiene vida y todo da fruto en estrecha relación con el entorno y para los pueblos indígenas, la reproducción está estrechamente ligada a esta ley, cuyo objetivo consiste en mantener la pervivencia del pueblo.

La Sabiduría ancestral de cada pueblo indígena, contiene el saber propio y las costumbres acumuladas que durante miles de años han estado en el conocimiento indígena. Está inmersa en el sistema médico tradicional o propio y contiene un conjunto amplio de recursos, saberes y acciones con métodos de protección, sanación y curación física y espiritual a nivel individual, familiar y colectivo, así como del territorio. Es un don encomendado a sabedores ancestrales como médicos, sanadores, rezanderos, hierbateros, pulseado res, parteras, sobanderos, entre otros, con experticia y/o diferenciación en especialidades de diversas áreas en torno a los procesos del "buen vivir o vivir bien" y "desequilibrio o desarmonía" (Subcomisión Nacional de Salud, 2019).

SABIDURIA ANCESTRAL <i>Conocimiento en salud pública y soberanía sanitaria</i> <i>Personal de salud</i>	
Estrategias	Objetivos de la estrategia
Garantizar la incorporación en el ejercicio de la salud pública de las cosmovisiones, saberes y prácticas ancestrales de los pueblos indígenas.	Garantizar la elaboración de una caracterización para la identificación de los sabedores y/o médicos ancestrales, agentes de salud propia en los territorios en el marco de los PTS.
	Desarrollar espacios de protección para la transmisión intergeneracional de la sabiduría ancestral que sean permanentes y continuos dirigidos al cuidado de la salud de los pueblos indígenas en el nivel territorial, de acuerdo con sus particularidades y estructuras propias: consejo de sabios, mayores(as), sabedores (as), entre otros.
	Incorporar en los Planes territoriales de salud - PTS acciones y actores específicos que fortalezcan y reconozcan la medicina ancestral como componente

	esencial en el desarrollo del sistema indígena de salud propio e intercultural con los pueblos indígenas.
Reconocimiento, protección y regulación de los saberes, sabedores, prácticas ancestrales y uso adecuado de la naturaleza	Fortalecer la línea del cuidado de los sabedores, parteras (os) y agentes de salud propia, como conocedores propios, para restablecer o mantener la armonía tanto individual, familiar, comunitaria, espiritual o territorial, garantizando la alimentación, la vivienda, y la dotación con insumos necesarios para el ejercicio de su labor en la comunidad y el territorio.
	Garantizar el desarrollo de acciones para la preservación y el cuidado de los sitios sagrados ⁴⁰ y espacios de vida ⁴¹ , en conjunto con los sabedores (as) ancestrales como eje fundamental para el ejercicio de protección, prevención y promoción del buen vivir.
	Reconocer a los sabedores y sabedoras ancestrales como personas con grandes conocimientos ancestrales utilizados para curar, restablecer o mantener la armonía tanto individual, familiar, comunitaria, espiritual o territorial
	Diseñar mecanismos de seguimiento y control frente a la práctica ancestral en el ejercicio de gobierno propio, para promover el buen uso y evitar prácticas y/o personal no autorizado.
	Coordinar la complementariedad entre la medicina occidental y tradicional para la atención y seguimiento de los pueblos indígenas mediante mesa de dialogo donde se definan sus alcances, límites y acuerdos para el fortalecimiento del cuidado de la salud propia

⁴⁰ Los sitios sagrados representan la base ordenadora del territorio, la red de conexiones entre los espacios naturales y el mundo. Son de gran importancia cultural en donde los pueblos indígenas establecen contacto espiritual con sus deidades y antepasados con la finalidad de obtener un aprovechamiento en los campos del conocimiento material y espiritual. Los sitios sagrados son parte importante del patrimonio tangible e intangible, que incluye todas las expresiones de la relación entre un pueblo, como colectividad, con su tierra, con otros seres vivos y con la sabiduría ancestral. Todos los aspectos de los sitios sagrados se relacionan entre sí y son inherentes al territorio tradicional de un determinado pueblo, este conocimiento de sitios sagrados se trasmite de manera cultural ancestral como los lugares acogimiento y recogimiento de sabiduría **Fuente especificada no válida..**

⁴¹ En los espacios de vida, que pueden ser “ vital aéreo, marítimo y terrestre, están las historias de orígenes de los pueblos y naciones nómadas, sedentarios y seminómadas, sus deidades y espíritus, principios de armonía y equilibrio, solidaridad y reciprocidad, complementariedad con responsabilidad, acorde al ecosistema de donde somos originarios o nos hemos establecido, desiertos, llanuras, bosques, sabanas, montañas y costas; de allí la diversidad en sistemas económicos y alimentarios, estructuras sociales, políticas” **Fuente especificada no válida..**

Componente político organizativo

Las entidades territoriales de acuerdo con sus competencias y necesidades, condiciones y características de su territorio, deberán adoptar los contenidos establecidos como resultado de la ruta de armonización, que formará parte de uno de los elementos orientadores para el Plan Territorial de Salud; así como coordinar la implementación en su área de influencia, de conformidad con los lineamientos concertado con los pueblos y comunidades indígenas a través de sus espacios participativos de legitimidad técnica y política con la Subcomisión de Salud Indígena de la Mesa Permanente de Concertación y el Ministerio de Salud y Protección Social.

Para el desarrollo de la ruta de armonización en los planes territoriales de salud, las entidades territoriales de conformidad con lo establecido en la Resolución 050 de 2021 en el marco de sus responsabilidades, propiciarán los espacios de participación, real y efectiva, en garantía del diálogo con ellos, a través de sus representantes: autoridades tradicionales y líderes indígenas, para la inclusión de acciones propias e interculturales de los aspectos socio culturales de la población indígena, que les permita ampliar y comprender mutuamente el conocimiento de su situación de salud.

Cohérente con la definición del componente político organizativo del SISPI, encaminado al fortalecimiento de los procesos organizacionales, el respeto y reconocimiento de su autonomía y ley de origen que rige las dinámicas al interior del territorio indígena y en correspondencia con el *Artículo 74. "... El SISPI se articula, coordina y complementa con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), con el fin de maximizar los logros en salud de los pueblos indígenas".*

Ahora bien, en sinergia con el eje Estratégico de Gobierno y Gobernanza del PDSP, que

...reconoce la complejidad de su abordaje el cual requiere múltiples respuestas institucionales y sociales, que se sustentan en acuerdos de acción conjunta en contextos y territorios diversos, para incidir en los determinantes sociales y establecer el mejor nivel de salud posible (resultados en salud). A esta perspectiva de gobierno se agrega la gobernanza de la salud pública que se orienta a una toma de decisiones participativa, comprometida y legítima establecida a través de relaciones que se construyen con múltiples actores sociales gubernamentales y no gubernamentales y las estructuras de gobierno propio de los pueblos indígenas en cada territorio.

Por lo anterior, se identifican las estrategias enunciadas en el PDSP 2022 – 2031 que recogen los elementos comunes entre los marcos citados:

- Generación de confianza social sustentada en el gobierno abierto, la inclusión social diversa, la rendición de cuentas y el cumplimiento de los acuerdos sociales en el ejercicio de la gobernanza en salud pública; la consolidación de mecanismos para el control de intereses y el acceso abierto a la información, procesos, decisiones y espacios colaborativos de gobierno y gobernanza en salud pública; y en la gestión de alternativas para la rendición de cuentas adaptadas y apropiadas según los diferenciales poblacionales y territoriales para la población indígena.
- Consolidación de procesos de participación informada, incluyente, continua y empoderada de la sociedad civil organizada y la ciudadanía en general según los contextos territoriales y la perspectiva de derechos; la promoción del pluralismo participativo en la gestión territorial integral de la salud pública basado en la acción conjunta, colaborativa y en los activos sociales; y el desarrollo de estrategias para el empoderamiento social y organizativo en salud pública y en mecanismos de responsabilidad social que apalanquen la acción común. En coherencia con los procesos de la gestión de la salud pública para pueblos y comunidades indígenas, desde el componente político organizativo del SISPI, orienta en la Circular 011 de 2018 del MSPS⁴² las acciones que deben realizar las entidades territoriales para avanzar a través de:

Gestionar los recursos territoriales necesarios y de igual manera, hacer seguimiento y evaluación a la ejecución de los recursos y al desarrollo de las políticas, planes programas y estrategias del SISPI, por parte de las autoridades de los pueblos indígenas para establecer o reactivar, en conjunto con las autoridades indígenas, las instancias de diálogo y concertación a nivel territorial que permitan el desarrollo e implementación de las políticas, planes, programas y estrategias del SISPI, entre las estructuras propias en salud, organizaciones y/o autoridades indígenas y los actores del SGSSS, mediante la implementación de una ruta por parte de las Entidades Territoriales de acuerdo con las dinámicas organizativas de los pueblos. Tomar las medidas correctivas y sancionatorias cuando se presente negligencia en incumplimiento de normas propias, manejo indebido de recursos y autoridad y todo aquello que atente contra el buen desarrollo de los planes territoriales en salud para los pueblos indígenas en el marco del SISPI.

- En relación con la adecuación de los arreglos institucionales de gobierno y de gobernanza de acuerdo con los contextos territoriales y diferenciales, orientados al fortalecimiento de capacidades del talento humano en salud, se establece la necesidad de garantizar:

42 Circular 011 de 2018 – Ministerio de Salud y Protección Social: Directrices para avanzar en la construcción e implementación del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural- SISPI a nivel territorial, en diálogo con el Sistema General de Seguridad Social en Salud

El desarrollo de capacidades en el talento humano en salud deberá estar de acuerdo con las necesidades de los pueblos indígenas y del SISPI, con el propósito de transmitir los saberes y conocimientos propios e interculturales, para el desarrollo integral de acciones en salud, encaminadas al cuidado de la vida, la pervivencia cultural y el buen vivir de los pueblos indígenas. Así mismo para los diálogos interculturales, en el desarrollo de las políticas, planes, programas y estrategias, a través de herramientas pedagógicas, didácticas y metodológicas que permitan la intervención de pueblos y organizaciones indígenas en las decisiones relacionadas con la salud propia e intercultural, en el marco de lo priorizado en el plan territorial de salud (Subcomisión Nacional de Salud, 2019).

- Implementación de procesos, reglas de relación, operación, mecanismos de control y convergencia en resultados y acción conjunta; el fortalecimiento de las capacidades institucionales, territoriales y sociales requeridas para la gestión de la gobernanza en salud pública; el fomento de la pluralidad organizativa, dinámica y de interacción de acuerdo con los contextos territoriales, institucionales y sociales orientada a la consolidación de la gobernabilidad y la legitimidad; el intercambio colaborativo de conocimiento, recursos, sinergias y capacidades con perspectiva de activos sociales en salud pública; la armonización de las políticas públicas; la acción colectiva en salud pública basada en interacciones de redes dinámicas de gobierno, instancias multisectoriales, organizaciones sociales y ciudadanas, y otros actores estratégicos, en configuraciones territoriales que reconocen la diversidad y los alcances particulares de la salud pública. En este sentido, se señala la necesidad de:

Implementar procesos de educación y comunicación para la salud con las comunidades indígenas mediante acciones educativas, diseñadas pedagógicamente, que promuevan acciones de cuidado, el logro de las metas en materia de salud pública, de transformaciones psicológicas, sociales y culturales que se reflejen en los resultados en salud y que permitan cualificar los procesos de participación social en salud en el marco de la Resolución 2063 de 2017 de este Ministerio, en el marco de lo priorizado en el plan territorial de salud.

- Garantizar el derecho a la participación social en salud a las comunidades indígenas bajo los principios de enfoque de derechos, territorialidad, diversidad, solidaridad, autonomía, equidad, transparencia, corresponsabilidad.
- Los pueblos indígenas ejercen control social en su territorio a través de sus estructuras políticas y organizativas en el territorio, legitimadas mediante los espacios de participación y decisiones comunitarias

POLITICO ORGANIZATIVO	
<i>Gobernabilidad y gobernanza de la salud pública</i>	
Estrategias	Objetivos de la estrategia
Fortalecimiento de capacidades sectoriales e institucionales para la gobernabilidad y gobernanza en salud pública de los pueblos indígenas	<p>Implementar las rutas por parte de las Entidades Territoriales de acuerdo con las dinámicas organizativas de los pueblos para crear, reactivar y/o fortalecer en conjunto con las autoridades indígenas, las instancias de diálogo y concertación a nivel territorial que permitan la construcción de los PTS con los pueblos indígenas acorde al desarrollo e implementación de las políticas, planes, programas y estrategias del SISPI.</p>
	<p>Garantizar la participación, fortaleciendo la incidencia y toma de decisiones de las autoridades y estructuras propias de los pueblos y comunidades indígenas en salud en las diferentes fases de construcción de los PTS (formulación, consulta, validación, aprobación, socialización y divulgación).</p>
	<p>Fortalecer las capacidades a nivel nacional y territorial de los sistemas propios en salud de los pueblos indígenas para la vigilancia epidemiológica, sanitaria y comunitaria.</p>
	<p>Establecer acciones encaminadas a fortalecer el gobierno propio en salud, el empoderamiento territorial, comunitario, familiar e individual de los procesos de salud; así mismo vincula los actores institucionales y comunitarios en el fortalecimiento de las prácticas propias e interculturales del cuidado.</p>
Armonización y fortalecimiento de la regulación normativa indígena en salud propia e intercultural.	<p>Socializar, consultar y concertar con los pueblos indígenas los mecanismos para la expedición de la normativa desde los diferentes sectores de acuerdo con el contexto territorial, teniendo en cuenta la gobernanza y gobernabilidad propia, la dinámica y la particularidad de cada pueblo indígena.</p>
	<p>Desarrollar procesos de armonización con las autoridades y estructuras propias en salud de los pueblos y comunidades indígenas respecto a las normas, lineamientos e instrumentos técnicos del Sistema indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI) con el Plan Decenal de Salud Pública – PDSP 2022-2031.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Circular 011 de 2018

	<ul style="list-style-type: none"> • Resolución 050 de 2021 <p>Adoptar los instrumentos técnicos y normativos que permitan incorporar las acciones y estrategias de salud pública para los pueblos y comunidades indígenas en el marco de los desarrollos del SISPI.</p>
<p>Fortalecimiento de la participación y control social en salud de los pueblos indígenas.</p>	<p>Garantizar el acompañamiento político, cultural, espiritual y técnico de los pueblos indígenas, a los diferentes actores en salud del territorio para promover la inclusión de los PTS en los planes de desarrollo territorial, teniendo presente el contexto socio cultural en el marco del desarrollo del SISPI.</p>
	<p>Generar en las diferentes entidades territoriales y territorios indígenas espacios para la participación en procesos de salud que incluya la participación de personas y colectivos de los pueblos indígenas con sus procesos políticos y organizativos.</p>
	<p>Conformar y fortalecer las instancias organizativas para la participación de la población de economía popular y comunitaria, pueblos indígenas y otros grupos de protección especial.</p>
	<p>Garantizar la participación de los pueblos indígenas en los procesos participativos de rendición de cuentas incluyendo la evaluación de la adecuación sociocultural de planes, programas y estrategias desarrolladas en el marco del Plan Territorial de Salud.</p>

Componente Formación, Capacitación, Generación y Uso del Conocimiento

Se encuentra afinidad para la construcción y uso del conocimiento y la generación de capacidades del talento humano en salud y el fortalecimiento de su medicina ancestral a través de mecanismos de formación y capacitación propia de los pueblos indígenas, encaminados a la permanencia y pervivencia de la sabiduría ancestral a través de la transmisión de conocimientos entre generaciones, apoyados en procesos de formación en conocimientos propios, definido por cada pueblo indígena; el intercambio de experiencias y metodologías aplicables al abordaje de la interculturalidad en salud, lo que amerita consolidar los espacios para el diálogo y la construcción conjunta de conocimientos, investigaciones, capacitaciones, intercambio de experiencias y demás estrategias que permitan aproximarse a las realidades de los pueblos indígenas y a las mejores prácticas para lograr esquemas de atención en salud con enfoque intercultural.

Busca apertura en la participación de distintos actores con visiones diferentes sobre los procesos en salud y enfermedad, de tal forma que se generen sinergias y lazos de confianza. Permite avanzar en la capacidad de decidir y actuar equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a; salud -enfermedad, vida - muerte, y los aspectos biológicos, sociales y relacionales que se configuran en la dimensión espiritual y cósmica de la salud para los pueblos indígenas.

Ahora bien, en sinergia con el eje estratégico de gestión del conocimiento en el marco del PDSP 2022-2031, consiste en la construcción, innovación, transferencia, difusión y apropiación permanente y colectiva del conocimiento en salud para avanzar en el entendimiento de la complejidad de la situación de salud, las inequidades en salud y sus determinantes; el desarrollo de tecnologías y estrategias novedosas para abordar las necesidades en salud; y la optimización en la toma de decisiones para el fortalecimiento de la equidad, integralidad y sostenibilidad de la atención del sistema de salud, que permita fortalecer la operación, alcanzar los objetivos trazados y mejorar la efectividad de las acciones en salud pública con el propósito de mejorar el bienestar y la calidad de vida de la población y reducir las desigualdades en salud.

En el marco de la resolución 050 de 2021, el fortalecimiento de la gestión del conocimiento de la salud pública requiere de la formación continua o complementaria con enfoque intercultural, debe estar dirigida al talento humano del sector salud, con el fin de promover la idoneidad, la actualización y el desarrollo permanente del personal de salud, de acuerdo con las necesidades, particularidades y prioridades de las comunidades indígenas en cada territorio. Así mismo, las acciones de formación continua se encuentran enmarcadas dentro del desarrollo de la Política de Talento Humano, considerando el cumplimiento de las responsabilidades de los actores del Sistema de Salud, en el contexto de su práctica y la responsabilidad social para garantizar el derecho a la salud con enfoque intercultural.

Para la formación del talento humano en salud de los pueblos y comunidades indígenas, se debe incorporar el enfoque intercultural en salud, para fortalecer competencias que favorezcan el diálogo y la armonización permanente entre saberes y prácticas de diversas culturas como aporte al buen vivir y al derecho fundamental a la salud, así como el desarrollo de las estrategias, líneas de acción y metas de acuerdo con los lineamientos del SISPI, según los ejes estratégicos definidos por los pueblos indígenas.

El componente de Formación, capacitación generación y uso del conocimiento del SISPI relaciona e incorpora el enfoque intercultural en los procesos de formación del talento humano en salud. Estos lineamientos publicados en el año 2019, contemplaban un plazo de cumplimiento para su implementación de 5 años y su formulación e implementación estaban bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) en coordinación con el Ministerio de Educación Nacional (MEN) como entes rectores de los

sistemas de salud y de educación respectivamente; con la participación de las Autoridades, Organizaciones y sabedores tradicionales indígenas; Instituciones de Educación Superior (IES), Instituciones para el Trabajo y el Desarrollo Humano, al Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), las Alcaldías, las Gobernaciones, las Empresas Promotoras de Salud (EPS) e Empresas Promotoras de Salud Indígena (EPS - I), las Empresas Sociales del Estado (E.S.E.), las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) e Instituciones Prestadoras de Servicios Indígenas (IPS -I) del territorio y a otras instituciones de acuerdo con los requerimientos de la formación en cada nivel.

Dada la importancia de los lineamientos y su objetivo, se hace necesario garantizar su implementación en los PTS en el marco del nuevo PDSP 2022-2031, teniendo en cuenta que, desde su publicación en 2019 en el orden nacional y territorial no existen avances. El seguimiento a los avances se debe realizar por parte de los entes territoriales, las secretarías departamentales, municipales de salud, organizaciones y autoridades indígenas, Ministerio de Salud, y demás entidades involucradas en el proceso.

FORMACIÓN, CAPACITACIÓN, GENERACIÓN Y USO DEL CONOCIMIENTO	
<i>Conocimiento en salud pública Personal de salud</i>	
Estrategias	Objetivos de las estrategias
Revitalización de los conocimientos y saberes en salud propios e interculturales.	Fortalecer capacidades del talento humano en salud indígena para que las acciones de prevención, atención e intervención en salud se desarrollen con la pertinencia socio cultural para los pueblos indígenas considerando sus propios determinantes.
	Garantizar el fortalecimiento del componente del talento humano en salud indígena a partir del contexto general y propio, con sus respectivos costos, y aportes de financiación institucional del orden nacional y territorial.
	Garantizar los mecanismos para salvaguardar el conocimiento de los pueblos indígenas relacionados con las formas, experiencias, prácticas y acciones en salud de las personas, familias y comunidades con el fin de fortalecer la transmisión intergeneracional.
	Reconocer y articular los sabedores y sabedoras ancestrales que realizan la transmisión del conocimiento para la elaboración y desarrollo de PTS.
Formación y orientación propia e intercultural-	Identificar y caracterizar el talento humano en salud de los pueblos indígenas en sus diferentes territorios y para los diferentes niveles de formación.
	Garantizar la construcción intersectorial de planes de formación intercultural en salud de acuerdo con las características de cada pueblo y comunidad indígena.

	<p>Gestionar alianzas académicas en el nivel nacional, regional y territorial para la formación intercultural en salud, con la participación de sabedoras, sabedores ancestrales de los pueblos indígenas y el talento humano en salud no indígena.</p> <p>Implementar los planes de formación y procesos de capacitación integral del talento humano en salud de acuerdo con las necesidades de los pueblos indígenas y el SISPI, conforme a las orientaciones y mandatos de las autoridades tradicionales para el cuidado de la salud propia e intercultural, incluidos en los planes territoriales en salud – PTS.</p> <p>Garantizar la formación intercultural del personal médico y su adecuada capacitación en comunicación intercultural, además de la preparación para desempeñar el papel de mediador intercultural.</p> <p>Evaluar y medir los avances en la implementación de los procesos de formación y capacitación desarrollados con talento humano indígena y no indígena.</p>
<p>Orientación y regulación de los procesos de investigación en salud de los pueblos indígenas.</p>	<p>Ejecutar con las comunidades indígenas procesos de investigación participativa dirigidos a identificar acciones para el cuidado y protección de la salud, considerando el saber ancestral y alopático.</p> <p>Garantizar la protección y mecanismos de control establecidos en conjunto con las autoridades indígenas para el desarrollo de procesos de investigación en salud en los territorios, desde su formulación hasta la publicación de resultados, por parte de los actores externos.</p>
<p>Gestión del conocimiento propio e intercultural</p>	<p>Fortalecer los espacios que permiten la trasmisión de conocimientos propios bajo metodologías y lengua propias entre las diferentes generaciones poblacionales de acuerdo con los usos, costumbres y cosmovisiones de cada pueblo.</p> <p>Establecer y garantizar mecanismos concretos y concertados con los pueblos indígenas para el fomento, la recopilación, la producción, el análisis y la difusión de información sobre la salud propia e intercultural de los pueblos indígenas en los territorios, con el fin de aportar en la construcción de los ASIS indígenas.</p>

Componente Cuidado de la salud propia e intercultural

El componente de cuidado de la salud es responsable de consolidar e implementar las formas propias e interculturales de cuidado de la salud, definidas por cada pueblo Indígena. Dichas formas se ordenan a partir del curso de vida de la persona, la comunidad y el

territorio, de acuerdo con la cosmovisión de cada pueblo (Subcomisión Nacional de Salud, 2019).

El cuidado de la salud propia se comprende desde el origen de la vida y durante su desarrollo, guiado por la sabiduría ancestral, los recursos de la medicina tradicional y el entorno social, histórico, cultural y espiritual; interactúan para que se establezca una estrecha relación del ser humano con la madre tierra, la familia y la comunidad, a través de actividades de fomento, protección, sanación y curación, todo esto ligado a ley de origen, dado que todo cuanto existe en el universo tiene vida y todo da fruto en estrecha relación con el entorno y para los pueblos indígenas, la reproducción está estrechamente ligada a esta ley, cuyo objetivo consiste en mantener la pervivencia del pueblo.

Este componente, busca la orientación técnica para el fortalecimiento de las formas del cuidado de la salud desde lo propio, así como las adecuaciones interculturales de los programas de salud individual y colectiva y la definición de las acciones propias, interculturales y complementarias para la gestión de la salud pública en los territorios.

Frente a este componente estructural del SISPI es pertinente precisar en algunas nociones en salud pública aplicadas en los diversos contextos territoriales de los pueblos indígenas, estas son:

1. Salud y Enfermedad
 2. Determinantes Sociales en Salud Propios e Interculturales – DSSPI
 3. Atención Primaria en Salud – APS
 4. Gestión integral de las desarmonías en el territorio (gestión integral del riesgo).
-
1. Salud y Enfermedad: El concepto de salud y enfermedad, desde el contexto de salud indígena en el marco del decreto 1953 de 2014, se define como armonía (salud propia) y desarmonía (enfermedad propia), entendiendo como “armonía” el estado de equilibrio (...) en las relaciones de la persona, consigo misma, con la familia, la comunidad, y el territorio. Y desarmonía, el desequilibrio entre cuerpo, mente, espíritu y naturaleza, que existe en uno mismo, la familia, la comunidad, el territorio, los elementos de la naturaleza, y las fuerzas cósmicas.
 2. Determinantes Sociales en Salud Propios e Interculturales – DSSPI: De acuerdo con el Plan Decenal de Salud Pública, los determinantes sociales de la salud son "aquellas situaciones o condiciones o circunstancias que hacen parte del bienestar. calidad de vida. desarrollo humano, que ejercen influencia sobre la salud de las personas y que, actuando e interactuando en diferentes niveles de organización, determinan el estado de salud de la población". Para lograr un acercamiento a los factores que determinan el estado de salud de la población indígena es importante

definir los determinantes sociales propios e interculturales en salud considerando que su enfoque está adscrito al territorio, la madre tierra y su estado, la sabiduría ancestral, la autonomía alimentaria, práctica de usos y costumbres, gobernabilidad, justicia propia, educación y cosmovisión del buen vivir (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021).

Desde la cosmovisión propia en el componente de la salud pública se hace necesario potenciar los determinantes sociales en salud propia e intercultural, estableciendo la responsabilidad de las Direcciones Territoriales de Salud.

Se encuentra afinidad en grado de orientar técnicamente el fortalecimiento de las formas del cuidado de la salud desde lo propio, así como las adecuaciones interculturales de los programas de salud individual y colectiva y la definición de las acciones propias, interculturales y complementarias para la gestión de la salud pública en los territorios. Así como los desarrollos que se vienen dando en las entidades territoriales de conformidad con lo establecido en la Circular 011 de 2011 y la Resolución 050 del 2021 en relación con la ruta de armonización concertada en los espacios de participación técnicos y políticos.

El cuidado de la salud propia se comprende desde el origen de la vida y durante su desarrollo, guiado por la sabiduría ancestral, los recursos de la medicina tradicional y el entorno social, histórico, cultural y espiritual, interactúan para que se establezca una estrecha relación del ser humano con la madre tierra, la familia y la comunidad, a través de actividades de fomento, protección, sanación y curación, todo esto ligado a ley de origen, dado que todo cuanto existe en el universo tiene vida y todo da fruto en estrecha relación con el entorno y para los pueblos indígenas, la reproducción está estrechamente ligada a esta ley, cuyo objetivo consiste en mantener la pervivencia del pueblo.

Establece en conjunto con las entidades territoriales de salud, las estructuras propias en salud, organizaciones y/o autoridades indígenas y las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB-, propenderán por definir los mecanismos de interacción para acordar las acciones propias, interculturales y complementarias para la gestión de la salud pública de acuerdo a las necesidades, condiciones y prioridades previamente acordadas entre los actores del SGSSS, se destacan entre ellas a) Las condiciones de salud a abordar de manera prioritaria; b) La adecuación social y cultural de las Rutas Integrales de Atención; c) Los acuerdos y mecanismos para articular y complementar los Planes para el cuidado de la vida colectiva; d) Priorización conjunta para la definición de los resultados en salud en coherencia con las acciones concertadas.

En sinergia con el eje estratégico de Gestión Integral del Riesgo del PDSP 2021 – 2031, que implica el abordaje de los riesgos en salud a través de estrategias individuales, colectivas y poblacionales que incluyen medidas legislativas, medidas de protección,

identificación, mitigación y superación de riesgos, y medidas para controlar y reducir los riesgos financieros de las entidades responsables de su gestión.

Por lo anterior, se identifican las estrategias enunciadas en el PDSP 2022 – 2031 que recogen los elementos comunes entre los marcos citados:

- Desde la cosmovisión propia abordar el componente de la salud pública necesarias para potenciar los determinantes sociales y ambientales en salud propia y que están bajo la responsabilidad de las Direcciones Territoriales de Salud.
- Brindar elementos para el fomento de la salud y el buen vivir y la protección de los pueblos y comunidades indígenas mediante la articulación de acciones dirigidas a evitar las desarmonías y cuidar la vida (gestión integral del riesgo) tanto a nivel colectivo (promocional) como individual, que incluya diferentes mecanismos que promuevan y protejan la armonía espiritual o salud mental
- La articulación de acciones para la gestión del riesgo colectivo e individual, mediante la valoración de la percepción social del riesgo desde el concepto propio como desarmonías y desequilibrios en el territorio indígena, la identificación y la priorización a partir de sus necesidades y acorde a sus planes de vida, la organización de la red de prestadores de servicios de salud primarios y complementarios en coordinación, articulación y complementariedad con el sistema propio de salud, teniendo en cuenta las adecuaciones socio culturales e integración de las RIAS con los caminos interculturales con estrategias de atención en acuerdos interculturales.
- La construcción conjunta de estrategias de análisis, monitoreo, seguimiento y evaluación mediante mesa territorial para optimizar la toma de decisiones y el logro de resultados en salud, como la vigilancia comunitaria intercultural a partir del reconocimiento de los roles y el alcance desde las dinámicas comunitarias que se relacionan con el cuidado primario a la salud desde sus autoridades ancestrales y la conexión con el camino hacia la complementariedad con las RIAS adecuadas socio culturalmente.
- Desarrollo de capacidades para el cuidado integral de la salud, la comunicación de riesgos en salud y la promoción de la participación de las personas, familias y comunidades en la acción colectiva necesaria para enfrentar los riesgos que amenazan la vida, la salud y el territorio, a través del diseño e implementación de estrategias de información, educación y comunicación en el campo de la salud pública, que defina el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural-SISPI para la construcción de capacidades técnicas y resolutivas, acordes con el contexto socio cultural.

- El reconocimiento, manejo y gestión de los riesgos derivados de amenazas biológicas, sociales, económicas, ambientales y/o pérdida de conocimiento de las normas propias del cuidado a la salud y del territorio, a través del desarrollo de metodologías de autodiagnóstico, cartografía para el buen vivir, análisis y caracterización de riesgos poblacionales, que orienten las intervenciones y coordinación de respuestas integrales y articuladas entre el sistema propio de salud del territorio indígena con actores del sistema de salud para el fortalecimiento de la APS de esta población.

CUIDADO DE LA SALUD PROPIA E INTERCULTURAL <i>Determinantes Sociales de la Salud</i> <i>Atención Primaria en Salud - APS</i> <i>Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias</i> <i>Conocimiento en salud pública</i> <i>Personal de salud</i>	
Estrategias	Objetivos de las estrategias
Acciones conjuntas para el cuidado de la salud propia e intercultural en el territorio desde la dimensión social, económica, cultural, espiritual y territorial.	Definir los planes de salud a nivel comunitario, familiar, individual en el ámbito de la promoción, prevención primaria y gestión de la Salud Pública para los pueblos indígenas en los Planes Territoriales en Salud.
	Reconocer e incorporar los determinantes socioculturales y/o propios a nivel territorial, comunitario, familiar e individual para reducir el impacto negativo y mejorar las condiciones de vida de los pueblos indígenas.
	Implementar en los PTS estrategias para la promoción, y protección de la salud materno-infantil a partir de una ruta propia enfatizando en la partería indígena y las diferentes formas del cuidado de los pueblos indígenas.
	Implementar y fortalecer un abordaje propio de los pueblos indígenas para la garantía de los derechos sexuales y reproductivos que favorezca el cuidado integral de la salud y la mejoría de las condiciones de vida para la población indígena.
	Fortalecer la infraestructura, adaptación cultural y la incorporación de nuevas tecnologías y energías alternativas respecto a los procesos del sector salud que generan impacto negativo socioambiental y amplifican los efectos del cambio climático, considerando practicas propias de los pueblos y comunidades indígenas para el cuidado y preservación del ambiente.

	<p>Incorporar en la APS referentes que manejen la lengua indígena propia, oficinas interculturales, señalética cultural, participación indígena en la gestión, arquitectura concertada, alimentación tradicional, albergues comunitarios, diálogos respetuosos con médicos o sabedores y sabedoras tradicionales, empleo de plantas tradicionales, atención humanizada e intercultural del parto de acuerdo con los sistemas de conocimiento de cada pueblo indígena, dotación con elementos propios (hamacas, cueros, horarios flexibles) entre otros.</p> <p>Fortalecer a través de la adecuación las fuentes, sistemas de información e indicadores de gestión propios del ASIS indígena con las metodologías e instrumentos definidos y concertados con los pueblos indígenas mediante los espacios de diálogo, concertación y participación definidos.</p> <p>Garantizar que el análisis de situación de salud- ASIS, incluya información proveniente de los sistemas de conocimientos propios y los sistemas de información institucionales, con el fin de identificar y comprender la situación en salud de los pueblos y comunidades indígenas, a partir de la participación y la toma efectiva de decisiones en la planeación territorial en salud.</p> <p>Definir los planes para el cuidado de la vida colectiva, familiar, individual y territorial, tomando en cuenta las condiciones de protección o limitantes de la salud y el buen vivir.</p> <p>Reconocer y construir la caracterización socio cultural sobre las diferentes afectaciones ambientales, territoriales, o aquellas generadas por actividades de uso ilícito, en los diferentes territorios indígenas, que impactan de manera negativa la salud y contaminan fuentes hídricas, suelos y subsuelos, de los pueblos indígenas.</p> <p>Incorporar procesos de formación y capacitación comunitaria, para la recuperación y revitalización de las prácticas culturales y articulación de los cuidados interculturales.</p> <p>Fortalecer el gobierno propio en los territorios para la protección, recuperación y preservación de los sitios sagrados, espacios de vida, teniendo en cuenta el enfoque propio y cuidado de la biodiversidad, los recursos naturales renovables y de protección del medio ambiente.</p>
	<p>Articular acciones para la gestión del riesgo colectivo e individual, mediante la valoración de la percepción social del riesgo desde el concepto propio como desarmonías y desequilibrios en el territorio indígena, la identificación y la priorización a partir de sus necesidades y acorde a sus planes de vida u otras formas de planeación del territorio, la organización de la red de prestadores de servicios de salud primarios y complementarios en coordinación, articulación y complementariedad con el Sistema indígena de salud propio e intercultural – SISPI.</p>

	<p>Construir e implementar de manera conjunta estrategias de análisis, monitoreo, seguimiento y evaluación mediante mesa territorial para optimizar la toma de decisiones y el logro de resultados en salud, como la vigilancia comunitaria intercultural a partir del reconocimiento de los roles y el alcance desde las dinámicas comunitarias que se relacionan con el cuidado primario a la salud desde sus autoridades ancestrales y la conexión con el camino hacia la complementariedad.</p> <p>Diseñar e implementar estrategias de información, educación y comunicación en el campo de la salud pública, que defina el sistema indígena de salud propio e intercultural-SISPI para la construcción de capacidades técnicas y resolutivas, acordes con el contexto socio cultural</p> <p>Garantizar el monitoreo y seguimiento en campo de los eventos de salud pública, comunitaria y de los resultados de acuerdo con las estructuras propias en salud indígena.</p> <p>Fortalecer e implementar en los PTS la prestación de servicios en salud mental (armonía espiritual y del pensamiento) bajo el enfoque propio para pueblos indígenas, mediante actividades de educación en salud que involucren la formación de líderes comunitarios para la intervención en crisis y primeros auxilios mentales desde la cultura propia y con adecuación intercultural para individuos de pueblos indígenas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividades colectivas de educación en salud para la recuperación de prácticas culturales propias (artísticas, lúdicas y deportivas) de los pueblos y comunidades indígenas como factor protector de la armonía espiritual y de pensamiento (salud mental) colectiva. • Actividades educativas grupales en el entorno educativo para la recuperación y fortalecimiento de las prácticas de crianza, cuidado y educación familiar protectoras de la salud mental (armonías espirituales y del pensamiento) de los pueblos y comunidades indígenas. • Educación en armonías espirituales y del pensamiento (salud mental) mediante conversatorios comunitarios con los pueblos y comunidades indígenas para la identificación de factores de riesgo instaurados en individuos con problemas, trastornos mentales con énfasis en suicidio y consumo de sustancias psicoactivas y para la construcción de acuerdos para la reducción del estigma, la identificación y manejo de crisis en (desarmonías espirituales y del pensamiento (salud mental)).
--	--

Componente Administración y Gestión

La administración y gestión de la salud propia e intercultural en el marco del SISPI involucra el desarrollo de los procesos de planeación en salud a partir del reconocimiento de las variables propias e interculturales, así como incorporar información socio cultural de la población indígena, en los Análisis de Situación de Salud territoriales, que les permita comprender y ampliar el conocimiento de la situación de salud de los pueblos y comunidades indígenas, en coherencia con los lineamientos y metodologías dispuestas por este Ministerio de Salud y Protección Social para la elaboración del Análisis de la Situación de Salud (ASIS) indígena.

En el mismo sentido, la definición desde lo propio y la concertación de los resultados esperados en salud con las entidades territoriales, la definición de objetivos, metas, indicadores y financiamiento de las acciones priorizadas y concertadas; se orientará con base en la definición del SISPI de acuerdo al artículo 74 del decreto 1953 de 2014: *El SISPI se articula, coordina y complementa con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), con el fin de maximizar los logros en salud de los pueblos indígenas” en lo relacionado con la gestión de la salud pública.*

Este proceso es fundamental en el desarrollo para garantizar el cumplimiento eficiente del proceso administrativo y del presupuesto de la salud integral para los pueblos indígenas, de la misma manera la integración desarrolla los mecanismos propios para ejercer el control, seguimiento y monitoreo de la ejecución presupuestal y el cumplimiento de metas e indicadores establecidos. La gestión administrativa está bajo la responsabilidad de las autoridades indígenas teniendo en cuenta los parámetros o directrices que se acuerden en los procesos contractuales entre las entidades del estado de los distintos niveles (nacional y territorial) y las autoridades indígenas.

Por otra parte, en sinergia con el eje estratégico de Atención Primaria de Salud del PDSP 2022 – 2031, el cual

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

Así, se identifican las estrategias enunciadas en el PDSP 2022 – 2031 que recogen los elementos comunes entre los marcos citados:

- A partir de la configuración de herramientas, instrumentos y procesos para la transformación de la información desde el contexto propio e intercultural que permita el

análisis, transferencia y uso de la información, la priorización y la toma de decisiones en salud pública, las orientaciones que se describen a continuación, forman parte del proceso de participación y planeación en salud en los territorios indígenas, tomados de la Resolución 050 de 2021, artículo 2:

- i.) Definirán, organizarán y convocarán, la participación de actores comunitarios pertenecientes a los pueblos y comunidades indígenas, ii.) Convocarán los actores comunitarios que harán presencia en las mesas de trabajo para la formulación de los PTS, en el marco del proceso de planeación integral en salud y iii) Vincularán a los actores comunitarios, las autoridades propias y/o tradicionales, sabedores de la medicina ancestral y de las estructuras propias de salud de las comunidades indígenas definidas, en el marco del proceso de planeación integral en salud, con el fin de profundizar en el reconocimiento integral y comprensión de las condiciones particulares en que se encuentra este grupo y los factores socioculturales que inciden en su situación de salud, y iv) Gestionarán los procesos de participación y brindarán acompañamiento y apoyo a todas las instancias, respetando su autonomía
- La coordinación y articulación en el territorio de las acciones intersectoriales y sectoriales poblacionales, colectivas e individuales (Planes para el cuidado de la vida colectiva-PCVC, Caminos Interculturales) de manera integrada y corresponsable entre los actores del sistema y los distintos niveles de gestión territorial de la salud pública; el desarrollo y consolidación de redes integrales de servicios de salud y servicios sociales en condiciones de calidad, accesibilidad, oportunidad y aceptabilidad para la garantía de la atención integral, integrada y continua; la armonización de políticas, planes, programas y proyectos con injerencia en salud pública; la integración de los enfoques de cuidado, gestión del riesgo, salud familiar y comunitaria en el modelo de cuidado integral de la salud; la integración del sistema de protección social, la estrategia promocional de entornos saludables y el modelo de cuidado integral de la salud; y la articulación entre el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural, los planes de vida indígenas y otras formas autónomas para el cuidado de la vida y la salud con los niveles de gestión territorial integral de la salud pública.
 - Las fuentes de financiación de los PTS deberán estar definidas, como fuente y flujo principal de los componentes de sabiduría ancestral y cuidado de la salud que integran el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural -SISPI-. Serán los recursos de participación en salud de la nación y todas aquellas que definan las entidades territoriales tales para el logro de las formas del cuidado de la salud de los pueblos indígenas.
 - Consolidación de marcos políticos jurídicos y normativos para la promoción del buen vivir y la garantía de derechos; la promoción y protección del ambiente sano; la prevención y el control frente a los desequilibrios y desarmonías para el territorio, la comunidad, la familia y el individuo, los ecosistemas y la mitigación de los efectos del

cambio climático; el acceso a saneamiento básico y la promoción y protección de mejores condiciones de vida y salud en entornos urbanos y rurales, así como en entornos etnoeducativos, laborales, comunitarios, institucionales y del hogar; la protección social y promoción de mejores condiciones de trabajo para la población formal e informal en entornos urbanos y rurales; la promoción y protección de la soberanía y la seguridad alimentaria y nutricional; la promoción de la recreación, la sana convivencia, la salud mental y armonías espirituales y la salud sexual y reproductiva.

- La disponibilidad, accesibilidad, calidad y continuidad del talento humano en salud en condiciones de protección y seguridad laboral; el desarrollo de equipos interdisciplinarios para la atención en salud pública desde el concepto propio e intercultural con la participación de agentes comunitarios en salud; el desarrollo de capacidades para el abordaje diferencial, familiar y comunitario en el marco del cuidado integral y la apropiación de una cultura para el buen vivir; la actualización y desarrollo de capacidades técnicas para el abordaje de las condiciones en salud y para la gestión integral de la salud pública; y el reconocimiento de las autoridades ancestrales y el talento humano en salud indígena y no indígena como educadores y por tanto productores de cultura.

ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN	
<i>Gobernabilidad y gobernanza de la salud pública</i>	
Estrategias	Objetivos de las estrategias
Desarrollar procesos de planeación en salud a partir del reconocimiento de las características propias e interculturales, y los análisis territoriales de los pueblos indígenas.	Garantizar la participación de las autoridades propias y/o tradicionales, sabedores de la medicina ancestral y de las estructuras propias de salud de los pueblos y comunidades indígenas definidas, en el marco del proceso de planeación integral en salud, con el fin de profundizar en el reconocimiento integral y comprensión de las condiciones particulares en que se encuentra este grupo y los factores socioculturales que inciden en su situación de salud
	Diseñar en conjunto con los pueblos indígenas las herramientas, instrumentos y procesos para la transformación de la información desde el contexto propio e intercultural que permita el análisis, transferencia y uso de la información, la priorización y la toma de decisiones en salud pública.
	Garantizar en el Análisis de situación de salud – ASIS indígena la inclusión de información veraz, a partir de variables propias que conlleven a identificar y comprender la situación real en salud de los pueblos y comunidades indígenas para la participación y toma de decisiones en la planeación territorial de salud en articulación con los lineamientos y metodologías propias.

	<p>Concertar las herramientas de seguimiento y evaluación entre las entidades territoriales y autoridades propias y/o tradicionales, sabedores de la medicina ancestral y de las estructuras propias de salud de los pueblos y comunidades indígenas, así como también la definición de las líneas de financiamiento de las acciones priorizadas y concertadas en los PTS.</p>
	<p>Garantizar los mecanismos para el desarrollo de las capacidades técnicas, políticas y administrativas junto con las estructuras de las diferentes formas y expresiones organizativas de los pueblos y comunidades en la planeación y participación como ejercicio del derecho a la salud.</p>
<p>Garantizar en el Plan Financiero territorial de salud la destinación específica para la implementación de los sistemas de salud propios de los pueblos indígenas a nivel territorial en el marco del SISPI.</p>	<p>Garantizar en los planes sectoriales y en la formulación del presupuesto de los fondos de salud de las entidades territoriales la financiación de las acciones en salud comunitarias, familiares e individuales de los pueblos indígenas que se formulen de manera conjunta con sus autoridades y/o estructuras propias en salud.</p> <p>Establecer y estimar en el Plan de Acción en Salud (PAS) del PTS los recursos que son destinados a las acciones colectivas e individuales para los pueblos indígenas de acuerdo con el Plan del Cuidado para la vida colectiva (PCVC).</p>

8.3 Marco Estratégico Intercultural con el Pueblo Rrom

La identidad cultural del pueblo Rrom es reconocida por el decreto 2957 de 2010 que expidió el marco normativo para la protección integral de los derechos del grupo étnico Rrom o Gitano (Presidencia de Colombia, 2010). Esta norma define la identidad Rrom así:

Se es Rrom o Gitano por descendencia patrilineal, la cual permite la ubicación de una persona en un determinado grupo de parentesco, configurado fundamentalmente en torno a la autoridad emanada de un hombre de reconocido prestigio y conocimiento, el cual a su vez, a través de diferentes alianzas, se articula a otros grupos de parentesco, en donde todos comparten, entre otros aspectos, la idea de un origen común, una tradición nómada, un idioma, un sistema jurídico la kriss Romaní, unas autoridades, una organización social, el respeto a un complejo sistema de valores y creencias, un especial sentido de la estética que conlleva a un fuerte apego a la libertad individual y colectiva, los cuales definen fronteras étnicas que los distinguen de otros grupos étnicos. Sin perjuicio de la descendencia patrilineal, los hijos e hijas de una mujer Romny y padre gadzho (no Gitano) que vivan en kumpeñy serán considerados como Rrom” (Presidencia de Colombia, 2010).

8.3.1 Nociones Conceptuales Propias

A continuación, se presentan las nociones resultantes del trabajo adelantado con el pueblo Rrom.

Territorio: El territorio se comprende como un espacio representativo e integral que tiene razón de ser en las relaciones que reproducen y cohesionan la vida colectiva. En el caso del pueblo Rrom, el territorio es vida en tanto se configura como su vivienda, dónde su cultura se recrea y donde se proporciona el alimento. En principio este no se pensaba bajo una relación de propiedad, sino una relación temporal, sin embargo, teniendo en cuenta que las condiciones han cambiado a partir de la violencia y la discriminación, el pueblo Rrom ya no tiene la trashumancia en su totalidad, por ende, se ha adaptado y asentado en territorios que ha buscado adaptar de manera colectiva con las Kumpaño como propios, manteniendo la armonía y el equilibrio con el mismo. Para el pueblo Rrom el territorio guarda una relación estrecha con el progreso y la calidad de vida, por ende es un eje estructurante en su cosmovisión como colectivo (Rrom, 2021).

Identidad Cultural: La identidad cultural refiere a la pertenencia social y cultural que poseen los colectivos, para el caso del pueblo Rrom se representa en el arraigo a sus principios y valores morales, a sus prácticas culturales frente al cuidado y protección de la vida, a sus prácticas rituales frente al nacimiento o la muerte. Es la identidad cultural la que entretene una serie de sentidos y significados propios alrededor de “ser Rrom”, y de características propias que se evidencian en la manera vivir el tiempo presente, de pensar, sentir, trascender y expresar su visión de mundo en las relaciones de reciprocidad, de parentesco, en los usos, costumbres, conocimientos ancestrales, y en la “enorme flexibilidad que facilita su interacción en contextos difíciles y hostiles” (Bimbay 2021) y que ha llevado a configurar múltiples formas de habitar, transitar y circular los territorios que habitan. Sumado a ello, la identidad se configura como ordenador que tiene el propósito de permanecer a través del paso generacional de saberes y experiencias colectivas e individuales (Rrom, 2021).

Autonomía: La Autonomía se configura como la facultad que tienen los grupos para organizar y dirigir su vida interna de acuerdo con sus patrones identitarios, sus valores propios, su cosmovisión, su organización sociopolítica, sus instituciones, y aquellos mecanismos dentro del marco del Estado del cual forman parte. Es decir, que la autonomía para el pueblo Rrom es la capacidad y la manera de autogobernarse, y tiene como base los siguientes elementos: Territorio, Gobierno Propio e Identidad Cultural. Para el pueblo Rrom, la autonomía ha hecho parte fundamental de su identidad, y por ende se configura como garante en el fortalecimiento de procesos colectivos que promueven los intereses comunes desde el ejercicio participativo entre gobiernos.

También se refiere al denominado derecho mayoritario o derecho propio del Pueblo Rrom, el cual se fundamenta en la cosmovisión Gitana como “Kriiss Rromani”⁴³, y se comprende como la forma de organización sociopolítica con normas y valores culturales propios que trata asuntos o conflictos internos, y ejerce funciones jurisdiccionales, culturales, políticas y administrativas dentro de un ámbito territorial (O’lasho Lungo Rrom, 2021 p. 65)

Salud Propia: La salud se configura en principio con un ordenador dentro del pueblo Rrom en la medida que determina su lugar y función dentro del colectivo. A su vez, la salud se comprende bajo la noción propia de “bien estar” y “bien ser” que involucra lo colectivo y lo individual. Para mantener el equilibrio y la armonía, es fundamental respetar los principios y valores morales, ya que de lo contrario trae malestar colectivo, el cual se ve reflejado física y espiritualmente. En este sentido el pueblo Rrom ha generado un sistema propio de cuidado de la vida a partir de saberes y prácticas ancestrales.

Medicina tradicional: La medicina tradicional hace parte fundamental de la identidad propia del pueblo Rrom en la medida que se ha desarrollado como sistema para mantener el equilibrio dentro de la comunidad frente a enfermedades de tipo moral o físico, y a su vez para responder desde los conocimientos propios basados en el manejo de plantas medicinales a las *enfermedades de orden cultural* que puedan llegar a tener. La medicina tradicional ha sido desarrollada principalmente por la figura femenina, sin embargo, existen hombres que también asumen este rol dentro de la comunidad.

Existen enfermedades de orden cultural como lo son el mal de ojo, descuajados, malestares con fiebres, diarreas, dislocaciones, fracturas, dolores de cabeza, entre otros. Además, existen otras de tipo moral como cuando por ejemplo las personas Gitanas son expulsadas de la comunidad y se encuentran en estado de Rigate o Marimé, lo cual hace alusión al exilio de un miembro de la Kumpania por algún acto vergonzoso (Rrom, 2021)

8.3.2 Planeación estratégica en salud a partir de la autonomía y gobernabilidad del pueblo Rrom.

La garantía del “buen vivir” del pueblo Rrom parten del “O’ Lasho Drom” o plan de vida, en la medida que es la carta principal de navegación en la que se enmarcan los principios que

⁴³ De la Kriiss: Tribunal en el que se reúnen los gitanos mayores (Seré Rromengue) de determinada Kumpania con el propósito de resolver un acontroversia y tratar asuntos internos.c. De la kriiss Rromaní. Es el sistema propio del grupo étnico Rrom o Gitano, el cual está compuesto por una serie de normas y valores culturales que todos los miembros del grupo étnico tienen el deber de acatar y hacer cumplir. d. De los Seré Rromengué. Sero Rrom (Sere Rromengue plural), es el hombre casado, con hijos, sobre el cual, por su prestigio, conocimiento de la tradición, capacidad de construir consensos, habilidad en la palabra, recae la autoridad de un determinado patrigrupo o grupo familiar extenso (Decreto 2957:op cit:3 citado en Paternina, 2013, pág 478)

orientan su razón de ser y estar como comunidad y grupo étnico. El “O’ Lasho Drom” permite evidenciar las dinámicas sociales y culturales que se expresan a nivel colectivo principalmente, bajo el principio de la unidad familiar. En este sentido y de acuerdo con la trayectoria histórica que ha configurado al pueblo Rrom como un grupo humano trashumante, es importante señalar la cohesión social que han buscado resguardar como identidad propia en medio de los desplazamientos e intercambios culturales constantes (Rrom, 2021).

Para la identificación de las categorías propias se llevó a cabo un proceso de participación y construcción conjunta en el marco de la realización del capítulo del Plan Decenal de Salud Pública y los compromisos 2018-2022 del Plan Nacional de Desarrollo. A partir de 33 jornadas de trabajo en los territorios, se recogieron los intereses, inquietudes, solicitudes e incluso aquellos vacíos en salud identificados en las nueve Kumpaño y las dos organizaciones del grupo étnico – Unión Romaní y PROROM. Posterior a la recolección de insumos, se llevó a cabo un ejercicio de análisis cualitativo y cuantitativo que dio lugar a los cuatro pilares que sintetizan e integran de manera armónica aquellas necesidades en el marco del “O’ Lasho Drom” que responde al Plan de Vida del Pueblo Gitano, la propuesta institucional articulada y encaminada a la planeación en salud con enfoque étnico diferencial.

A continuación, se describen las categorías propias y las estrategias interculturales que buscan orientar el ejercicio de la gestión integral para la planeación territorial en salud.

- **Gobierno, autonomía y gobernanza**

Para el pueblo Rrom la Autonomía es la facultad que tienen los Grupos Étnicos de organizar y dirigir su vida interna de acuerdo con sus propios valores, instituciones, y mecanismos dentro del marco del Estado del cual forman parte. Es decir que la Autonomía es la capacidad y la manera de autogobernarse, y tiene como base los siguientes elementos: Territorio, Gobierno Propio e Identidad Cultural (O’lasho Lungo Rrom, 2021 p. 169)

Así se define que la base territorial de las formas socialmente aceptadas en cuanto al establecimiento de una Comunidad Gitana en un territorio definido, pero además como la estancia social auto reguladora de la vida individual y colectiva, se procede a mencionar las Kumpaño, donde se practica su itinerancia en los territorios ocupados por los Gadzhé. Este fenómeno se da básicamente en los sitios que se encuentran vacíos, pero que también significan un bienestar para ellos, por ende, se han venido constituyendo Territorios Gitanos en áreas civiles. Las dimensiones de estos territorios son variables y adoptan distintas formas de constitución con un único trasfondo de libertad. (Rrom M. N., 2022) Dicha base territorial desarrolla el “buen vivir”, el cual debe fortalecer las acciones propias e interculturales para la gestión de la salud pública del pueblo Rrom.

Así, se presentan las líneas estratégicas que corresponden a estructuras funcionales que permiten la adecuación de los arreglos institucionales de gobierno y de gobernanza de acuerdo con los contextos territoriales y poblacionales desde el conocimiento propio e intercultural para el fortalecimiento de la autonomía, gobierno y gobernanza del Pueblo Rrom:

Estrategia 1.1. Diseño de estrategias que promuevan a participación de representantes de las comunidades Rrom en los momentos de construcción, implementación y seguimiento de los Planes Territoriales en salud, buscando que se incluyan en el enfoque étnico requerido, de acuerdo con el contexto y los recursos de cada territorio.

Estrategia 1.2. Fortalecimiento de las estructuras organizativas propias del pueblo Rrom y las articulaciones interinstitucionales que lleven a crear espacios de diálogo desde un enfoque intercultural.

- **Salud Propia e Intercultural**

La salud para el pueblo Rrom se comprende a partir de una relación intrínseca entre el cuerpo y el pensamiento que involucra principios morales a nivel individual y colectivo desde la noción propia de “*bien estar y bien ser*”. En este sentido, la salud como derecho fundamental, autónomo e irrenunciable y de acuerdo con el principio de igualdad y el Convenio 169 de la OIT, el Gobierno debe garantizar sin discriminación alguna el acceso y disposición de servicios de salud adecuados que brinden a nivel comunitario un bienestar integral que tenga en cuenta las condiciones sociales, geográficas, culturales, económicas, y a su vez tenga la capacidad para articular las prácticas curativas tradicionales propias, con el fin de generar procesos conjuntos en los que se visibilicen las articulaciones interculturales. Para el Pueblo Rrom

...la salud y la enfermedad, la salud corresponde al bien estar y al bien ser, está relacionada intrínsecamente con lo colectivo y lo personal. Entonces una persona saludable en la Comunidad Gitana es respetada y aceptada por todo el colectivo”, y el concepto occidental el cual “ha venido en detrimento la medicina propia hasta su desaparición. La medicina occidental es necesaria para calmar los dolores pasajeros y que se solucionen en ese mismo momento, debido a que no existe una visión de la medicina preventiva (Rrom M. N., 2022).

- **Estrategia 2.1.** Desarrollo de procesos de coordinación y articulación con el entorno educativo e institucional (hospitales, alcaldías, colegios, jardines) para fortalecer la transmisión de saberes y prácticas de crianza, cuidado de la salud y educación

familiar desde los conocimientos de los sabedores y sabedoras, como factor protector de la salud.

- **Estrategia 2.2.** Diseño y promoción de actividades colectivas de educación para la salud que permitan recuperar y fortalecer las prácticas culturales propias (artísticas, lúdicas y deportivas), en conjunto con la gestión en salud pública con sector cultura y deporte para propiciar espacios colectivos para los y las jóvenes, así como para los niños/as.

Es por lo que las estrategias proponen establecer un puente de corresponsabilidad desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, diagnóstico oportuno, atención y paliación, mediante acciones acordadas en escenarios de construcción conjunta para llegar a acuerdos para la gestión de la salud pública del pueblo Rrom:

- **Estrategia 2.3.** Caracterización individual de la población afiliada, a cargo de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud - EAPB, a la que pertenece a la población Rrom incluyendo el análisis de riesgos, ubicación geográfica (urbano, rural, disperso), oferta de servicios disponibles para su atención incluyendo sus características y circunstancias poblacionales
- **Estrategia 2.4.** Desarrollo de intervenciones individuales y colectivas advirtiendo, principalmente, sus sistemas de creencias, tradiciones, costumbres y rituales como factores protectores y de afrontamiento ante la adversidad.
- **Entorno socioambiental y hábitat.**

El espacio y la territorialidad para el pueblo Rrom se configura desde la cosmovisión trashumante, en la medida que la movilidad es una característica propia y fundamental dentro de su configuración cultural y organización sociopolítica. En este sentido se evidencia que la vivienda es un espacio de reproducción cultural en la medida que es donde las familias fortalecen sus lazos y encuentran la unidad, el equilibrio y el bienestar social que necesitan. Sin embargo, en los entornos donde se encuentran ubicadas las viviendas de las diferentes Kumpany existen problemas de altos índices de contaminación tanto en el aire como en las fuentes hídricas, lo que se relaciona con enfermedades crónicas y la necesidad de atenciones en salud prioritarias ante las mismas.

Estrategia 3.1. Desarrollo de caracterización social y ambiental a la población Rrom con base en el contexto del territorio, etnia, género, estilos de vida (identidad cultural) en relación con las prácticas, comportamientos, costumbres, hábitos que desarrollan en el entorno hogar y las condiciones del lugar donde habitan (asentamientos donde pueden habitar en carpas, toldos o viviendas) que pueden

afectar su salud, la de familia y comunidad y generar impactos en el ambiente (tener en cuenta el manejo del agua para consumo, el manejo de residuos sólidos, la calidad del aire intramural, y las condiciones externas a la vivienda).

Estrategia 3.2. Gestión de acciones de articulación y planeación conjunta con la población Rrom, para la materialización de las intervenciones colectivas en sus territorios conforme a las características sociales y ambientales de sus kumpania.

- **Salud y entorno laboral.**

El trabajo para el pueblo Rrom es una dimensión fundamental que reproduce valores estructurales dentro de la identidad propia, tanto en lo que compete como sistema productivo, como lo referido a las nociones del *día a día* y los roles de género. Las dinámicas se basan en el trabajo colectivo, la *Vortechía* y en prácticas ancestrales relacionadas a la elaboración de artesanías (ollas) a partir del manejo de metales como el cobre y al comercio principalmente. Oficios que han buscado mantenerse ya que se configuran como estatuto cultural de su patrimonio inmaterial. Esta apuesta por la protección del legado cultural del pueblo Rrom está acompañada de unas necesidades de cara a la garantía del derecho a la salud física y mental, y a gozar de una vida digna y segura (Rrom, 2021).

Estrategia 4.1. Desarrollo de estrategias que promuevan el dialogo de saberes mediante metodologías participativas de manera que se fortalezcan las capacidades de la población Rrom para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, de acuerdo con los posibles riesgos asociados a la ocupación u oficio que desempeñan (tener en cuenta la exposición a sustancias químicas, accidentes por el uso de herramientas, manejo de residuos sólidos y residuos peligrosos, exposición al sol).

Estrategia 4.2. Programación de jornadas de salud en el ámbito extramural, para la atención, aplicación de tamizajes y acciones de información, que incidan en la detección oportuna de las enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, cáncer, salud visual, auditiva y salud bucal.

8.4 Marco estratégico Intercultural con las Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras

Las comunidades negras se definen como el conjunto de familias de ascendencia afrocolombiana que poseen una cultura propia, comparten una historia y tienen sus propias tradiciones y costumbres dentro de la relación campo poblado, que revelan y conservan conciencia de identidad que las distinguen de otros grupos étnicos (Congreso de Colombia, 1993).

Esta definición establece la conexión de su ancestría africana con el desarrollo de su cultura propia que vincula en forma estrecha al territorio con relación a su conciencia de identidad, esta pervivencia identitaria unida a lo territorial y sus distintos contextos ecológicos fundamenta la noción de biodiversidad biocultural, por cuanto es con su cultura y complejo sistema de conocimientos que usan, manejan y protegen sus territorios y la biodiversidad que los constituyen. (Humboldt, 2021).

Por lo anterior, los desarrollos de sistemas de gestión integral de la salud pública en marcos estratégicos interculturales que parten del principio de colocar su cultura propia de salud en coordinación de esfuerzos con la medicina alopática y otras expresiones de la medicina occidental, están promoviendo la existencia y desarrollo de sus sistemas de conocimientos tradicionales que están asociados a la protección de la biodiversidad de sus territorios y por lo tanto a perspectivas biocéntricas en la gestión del cuidado, territorios y desarrollo propuesta por este plan decenal.

La interculturalidad en la gestión territorial integral de la salud pública conlleva a la conservación y pervivencia del sistema de conocimientos tradicionales del pueblo afrocolombiano y de esta manera se configura en un espacio de protección de estos conocimientos tradicionales a través de la garantía del ejercicio de sus derechos sociales, económicos, culturales y políticos, por el reconocimiento y respeto de sus formas de organización y cosmovisiones. Esta protección del sistema de conocimientos tradicionales del pueblo afrocolombiano tiene conexión directa con la conservación de la diversidad biológica en sus territorios y la garantía y goce del ejercicio de sus derechos específicos para las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.

Por lo anterior, la garantía del “vivir sabroso” para las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras (Quiceno, 2016) significa el cuidado de la vida, territorios y desarrollo en perspectiva de biocentrismo pues se conjugan diversas formas y prácticas en cuanto a su bienestar personal, salud, fortaleza corporal y alivio de padecimientos en su cotidiano vivir en los ámbitos familiares, comunitarios y sociales en que transcurren sus vidas a través de prácticas rituales, productivas, políticas.

8.4.1 Nociones conceptuales propias

En el marco del trabajo articulado realizado por el MSPS con organizaciones representativas y comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras e integrantes reconocidos del sistema de conocimiento tradicional del pueblo afrocolombiano se obtuvieron nociones conceptuales que reflejan las diferentes perspectivas por los distintos ámbitos y modos de vida en que transcurren sus prácticas y sistemas de vida. No se presentan resumidos en categorías homogenizantes para no perder su textura social y

riqueza cultural, por esto se presentan a continuación desde las voces de sabedores y sabedoras:

Salud: “... la entendemos no solamente desde lo físico sino también desde lo mental, lo espiritual y lo colectivo, la sabiduría ancestral en nuestros territorios es clave para generar un autocuidado, sanación y bienestar en la salud de todos incluyendo la salud del territorio, es decir que hay una salud integral cuando están en buenas condiciones físicas, mentales y espirituales, los habitantes, el ambiente y territorio” (Entrevista sabedora 1) “La salud significa en gran medida la vida la salud como bienestar para el desarrollo del buen vivir dentro del territorio” (Entrevista sabedora 2) “Salud es contar con un centro de salud bien dotado y contar con un curandero o sanador que este siempre a la disposición del pueblo y que las EPS brinden facilidad de accesos a los programas y servicios de salud” (Entrevista sabedores 3) “Salud es deporte, buena y variedad en la nutrición, Un medio ambiente sano, Las necesidades básicas satisfechas” (Entrevista sabedor 4).

“Existe una relación directa entre la salud del Ecosistema, la salud de los individuos. Entonces en este contexto la salud ha sido definida como la “Adaptación exitosa de un grupo humano a un ambiente determinado” (Entrevista sabedor 5).

Enfermedad: “Entre diversos sectores de la región pacífica se dan variaciones frente a los nombres y clasificación de las enfermedades y sus orígenes, así como la manera de tratar, pero existe una transversalidad en sus saberes y prácticas ligadas a la dualidad frío-caliente”. (Entrevista sabedora 2) “... Cuando hay desequilibrio en el territorio aparece la enfermedad que afecta directamente al individuo y a la comunidad. Por tanto, la enfermedad aparece cuando hay quebrantamiento de las prescripciones, o normas. Desde el conocimiento propio, su restablecimiento está a cargo de autoridades espirituales médicas tradicionales o chamanes, los cuales tienen la capacidad de comunicarse y negociar, tanto para curar, como para poner el maleficio, con los espíritus dueños de la naturaleza. (Entrevista sabedor 5)

Cultura: “legado de conocimientos y de saberes, de prácticas que los y las caracterizan y los definen, los diferencian de otras especies o culturas. La cultura no solo reflejada en bailes, alborotos y alegrías, sino como símbolo de fuerza y de resistencia que se lleva por dentro, en el calor que fluye por las venas. La cultura como mecanismo de defensa y de supervivencia” (Entrevista sabedora 2)

Ancestralidad: “La ancestralidad es declarada como un inamovible de las comunidades étnicas en este caso para las comunidades Negras. Es importante porque a través de ella las comunidades han logrado mantenerse en el territorio la ancestralidad como lo había dicho anteriormente es sinónimo de resistencia y de pervivencia” (Entrevista sabedora 2)

Medicina y saberes ancestrales: “se refiere a los saberes, creencias, usos y costumbres de la tradición cultural, relacionada con la salud, las técnicas terapéuticas, los recursos

naturales, tales como las plantas medicinales y otros y los agentes comunitarios que desempeñan funciones en este campo, como los médicos tradicionales o chamanes, como las parteras, hierbateros, remediaros, sobanderos entre otros. Ellos son las personas autorizadas en la comunidad para ejercer el oficio, ellos tienen el don especial de curar o colocar maleficios, algunos, nacieron con el don, otros lo aprendieron de sus mayores u otros sanadores, otros lo atribuyen a una señal divina o llamada, trance o visión de una persona con dones especiales y por último por percibir de otro sanador su potencial por medio de “luz” que una persona irradia y hay que hacérselo saber. Hace parte de este mundo de los Saberes Ancestrales, LA COSMOVISIÓN, lo cual hace relación a la forma como las culturas interpretan la integración del hombre con la naturaleza y el cosmos. A las ciencias sobre el origen, estructura y dinámica del Universo, el tiempo y el espacio, el origen, sentido y destino de la vida. Esta Cosmovisión se explica en los mitos, los ritos, la tradición oral, los sueños las señas etc.” (Entrevista sabedor 5)

El arte de partear: partear se compone de un conjunto de prácticas de cuidado que se da en el marco de relaciones de confianza y amor, incluyen: “un control a la embarazada midiéndole la barriga periódicamente y se le informa en qué condiciones se encuentra él bebe y las precauciones que deben tener; si él bebe esta encajado debe hacérsele masajes en la parte baja del vientre para que el feto busque su acomodo. Luego del parto se le hace seguimiento a la madre para mirar si expulsó las placentas o compañeras para luego recetarles bebedizos de plantas para que las expulsen y limpiar el vientre, para estos utiliza el nacedero y otras plantas que sirven para la evacuación de residuos en el vientre. Luego del parto se arregla bien a la madre y debe pasar 40 días dentro de un toldo como dieta para evitar los pasmos, resfríos bajitos dolores de cabeza. Para evitar los pasmos se compone una botella que contiene canela, clavo de olor, aguardiente, nuez moscada, alhucema y romero y se toma una copita en ayunas” (Entrevistas sabedores 3)

“Las parteras saben que para traer una vida al mundo se requiere de tiempo, mucha paciencia y mucha energía, y son conscientes de que el momento del nacimiento es rudo, por lo que ejercen un rol muy importante en la enculturación Afro como educadoras que lideran los principios y las prácticas de la armonía y el equilibrio que les permite refrescar los estados de calor y frío en la madre, y mantener el equilibrio del cuerpo de la mujer a base de remedios preparados con plantas medicinales que cultivan en los solares de sus casas” (entrevista sabedora 2)

“Las curanderas, cuidadoras, comadronas y parteras son seres cargados de una sabiduría infinita, se caracterizan por sus instintos de maternidad y de cuidadoras y que mejor que el amor y el cuidado de alguien que es como la misma madre de una, ellas se entregan de tal manera a su oficio que no escatiman los riesgos ni los perjuicios a los que se pueden llegar a enfrentar e ocasiones. Dentro de sus labores empiezan haciendo un proceso con la pareja que quiere concebir un hijo y no ha sido posible, cuando se da el embarazo viene el proceso con la primeriza, le enseña desde la manera como debe sentarse hasta la manera

como debe acostarse. Luego es el proceso de la alimentación para mantener la criatura bien alimentada para tener fuerzas a la hora de parir y el cuidado tanto del prematuro como de la madre. Ellas como conocedoras de los “secretos de las mujeres” sobre la salud sexual y reproductiva femenina, desarrollan un papel protagónico en las comunidades al ayudar a nacer la vida, haciendo un trabajo “étnico cultural, tradicional que viene desde el principio del mundo, porque la partera es una de las principales trabajadoras del mundo para traer a toda la humanidad” (entrevista sabedora 2)

En el mismo sentido, la declaración de Salvaguardia del patrimonio cultural inmaterial de los afrodescendientes en América Latina incluye los saberes y técnicas de preparación y atención para el parto (región pacífica): Las parteras negras del sur del Pacífico son famosas por su sabiduría tradicional para acompañar los partos. Es un saber que reúne técnicas especiales de atención y un conocimiento profundo sobre las plantas medicinales que utilizan. (UNESCO, 2013). Además, la corte constitucional de Colombia reconoce y exalta la partería como saber ancestral y patrimonio cultural de la Nación y exhorta al Ministerio de Salud a integrar a las parteras al Sistema de Seguridad Social en Salud y al congreso de la República a legislar sobre ese tema. (CCC, 2022)

Espiritualidad: En la medida que se fortalezca el territorio se fortalece la historia y la sabiduría. Se debe recuperar toda esa parte de la historia y los saberes perdidos. Debemos reconocer el conocimiento, la sabiduría y la espiritualidad de las poblaciones Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras como elementos importantes de la cultura. Protegiendo todos esos saberes y los elementos que constituyen las dinámicas que hoy persisten en las poblaciones Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras (entrevista sabedora 1).

Sobre ritos, mitos y alabaos: *“Dentro de los ritos tenemos, primeramente, los ritos que se hacen cuando nace un nuevo Ser y cuando se despide de este mundo terrenal:*

A quienes protegemos: protegemos a los niños en diferentes etapas de su vida. De los malos espíritus.

De Que los protegemos: De posibles males que los pueden afectar al nacer y en la trayectoria de la vida, protegemos a nuestros sabedores porque son elementos fundamentales en nuestras comunidades

Como los protegemos: Mediante el uso y las prácticas ancestrales y espirituales que se tienen en el territorio

Quienes lo hacen: Lógicamente que los encargados de hacer estos trabajos son personas idóneas y reconocidas en las comunidades (sabedores, santeros, rezanderos, cataoras)” (Entrevista sabedora 2)

“Hace parte de este mundo de los Saberes Ancestrales, la cosmovisión, lo cual hace relación a la forma como las culturas interpretan la integración del hombre con la naturaleza y el cosmos. A las ciencias sobre el origen, estructura y dinámica del Universos, el tiempo

y el espacio, el origen, sentido y destino de la vida. Esta Cosmovisión se explica en los mitos, los ritos, la tradición oral, los sueños las señas etc. A diferencia de la visión racionalista y de la lógica experimental de la medicina científica, la medicina tradicional de los grupos étnicos se fundamenta en otras interpretaciones, según lo cual los fenómenos de la realidad son intervenidos por fuerza ocultas naturales y sobrenaturales, espíritus, duende, dueños espirituales, dioses etc.” (Entrevista sabedor 5)

Salud ambiental: *“salud ambiental no es solo el agua contaminada, sino también por ejemplo como a las parteras del norte de Cauca para bajarse de la montaña tenían que cargar a la parturienta por esos caminos tan malos, porque simplemente por no tener una carretera, no pueden tener acceso a vías que les faciliten su trabajo y que por tanto le permitan llegar a tiempo para atender a las mujeres y que ellas sean atendidas. Entonces es importante proporcionar los medios ajustados a las realidades y necesidades comunidades, pues para ellas es muy importante por ejemplo que sus hijos nazcan en sus territorios y por supuesto al mejorar el estilo de vida, impactas también en la calidad de vida de estas comunidades en todas las dimensiones” (Entrevista sabedor 5)*

Derecho propio para la gestión territorial integral en salud. Los instrumentos locales de gestión territorial con base en conocimiento local de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras son los planes de etnodesarrollo de sus territorios colectivos. Estos instrumentos pueden establecer acciones concretas para la prevención de la erosión de los conocimientos tradicionales, su protección y su fortalecimiento y ejercen el rol de instrumentos marco para la articulación con las demás instituciones y políticas.

Sobre estos planes de desarrollo, la ley 70 establece que, los planes, programas y proyectos de desarrollo económico y social que adelante el gobierno y la cooperación técnica internacional para beneficio de las comunidades negras de que trata esta ley, deberá hacerse con la participación de los representantes de tales comunidades, a fin de que respondan a sus necesidades particulares, a la preservación del medio ambiente, a la conservación y cualificación de sus prácticas tradicionales de producción, a la erradicación de la pobreza y al respeto y reconocimiento de su vida social y cultural. Estos planes, programas y proyectos deberán reflejar las aspiraciones de las comunidades negras en materia de desarrollo. (Congreso de Colombia.Ley 70 de 1993, 1993)

8.4.2 Planeación estratégica en salud a partir de la autonomía y gobernabilidad de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras

A partir del proceso de consulta previa para el capítulo PDSP 2012 -2021, que culminó con el Acta de protocolización del capítulo étnico en diciembre del 2021, esta última con acto administrativo en curso, se identificaron las diez categorías centrales y significativas para estas comunidades en el logro del “vivir sabroso”. A continuación, se describen con una sinopsis de su justificación, con los contenidos de las líneas estratégicas como orientaciones para su materialización en la gestión integral de la gestión territorial integral

en salud en armonización con los seis ejes estratégicos del Plan Decenal, de igual manera se tuvo en cuenta los documentos tales como Consulta Previa (decreto 1372 de 2018), que son pertinentes para la gestión de la salud pública en el marco del PDSP 2022 – 2031, Convenio 169 de 1989 de la OIT, Plan de Acción del Decenio de las y los Afrodescendientes en las Américas (2016-2025), Ley 70 de 1993 y los Planes de Etnodesarrollo que apoyaron la consolidación de los elementos estratégicos para la planeación territorial en salud.

Eje estratégico Gobierno y gobernanza de la salud pública.

Se relaciona con la gestión territorial integral en salud con las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras que se ejerce a través de dos instancias la Consultiva de Alto Nivel y el Espacio Nacional de Consulta Previa. La primera está estructurada a partir de las organizaciones de base, Consejos Comunitarios y comunidad en general, que se interrelacionan con la Consultiva de Alto Nivel a través de las consultivas departamentales. El segundo, el Espacio Nacional de Consulta Previa está estructurado con delegados departamentales y nacionales, que ejercen a través de comisiones de regulación, salud, ciencia, jurídica y educación. (Espacio Nacional de Consulta Previa de las Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras [Internet]., 2022)

Elemento orientador de participación de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras a través de sus instituciones representativas e instancias de representación

Es un derecho de los pueblos tribales establecido por la Convención 169 de la OIT participar de manera efectiva en las decisiones que les afectan y decidir sus propias prioridades en lo que atañe a los procesos de desarrollo económico, social y cultural. Esta convención y los principios constitucionales fundamentan que las organizaciones e instituciones representativas de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras puedan desarrollar sus objetivos para la incidencia política, organizativa, administrativa e institucional a través de la práctica del diálogo con el gobierno en donde representan la voz de sus comunidades de origen y dan vida a los principios de la justicia, la democracia, el respeto de los derechos humanos, la igualdad, la no discriminación, la buena administración pública y la buena fe.

- **Estrategia 1.1** Generación e implementación de acciones para el fortalecimiento técnico y operativo, en las entidades o instituciones de los sectores involucrados, que permita garantizar el cumplimiento de los procesos de planeación y gestión integral en salud pública con enfoque étnico e identidad cultural para las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras
- **Estrategia 1.2** Diseño, definición, adecuación e implementación, en el marco de las competencias de los actores del SGSSS, las orientaciones técnicas que permitan la

incorporación del enfoque diferencial (Enfoque con Pueblos y Comunidades) en las políticas, planes, programas y proyectos en salud pública para las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.

- **Estrategia 1.3** Diseño y despliegue de una estrategia de comunicación que permita la adecuada socialización y difusión de los elementos estratégicos y operativos del capítulo étnico de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras, así como del reconocimiento y la garantía de la participación social en el marco de la consulta previa.
- **Estrategia 1.4** Diseño, implementación y seguimiento de una estrategia educativa y por cursos de vida, que posibilite el desarrollo de capacidades para el cuidado de la salud integral desde la identidad cultural de las comunidades Negras, Afrocolombiana, Raizales y Palenqueras.

Elemento orientador Comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y territorio

La relación con las tierras o territorios, o con ambos reviste una importancia especial para la cultura y los valores espirituales de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras en particular por los aspectos colectivos de esa relación. El derecho colectivo a las tierras definidas por la ley 70 está relacionado a dos nociones: ocupación colectiva y prácticas tradicionales de producción. La ley define ocupación colectiva como el asentamiento histórico y ancestral de comunidades negras en tierras para su uso colectivo, que constituyen su hábitat, y sobre los cuales desarrollan en la actualidad sus prácticas tradicionales de producción. A su vez, las prácticas tradicionales, son definidas como las actividades y técnicas agrícolas, mineras, de extracción forestal, pecuarias, de caza, pesca y recolección de productos naturales en general, que han utilizado consuetudinariamente las comunidades negras para garantizar la conservación de la vida y el desarrollo autosostenible.

- **Estrategia 2.1.** Diseño e implementación juntamente con la Comisión III del Espacio Nacional de Consulta Previa y el Ministerio de Salud y Protección Social una estrategia metodológica y los lineamientos técnicos para el desarrollo de la caracterización de la situación de salud con enfoque étnico y la identidad cultural para la construcción de un diagnóstico de salud de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.
- **Estrategia 2.2.** Diseño juntamente con la Comisión III del ENCP una estrategia metodológica y los lineamientos técnicos para la incorporación del enfoque étnico y la identidad cultural en el proceso de análisis de la situación de salud (ASIS) que

será insumo fundamental para la planeación territorial en materia de salud pública de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras

- **Estrategia 2.3.** Adaptación, adecuación e implementación de los lineamientos técnicos para la vigilancia comunitaria en salud pública teniendo en cuenta los lineamientos técnicos existentes, las prácticas y saberes ancestrales para el cuidado primario en salud de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.

Eje estratégico Gestión Intersectorial de los Determinantes Sociales de la Salud.

Los instrumentos de política que direccionan la gestión intersectorial de los determinantes sociales de la salud con las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras parten del Plan de Acción del Decenio de las y los Afrodescendientes en las Américas (2016-2025), AG/RES. 2891 (XLVI-O/16) Plan de Acción del Decenio de las y los Afrodescendientes en las Américas 2016-2025 (Aprobada en la segunda sesión plenaria, celebrada el 14 de junio de 2016), cuyas líneas estratégicas de acción son reconocimiento, justicia y desarrollo y el Plan de Etnodesarrollo que refleja el “ser interior” del Consejo Comunitario, desde donde se agencia la gestión intersectorial para los procesos de: Consultas Previas, gestión de recursos a través del Sistema General de Regalías, Planes de Desarrollo con Enfoque Territorial -PDET-, Planes y Esquemas de Ordenamiento Territorial, Agendas Ambientales, Cooperación Internacional, Responsabilidad Social Empresarial, Planes de Desarrollo Municipales, Departamentales y Nacionales (OEA, 2016)

Elemento orientador de salud ambiental

La relación de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras con sus territorios, relación que los define como un pueblo distinto a otros grupos étnicos “*dentro de la relación campo poblado, que revelan y conservan conciencia de identidad*”, es reconocida por la ley con el derecho a la titulación de los territorios colectivos (Congreso de Colombia.Ley 70 de 1993, 1993) . De esta manera estos territorios colectivos se materializan en los Consejos Comunitarios y hacen parte, junto con resguardos indígenas y zonas de reserva campesina, de los ordenamientos territoriales reconocidos por el estado colombiano, que actualmente se reflejan en el 33,6 % del territorio nacional (Humboldt., 2022)

El mismo sentido es importante destacar que, en el marco de la Conferencia de las Naciones Unidas - COP26 realizada en Glasgow 2021, se instaló el foro afrodescendiente interamericano de cambio climático, como una instancia que permitirá abordar los temas ambientales desde un enfoque diferencial afrodescendiente en las Américas.

El Ministerio del Interior reporta 210 Consejos Comunitarios con resolución de titulación (Ministerio de Trabajo, 2022) lo que representa cerca del 5 % del territorio nacional (Humboldt, 2021) Estos territorios son habitados, vividos y representados por estas comunidades bajo conceptos/categorías, usualmente no empleados en las evaluaciones científicas sobre el estado y las transformaciones de biodiversidad y los servicios ecosistémicos, como “Madre Tierra”, “Buen Vivir”, “Ley de Origen” y otros conceptos (específicos o comunes) referidos a *“las formas de vida y las relaciones materiales e inmateriales que existen entre ellas y con los seres humanos, la astronomía, la meteorología, el estado del tiempo y los cambios estacionales, las taxonomías y modelos de interpretación de los paisajes y fenómenos del territorio, al igual que las visiones del mundo o cosmovisiones de diversos pueblos y comunidades étnicas”* (I. Humboldt, 2021).

Por lo anterior, al reconocer y garantizar la incorporación de sus conocimientos tradicionales en la gestión territorial integral de la salud pública con relaciones interculturales y dado que estos sistemas de conocimiento solo existen por los sujetos sociales que los generan y renuevan constantemente en prácticas productivas, rituales y políticas, implica la protección de modelos de manejo/cuidado de sus territorios y permite fundamentar la reorientación biocéntrica de la gestión de los ejes estratégicos de la planeación nacional y territorial.

- **Estrategia 3.1.** Adopción de los lineamientos del Plan Nacional de Adaptación al Cambio Climático que afectan la salud, dirigido a las entidades territoriales, los sectores, en los territorios colectivos, tradicionales y/o ancestrales y zonas de asentamiento de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.
- **Estrategia 3.2.** Adecuación de las orientaciones de la estrategia de entornos saludables que aborden los factores ambientales que afectan negativamente la salud en los territorios colectivos, tradicionales y/o ancestrales y zonas de asentamiento de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras

Eje estratégico Gestión Integral de Atención Primaria en Salud.

Las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras desarrollan la visión de Atención Primaria en Salud a través del abordaje de los determinantes sociales en salud, por la orientación de los planes de etnodesarrollo en articulación a los planes de salud ambiental de ordenamiento territorial y de desarrollo con enfoque territorial – PDET (MinInterior, 2019). Así como con el alcance intercultural de la APS, en las definiciones de salud de los sabedores que exponen la necesidad de *“La identificación y evaluación de estrategias y criterios para incorporar la Medicina y Conocimiento Tradicional, en la Atención*

*Primaria en Salud y la seguridad y calidad de la evaluación de productos y servicios”
(entrevista sabedor 5)*

Elemento orientador LGBTIQ +

La Constitución de 1991 marcó un cambio trascendental para las comunidades LGBTIQ+ en el país por su enfoque garantista de los derechos humanos, que creó las garantías para avanzar en el reconocimiento de la igualdad entre los colombianos y de constituirse en sujetos de derecho dentro del estado social de derecho. Para estas comunidades LGBTIQ+ que han tenido históricamente situaciones de discriminación y marginación que les ha impedido acceder a la oferta social del estado en igualdad de oportunidades y el reconocimiento a la conformación de sus familias con los mismos derechos de las familias de la población general esto significó un avance trascendental. En concordancia con estos preceptos constitucionales la Ley 1438 de 2011 define el principio de igualdad como:

El acceso a la Seguridad Social en salud se garantiza sin discriminación a las personas residentes en el territorio colombiano, por razones de cultura, sexo, raza, origen nacional, orientación sexual, religión, edad o capacidad económica, sin perjuicio de la prevalencia constitucional de los derechos de los niños.

En la consulta previa en el marco de la formulación del capítulo de estas comunidades, se desarrolló una asamblea nacional LGBTIQ+ consideraron que el racismo, prejuicio, estigma y discriminación es la principal barrera social que atraviesa este colectivo, seguido de la falta de reconocimiento de los derechos de la comunidad LGBTIQ+ por parte de la comunidad a la que ellos pertenecen.

- **Estrategia 4.1.** Diseño e implementación del proceso de inclusión del enfoque de género desde la identidad cultural en el sector salud para el cierre de brechas por razones de género, identidad de género y orientación sexual, incluyendo acciones diferenciales para el colectivo LGBTIQ+ de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.

Elemento orientador Mujer

El enfoque de género se abordará en este apartado para visibilizar las desigualdades que afectan de manera desproporcionada a la mujer negra dentro de su grupo étnico. Es entonces necesario reconocer que la mujer negra ha desafiado históricamente el significado de su existencia humana en el entrecruzamiento de múltiples formas de discriminación. Las opresiones de género, raza y clase derivadas del pasado colonial esclavista han dado forma a dinámicas de poder y jerarquías que se han naturalizado en América Latina y el Caribe en perspectivas de un mundo androcéntrico, eurocéntrico, vigente en la actualidad. Es así como se hace ineludible la mirada interseccional para comprender los sistemas combinados

de opresión que discrimina y subordina a las mujeres afrocolombianas, negras, raizales y palenqueras por un poder racista, clasista y patriarcal.

- **Estrategia 5.1.** Diseño e implementación del proceso de inclusión del enfoque de género desde la identidad cultural en el sector salud para el cierre de brechas por razones de género, identidad de género y orientación sexual, incluyendo acciones diferenciales en salud para las mujeres de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.

Elemento orientador Prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

Constituyen la identidad cultural de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras las formas de cuidado en las que se mezclan fuerzas divinas y humanas donde los elementos centrales son la espiritualidad y la terapéutica en donde se entretajan nociones de temperaturas, formas y plantas, baños y botellas, vida y nacimiento, ombligos, cualidades y potencias, atraso, coger el rastro, poner una madreagua, cura y protección, los secretos, justicia y protección ante nuevos enemigos, protección de los ancestros, cosa hecha y justicia.

Las prácticas y materialidades que constituyen el fundamento ancestral de esta sabiduría también están en riesgo, según UNESCO, por situaciones como no tener reconocimiento social, la pérdida de la tradición, las dificultades en la transmisión de los conocimientos de “sabedores” a nuevos aprendices y el escaso reconocimiento y valoración por el sistema médico institucional.

Por lo anterior, la Organización Mundial de la Salud en la resolución WHA62.13 de 2009, insta a los países miembros a seguir desarrollando la medicina tradicional sobre la base de las investigaciones y la innovación y a considerar, cuando proceda, la posibilidad de establecer sistemas para calificar, acreditar u otorgar licencias a quienes practican la medicina tradicional, y prestar asistencia a los practicantes de la medicina tradicional para mejorar sus conocimientos y aptitudes en colaboración con los dispensadores de atención de salud pertinentes, teniendo en cuenta las tradiciones y costumbres de los pueblos y comunidades indígenas.

- **Estrategia 6.1.** Diseño e implementación de estrategias que permitan visibilizar y reconocer el saber ancestral y las prácticas tradicionales para el fortalecimiento de la medicina tradicional de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.

***Eje estratégico Gestión Integral de Atención Primaria en Salud.
Institucionalización de una Cultura para la Vida y la Salud.***

Las lenguas nativas y el habla popular están dentro de las principales manifestaciones de patrimonio cultural inmaterial de la comunidad Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras. Estas lenguas son: La lengua nativa ri Palenge o Palenquero – y la tradición oral asociada– es la lengua de San Basilio de Palenque. La lengua creole, que tiene como base en el inglés, distingue a los nativos de las islas de San Andrés, Providencia y Santa Catalina conocidos como “raizales”, que ocuparon el archipiélago desde mediados del Siglo XVII. El castellano que se habla en Colombia tiene en el habla popular afrocolombiana una fuente constante de enriquecimiento. Cada región tiene su entonación, sus construcciones lingüísticas propias y sus modismos, que han sido llevados a la literatura por poetas como Candelario Obeso, el primer poeta afro reconocido Obeso publicó sus Cantos populares de mi tierra en 1877 utilizando las formas lingüísticas de las bogas del río Magdalena. (UNESCO, 2013).

Elemento orientador Protección lingüística

El documento Salvaguardia del patrimonio cultural inmaterial de los afrodescendientes en América Latina auspiciado por la UNESCO, presenta en su informe sobre Colombia que el aporte de los afrodescendientes a la construcción y al tejido social de la Nación es inconmensurable, y hoy en día no hay campo de la cultura y las artes donde no sea visible la influencia de la matriz cultural africana.

- ***Estrategia 7.1.*** Definición de orientaciones para incorporar las acciones diferenciales para la gestión y la prestación de servicios de salud para la población Palenquera y Raizal, a través de ajustes razonables para las lenguas nativas criolla y creole, atendiendo lo definido el artículo 9 de la Ley 1381 de 2010, en el marco de las acciones interculturales relacionadas con el sector salud.

Eje estratégico Gestión integral del riesgo en salud pública.

Sobre la articulación e interacción de los agentes del sistema de salud y otros sectores para identificar e intervenir los riesgos para la salud de las personas y poblaciones, los sabedores participantes en este proceso manifiestan que

“La alternancia ha sido mala puesto que el servicio médico no presta la atención adecuada en el momento adecuado y el no reconocimiento de la medicina ancestral y el trabajo de las parteras. Y unas de las barreras son que en los hospitales no les reciben los niños para pasarlos y otorgarles el certificado de nacido vivo porque consideran que esta práctica es ilegal” (entrevista sabedora 3)

La discriminación racial aún permea en los sistemas de salud y dificulta la atención con calidad hacia las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras; en los territorios no hay equipamientos ni equipos para tratar la salud de estas comunidades; los centros de salud normalmente quedan alejados de los territorios y además no hay vías de acceso ni transporte para acudir a ellos de manera rápida y/o urgente y la falta de una caracterización que permita saber dónde están ubicadas las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras de Colombia y que el Estado avale y legitime la medicina ancestral de las mismas (entrevista sabedora 2).

Elemento orientador Barreras en salud

Esta categoría se justifica en que las barreras de acceso en salud que impiden el goce del más alto nivel posible de salud afectan de manera más determinante el desarrollo humano cuando se materializan en la primera infancia. Esto se fundamenta, entre otros, en que a partir de micro datos censales de ocho países latinoamericanos que recopilan información sobre autoidentificación étnico-racial en sus censos de la ronda de 2010, CEPAL estimó que la mortalidad infantil es más elevada en la población afrodescendiente en comparación con la no afrodescendiente, siendo Colombia el país que presenta la mayor proporción de muertes de niños y niñas afrodescendientes y también el que registra la mayor brecha con la población no afrodescendiente. También se documentan los temas de especial preocupación relacionados con la salud de los jóvenes afrodescendientes se encuentran la salud mental, el embarazo en la adolescencia y la violencia, en las mujeres es prioritaria la salud sexual y reproductiva, pero también para superar las brechas que pueden surgir ante desafíos sanitarios emergentes, como la pandemia de COVID-19. (CEPAL/UNFPA, 2020, P. 258)

- **Estrategia 8.1.** Construcción conjunta de las propuestas de adecuación socio cultural de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) para las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras de acuerdo con las necesidades, condiciones y situaciones de salud propia para reducir la carga de enfermedad y de las muertes tempranas y evitables por enfermedades emergentes, reemergentes y desatendidas.
- **Estrategia 8.2.** Definición de un mecanismo que permita la identificación de las personas de las Comunidades Negras, Afrocolombianas Raizales y Palenqueras afiliadas al SGSSS que permita la atención con enfoque diferencial étnico.
- **Estrategia 8.3.** Definición de criterios metodológico y analíticos para la Identificación de la situación de salud y los impactos relacionados con el racismo en la salud mental y física de las personas negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras,

generando estrategias que permitan abordar sus secuelas en niñas, niños, adolescentes y comunidad en general.

Eje estratégico Gestión del conocimiento para la salud pública.

El conocimiento tradicional sobre la naturaleza y el universo, como conocimiento que las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras han generado y acumulado con el paso del tiempo en su relación con el territorio y el medio ambiente y la medicina tradicional, los conocimientos y prácticas tradicionales de diagnóstico, prevención y tratamiento de enfermedades incluyendo aspectos psicológicos y espirituales propios de estos sistemas y los conocimientos botánicos asociados hacen parte del patrimonio cultural inmaterial de estas comunidades que están protegidos por el artículo 8° de la constitución, la ley 70 de 1993 y la ley 165 de 1994 que aprobó el “Convenio sobre la Diversidad Biológica”, entre otros.

Elemento orientador Saber y sabiduría ancestral.

En el contexto colombiano se ha avanzado en una definición amplia e incluyente para estas nociones de “conocimiento tradicional” como:

(El) Conjunto complejo y dinámico de saberes, prácticas, innovaciones, usos, manejos, costumbres, ideas, símbolos, representaciones, principios, reglas, interpretaciones y relaciones complejas con la biodiversidad, la naturaleza, el territorio y el cosmos, que los pueblos y comunidades Indígenas, Negras, Afrocolombianas, Raizales, Palenqueras, Rrom Campesinas y Locales poseen y recrean (Humboldt, 2021)

El Plan Nacional de Desarrollo 2018 - 2022 reconoce el saber ancestral con el acuerdo con las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras para que, dentro de los lineamientos de atención integral en salud con enfoque diferencial étnico para las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras se incorporen los saberes y medicina ancestral, parteras, sobadores y etnobotánica.

- **Estrategia 9.1.** Diseño e implementación de un sistema de caracterización y registro de los sabedores y médicos tradicionales de las comunidades Negras, Afrocolombianos, Raizales y Palenqueros
- **Estrategia 9.2.** Diseño e implementación de una estrategia para el intercambio de saberes entre la medicina ancestral (sabedores, sobadores, curanderos, rezanderos, etc.) y la medicina occidental, en espacios comunitarios que permitan el fortalecimiento de la identidad cultural de las Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras en el territorio colectivo, tradicional y/o ancestral, zonas de asentamiento o zonas urbanas.

Eje estratégico: Gestión y Desarrollo del Talento Humano en Salud Pública.

El informe de la UNESCO del 2013 sobre la Salvaguardia del patrimonio cultural inmaterial de los afrodescendientes en América Latina, la medicina tradicional que usa como recursos la “lectura de la orina”, “sobos” y la yerbatería, así como el chamanismo afro asociado al uso del “pildé” y otras plantas psicotrópicas está en riesgo de desaparición. Este riesgo está asociado, según UNESCO, con los problemas para su salvaguardia porque no tiene un reconocimiento social, por la pérdida de la tradición, las dificultades en la transmisión de los conocimientos de “sabedores” a nuevos aprendices y el escaso reconocimiento y valoración por el sistema médico institucional.

Elemento orientador Fortalecimiento del talento humano de la sabiduría ancestral y el saber

Dentro de las manifestaciones de patrimonio cultural inmaterial de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras más relevantes están los conocimientos y prácticas médicas tradicionales. La medicina tradicional afrocolombiana es un sistema complejo que abarca, desde prácticas de prevención y diagnóstico, hasta las prácticas curativas. Abarca concepciones propias sobre la salud y la enfermedad, conocimientos sobre las plantas y animales con propiedades curativas, técnicas para curar y para la atención al parto, y numerosas prácticas “secretas” para curar la picadura de serpientes, detener hemorragias o “cerrar el cuerpo” para evitar maleficios y enfermedades, para lo cual se vale el curandero de la preparación de “botellas curadas”.

- **Estrategia 10.1.** Diseño e implementación de estrategias de formación continua, encaminadas a la armonización y articulación de la medicina "occidental" con la medicina tradicional y sabiduría ancestral con el SGSSS, para el fortalecimiento de los conocimientos y habilidades de los sabedores y médicos tradicionales en el ejercicio de sus prácticas tradicionales.
- **Estrategia 10.2.** Diseño e implementación de estrategias que permitan visibilizar y reconocer el saber ancestral y las prácticas tradicionales para el fortalecimiento de la medicina tradicional de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras

8.4.3 Acuerdos Protocolizados en Consulta Previa con las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras

8.4.4

A continuación, se presenta los aspectos técnico, políticos y metodológicos del capítulo étnico de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras del PDSP como resultado de la Consulta Previa el cual contiene los 18 acuerdos protocolizados, los cuales se enmarcan en los procesos de desarrollo de la participación y generación de competencias para el enfoque étnico, diferencial e intercultural, los procesos estratégicos de la gestión en salud pública y de planeación territorial en salud y en los procesos de gestión operativa para el desarrollo de acciones colectivas e individuales interculturales en salud.

Contexto

El Plan Decenal de Salud Pública, es el marco de la política pública dirigida a la concreción de condiciones de equidad en salud. Por su parte, el enfoque garantista del bloque constitucional que enmarca el reconocimiento de nuestra sociedad multiétnica y pluricultural se expresa en la Dimensión transversal de gestión diferencial de poblaciones vulnerables del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y actualmente se incorpora en la apuesta conceptual, estratégica y operativa del PDSP 2022-2031. En este sentido, se desarrollan los procedimientos establecidos para la construcción del capítulo étnico para las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras.

Para el logro de este propósito, se señaló como imperativo la participación de representantes y autoridades de las diferentes organizaciones de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, para poder reconocer las concepciones y manejos propios respecto a la salud y enfermedad con un abordaje intercultural. Lo anterior, con la finalidad de identificar situaciones y líneas de acción específicas que contribuyan a la superación de inequidades y barreras que afectan las condiciones de salud de estas poblaciones y que pueden obstaculizar la concreción de los derechos individuales y colectivos que son fundamentales para la existencia física y cultural de este grupo poblacional.

Así, la construcción de este capítulo es resultado de un proceso de inclusión y participación social de este sector étnico y de un ejercicio de interacción entre el Ministerio de Salud y Protección Social y las organizaciones representativas de este grupo, al igual que con instituciones estatales tanto del sector salud como también de otros que tienen funciones relacionadas con políticas que inciden en la situación de salud de las poblaciones.

En este sentido, el objetivo de este apartado es presentar los fundamentos, la caracterización situacional, y los lineamientos, metas, estrategias y acciones específicas y diferenciales en salud pública dirigidas a las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras según se ha determinado en el proceso participativo, con el propósito de que las entidades territoriales en cumplimiento de los mandatos normativos y

propios de sus competencias, incorporen en los Planes Territoriales de Salud el enfoque étnico diferencial, y en consecuencia implementen su ejecución con la participación de los diferentes actores públicos, privados y comunitarios responsables del bienestar de estas comunidades.

Lo anterior de conformidad con las normas precitadas y las que surgen con posterioridad a la adopción del Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021 mediante la Resolución 1841 de 2013, en virtud del principio de progresividad y la confluencia de las políticas públicas sectoriales y las de los demás sectores. Los contenidos construidos en el citado capítulo son fundamentales para la continuidad de la planeación territorial en salud con enfoque étnico diferencial en los marcos de la política sectorial y demás políticas relacionadas y en especial para el PDSP 2022 – 2031.

Este apartado contiene la siguiente estructura: En primer lugar, se destacan los antecedentes que soportan esta formulación, la cual incluye los referentes jurídicos, normativos y políticos que fundamentan el reconocimiento de la diversidad étnica en Colombia y que a la vez generan derechos colectivos para las respuestas en salud de las poblaciones étnicas y en particular de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras.

Luego, se encuentra el marco conceptual que soporta la visión y perspectiva de este capítulo étnico; en el cual se asumen los derroteros de participación e inclusión según sus derechos colectivos, enfoques pertinentes en cuanto a la perspectiva de fortalecimiento de la identidad cultural, igualmente los enfoques y modelos planteados en el PDSP.

En la tercera parte se presenta la metodología, los resultados de las asambleas, los 18 acuerdos protocolizados en consulta previa, la financiación, el monitoreo, seguimiento y evaluación. Es de anotar, que los anexos técnicos relacionados con el Análisis de Situación de Salud y con los resultados de las asambleas se disponen en la página del Ministerio de Salud y Protección Social.

Ordenamientos jurídicos y jurisprudencial de reconocimiento de la diversidad étnica y derechos colectivos

Los fundamentos del trato preferente que el Estado debe prodigarle a las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras en aras de la protección de su identidad étnica diferenciada deben buscarse, en los distintos postulados constitucionales que proclaman a Colombia como un Estado Social de Derecho participativo y pluralista que reconoce su diversidad étnica y cultural y la igualdad y dignidad de toda su cultura, en los tratados de derechos humanos que han sido incorporados al ordenamiento interno con jerarquía de normas constitucionales, como el Convenio 169 de la OIT, y en los demás instrumentos internacionales que, sin contar con esa fuerza normativa, operan como criterio

de interpretación del contenido y alcance de los derechos fundamentales reconocidos a las minorías étnicas.

Es así que en Colombia, en el año de 1991 se expidieron disposiciones jurídicas de la mayor jerarquía que consagran el reconocimiento y preservación de la diversidad étnica y cultural como principio del Estado Social de Derecho, y del cual se deriva un conjunto de disposiciones especiales que salvaguardan, reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la nación colombiana y promueve y fomenta el acceso los derechos colectivos y fundamentales de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras. Un componente central de este ordenamiento es la Ley 21 de 1991 *“Por la cual se aprueba el Convenio 169 Sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes, adoptado por la 76ª Reunión de la Conferencia General de la OIT, Ginebra-1989”*. Este convenio, al igual que otras disposiciones de carácter internacional ratificados por el país como *“La convención internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial” (Ley 22 de 1981)*, entran a ser parte del bloque de constitucionalidad en virtud del Art. 93 de la Constitución Política, en el que se señala que *“Los tratados y convenios internacionales ratificados por el Congreso, que reconocen los derechos humanos y que prohíben su limitación en los estados de excepción, prevalecen en el orden interno.*

Los derechos y deberes consagrados en esta Carta se reinterpretarán de conformidad con los tratados internacionales sobre derechos humanos ratificados por Colombia”, que ratificó el Convenio 169 de la OIT *“Sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes”,* el cual incluye, entre otros, lineamientos normativos referentes a la participación, la consulta previa, tierras, contratación y condiciones de empleo, formación profesional e industrias rurales, seguridad social y salud, educación y medios de comunicación, tal como lo señala la OIT, *“El Convenio se fundamenta en el respeto a las culturas y las formas de vida de los pueblos indígenas y reconoce sus derechos sobre las tierras y los recursos naturales, así como el derecho a decidir sus propias prioridades en lo que atañe al proceso de desarrollo. El objetivo del Convenio es superar las prácticas discriminatorias que afectan a estos pueblos y hacer posible que participen en la adopción de decisiones que afectan a sus vidas”*. (2013. Pág.: 1).

Dados los alcances del Convenio 169 y según diferentes conceptos y sentencias, este se hace extensivo tanto a los pueblos indígenas como a las comunidades Negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y al pueblo Rrom o gitanos, grupos a los cuales se les reconocen sus condiciones específicas a nivel sociocultural y derechos asociados a la protección especial como conglomerados étnicos y a la garantía de pervivencia física y cultural.

La Corte Constitucional, en el año 1999, al integrar al bloque de constitucionalidad los Convenios de la OIT, también le dio carácter vinculante y de obligatorio cumplimiento a las recomendaciones que emite el Comité de Libertad Sindical como órgano de control de la

OIT. Como parte sustantiva de la Constitución Política Nacional, se encuentra el llamado bloque constitucionalidad, conformado para el caso de los derechos de los pueblos étnicamente diferenciados por el Convenio 169 de la OIT, ratificado por Colombia mediante la Ley 21 de 1991, y la Declaración de los Derechos de los Pueblos Indígenas de Naciones Unidas

Por su parte, la Constitución Política establece en uno de sus principios fundamentales que *“El Estado reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la nación colombiana”* (Art. 7) y dentro de los derechos sociales, económicos y culturales que *“...La cultura en sus diversas manifestaciones es fundamento de la nacionalidad. El Estado reconoce la igualdad y dignidad de todas las que conviven en el país...”*, adicionalmente a los ya citados, en la Constitución política, existen otros artículos que tratan de manera expresa sobre la diversidad étnica y cultural, entre estos están: 8, 10, 13, 63, 68, 72, 96, 171, 176, 246, 286, 321, 329, 330, 357, y transitorios 55 y 56.

De estas disposiciones se generan derechos colectivos para los grupos étnicos, en diferentes ámbitos, entre ellos el de participación en la definición y ejecución de las políticas públicas que se relacionen con sus condiciones de vida, las cuales deben ser acordes con sus particularidades. En este sentido los planes, programas, proyectos y acciones a realizar en las comunidades pertenecientes a estos grupos, deben ser adecuadas a los requerimientos y especificidades dadas sus condiciones socioculturales, con el fin de que garanticen la protección y no afectación de sus identidades.

El fundamento y finalidad de estos derechos colectivos es procurar que más allá de la garantía a los derechos de los individuos pertenecientes a estos grupos se brinde la protección necesaria para la existencia y perdurabilidad del conjunto social diferenciado. De manera reiterada, organismos internacionales y la jurisprudencia nacional han señalado que los grupos étnicos no pueden asumirse como una sumatoria de individuos sino como conglomerados de sujetos que fundamenta su existencia en lazos de parentesco, en relaciones sociales espirituales y terrenales que les generan pertenencia y continuidad como colectivo.

Línea Jurisprudencial

La primera aproximación al debate sobre la titularidad de los derechos fundamentales de los afrocolombianos y a las categorías conceptuales (raza, etnia, cultura, territorio) con las que se ha vinculado su condición de sujetos de especial protección constitucional.

Es profusa la jurisprudencia constitucional que ha revisado asuntos sobre la materia. En efecto, son varios los fallos que en sede de control de constitucionalidad y de tutela se han referido a la noción de comunidad negra - tanto en el ámbito de la Ley 70 de 1993 como en el de la expresión pueblo tribal que ideó la OIT- a los elementos que configuran la diversidad

de estas colectividades y a los distintos factores a partir de los cuales podría validarse o descartarse la identidad afrocolombiana de cierto grupo o individuo.

Dentro de las múltiples sentencias que sobre el particular se han expedido sin embargo se destaca para el caso que nos ocupa la Sentencia T-576/14 que ordenó al Ministerio del Interior adelantar un proceso de consulta con las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras del país para definir las pautas de integración del Espacio Nacional de Consulta Previa de las medidas legislativas y administrativas de carácter general que sean susceptibles de afectarlas directamente. Así mismo, el Ministerio del Interior divulgó en su página de internet y en los medios masivos de comunicación del país, la propuesta de protocolo de consulta previa, libre e informada y vinculante para las Comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras de áreas rurales y urbanas, aprobada en el marco del Primer Congreso Nacional Autónomo del Pueblo Negro, Afrocolombiano, Palenquero y Raizal, celebrado en la ciudad de Quibdó - Chocó, entre el 23 y el 27 de agosto del 2013, y la cual debía utilizarse como punto de referencia del proceso de consulta

Marco normativo y político

El Ministerio de Salud y Protección Social –MSPS- impulsó la formulación del Plan Decenal de Salud Pública para las vigencias 2012-2021 y 2022-2031 en correspondencia con lo determinado en el Artículo 6 de la Ley 1438 de 2011 “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud...”, en su *Artículo 6°. Plan Decenal para la Salud Pública. El Ministerio de la Protección Social elaborará un Plan Decenal de Salud Pública a través de un proceso amplio de participación social y en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, en el cual deben confluir las políticas sectoriales para mejorar el estado de salud de la población, incluyendo la salud mental, garantizando que el proceso de participación social sea eficaz, mediante la promoción de la capacitación de la ciudadanía y de las organizaciones sociales. El Plan definirá los objetivos, las metas, las acciones, los recursos, los responsables sectoriales, los indicadores de seguimiento, y los mecanismos de evaluación del Plan...*”

En este Plan confluyen una serie de imperativos de acción pública que están determinados en un amplio cuerpo normativo, en el cual se encuentran la Constitución Política, la Ley 100 de 1993 sobre el Sistema General de Seguridad Social, la Ley 152 de 1994 u “Orgánica del Plan de Desarrollo”, la Ley 715 de 2001 sobre el Sistema General de participaciones, la Ley 1122 de 2007 “Por la cual se hacen algunas modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud...” y el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 “Prosperidad para todos” que fue expedido mediante la Ley 1450 de 2011.

Igualmente, en la formulación del PDSP se recogen y articulan lineamientos jurídicos del ámbito internacional y nacional que se asocian con los derechos sociales, económicos y culturales y con las competencias de las diversas instituciones sectoriales que tienen

responsabilidades en su realización y por lo tanto en el mejoramiento de las condiciones de vida de la población en general.

El MSPS en consecuencia, con el reto de incluir un enfoque diferencial acorde con el reconocimiento de la diversidad étnica y sociocultural del país, con los derechos colectivos, previó en el PDSP 2012-2021 la construcción de un capítulo étnico. Para lo cual se incluyó en la “Dimensión transversal gestión diferencial de poblaciones vulnerables”, el componente relacionado con “Salud en poblaciones étnicas” que tiene por objetivo *“Asegurar las acciones diferenciales en salud pública para los grupos étnicos tendiente a garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, mejorar las condiciones de vida y salud y lograr cero tolerancia con la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables, mediante la formulación del capítulo étnico que será un anexo integral del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, 2022-2031”*.

Es así como los componentes de la dimensión, específicamente: Salud en población étnica se definirá los objetivos sanitarios, metas, estrategias y acciones concertadas con los grupos étnicos, como sujetos de derechos, para promover la atención con calidad de acuerdo con las necesidades diferenciales. El objetivo único del componente es asegurar las acciones diferenciales en salud pública para los grupos étnicos, tendientes a garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, mejorar las condiciones de vida y salud y lograr cero tolerancias con la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables, mediante la formulación del capítulo étnico que será un anexo integral del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. El componente tiene una estrategia única: planeación en salud con adecuación etnocultural, la cual incluye: levantamiento de insumos regionales para el capítulo étnico del PDSP; adopción, adaptación y armonización del capítulo étnico con los Planes de Salud Territorial y los Planes Operativos Anual e Institucional; consolidación de alianzas con los gestores comunitarios de los diferentes grupos étnicos, para facilitar el desarrollo de modelos y rutas de atención y acceso a los servicios, preservando las raíces culturales de la medicina tradicional y el reconocimiento de los médicos tradicionales y parteras como alternativas de atención en salud.”

Este capítulo étnico, a la vez, es consecuente con lo determinado en el numeral 6º del artículo 3º de la Ley 1438 de 2011, en donde se señala el principio de “Enfoque diferencial” a través del cual se *“reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia para las cuales el Sistema General de Seguridad Social en Salud ofrecerá especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación”* y con lo previsto en el artículo 13 de la misma norma, en el cual se plantea la “Interculturalidad” como elemento constitutivo de la Atención Primaria en Salud.

De manera específica, el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”, como resultado de la consulta previa con los grupos étnicos, señaló la *“Construcción participativa del capítulo especial para pueblos indígenas en el PDSP”* y *“elaboración del capítulo especial del Pueblo Rrom en el capítulo étnico del PDSP y de la resolución para la implementación de este y validación del contenido del capítulo con la Comisión Nacional de Diálogo del Pueblo Rrom”*. (págs. 401 y 404).

Así mismo, el PND 2010-2014 “Prosperidad para todos” planteó dentro de los compromisos con la población afrocolombiana, que: *“4. El Gobierno nacional garantiza la participación de las Comunidades Negras a través de la Subcomisión de salud en la formulación del Plan Decenal de Salud Pública. 5. Incluir las acciones con enfoque diferencial en el Plan Nacional de Salud Pública, los Planes Territoriales de Salud, los Planes de Intervenciones colectivas y los Planes de beneficio”* (Pág.: 674).

El capítulo de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras presentado en este documento, recibió un impulso determinante por el PND 2018 – 2022 Pacto por Colombia Pacto por la Equidad con el acuerdo con estas comunidades que estableció que *“El ministerio de salud en el marco de la consulta previa del Plan Nacional de Desarrollo 2018 - 2022, en conjunto con el espacio nacional de la consulta previa construirá los lineamientos a través de los actos administrativos que corresponda para establecer el enfoque étnico diferencial para las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras en la formulación, ejecución y evaluación de los planes territoriales de salud y los planes de salud de intervenciones colectivas que establece la ley”*.

Dados estos referentes jurídicos y lineamientos de política pública, la formulación del capítulo étnico es la concreción de los compromisos asumidos con las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y la definición de rutas de acción para la incidencia, en los diferentes niveles territoriales, sobre determinantes que influyen en las condiciones de salud de dichas comunidades, las cuales viven inequidades en salud que son evitables.

Marco jurídico y político para las respuestas en salud de las poblaciones étnicas

El derecho a la salud para las poblaciones étnicas existentes en Colombia se encuentra enmarcado dentro de la juridicidad que determina la universalidad del derecho y en las normas específicas que plantean para estos grupos la exigencia de adecuaciones para el desarrollo de acciones acordes con las condiciones de existencia y las particularidades socioculturales de cada etnia. Así, de estos presupuestos legales se derivan directrices que deberán adelantar el Estado en sus diferentes niveles institucionales y territoriales y los demás actores involucrados en lo relacionado con la garantía del derecho a la salud de los grupos étnicos.

Este marco normativo además de ser el sustento para la elaboración del presente capítulo étnico del Plan Decenal de Salud Pública es una herramienta de exigibilidad de derechos, pues recopila los principales desarrollos normativos en torno al derecho a la salud para estas poblaciones y presenta argumentos jurídicos para la adecuación y acceso a los servicios de salud de acuerdo con las particularidades de estas comunidades.

Tanto en lo referente a la universalidad del derecho como a los imperativos que señalan el requerimiento de adecuaciones en la realización del derecho a la salud para las poblaciones étnicas, el país ha asumido y desarrollado un amplio marco jurídico que además incorpora lineamientos normativos de carácter internacional como los tratados y convenios internacionales de derechos humanos que han sido ratificados en el país, siendo incorporados al bloque de constitucionalidad

Respecto de la universalidad del derecho, se tiene que las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, deben acceder sin ninguna discriminación, al conjunto de prestaciones y servicios que se tienen para toda la población, tal cual está establecido, entre otros, en el “Pacto internacional de derechos, económicos, sociales y culturales”, específicamente en el numeral 2 del Art. 2 y en el Art. 12. Debe desatacarse que este pacto internacional fue aprobado en el país mediante la Ley 74 de 1968, en la “Convención internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial” establecido en la Ley 22 de 1981. En especial lo señalado en los Arts. 1 y 2, y en el Convenio 169 de la OIT “Sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes” señalado en la Ley 21 de 1991. Art 24.

En el mismo sentido la Organización de las Naciones Unidas, ONU – declara el Decenio Internacional para los Afrodescendientes – Decenio Afro, proclamado por la resolución 68/237 de la Asamblea General, que se celebrará de 2015 a 2024, el cual constituye un auspicioso período de la historia en el que las Naciones Unidas, los Estados Miembros, la sociedad civil y todos los demás agentes pertinentes se sumarán a los afrodescendientes y adoptarán medidas eficaces para poner en práctica el programa de actividades en un espíritu de reconocimiento, justicia y desarrollo.

Así mismo, la universalidad también se determina de manera explícita, en los artículos 48 y 49 de la Constitución Política; en los Artículos 2, 3, 6, 152 y 153 de la Ley 100 de 1993; en el Artículo 3 de la Ley 1438 de 2011 y; en los Artículos 2, 5 y 6 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

Sin embargo y en razón al reconocimiento de la diversidad étnica y cultural y a los derechos colectivos asociados, juridicidad también contempla el requerimiento de hacer adecuaciones acordes con las particularidades socioculturales. Entre las normas que así lo señalan, se encuentran:

Para el conjunto de las poblaciones indígenas, negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, la Ley 21 de 1991 determinó la disposición de servicios adecuados, la participación comunitaria en la organización y prestación de estos y, la coordinación con otras medidas sociales y económicas (Art. 25); por su parte, la Ley 1438 de 2011 incorporó los principios de “Enfoque diferencial” (Art. 3) y de “Interculturalidad” (Art. 13).

Así mismo, la Ley Estatutaria 1751 de 2015 contempló dentro de los principios del derecho a la salud los relacionados con aceptabilidad, accesibilidad e interculturalidad, esta última definida como *“el respeto por las diferencias culturales existentes en el país y en el ámbito global, así como el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que integren tales diferencias en la salud, en las condiciones de vida y en los servicios de atención integral de las enfermedades, a partir del reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud en el ámbito global”* (Art. 6. Literal L).

De igual manera, para el conjunto de estas poblaciones la Ley Estatutaria, señaló dentro de sus principios: *“Protección pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras. Para los pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, se garantizará el derecho a la salud como fundamental y se aplicará de manera concertada con ellos, respetando sus costumbres”* (Art. 6. Literal N).

Desarrollado recientemente, es de particular importancia el Plan Nacional de Salud Rural – PNSR. El PNSR tiene por objetivo abordar de forma particular las acciones en salud para la población que habita en zonas rurales y rurales dispersas, atendiendo las particularidades de las condiciones de vida de las personas en estos lugares. La implementación de este marco legal se hace partir de la adecuación cultural de acciones en salud que consiste en construir y/ o adecuar acciones en salud con base en las practicas propias de cada comunidad conservando los significados propios del cuidado en cada lugar.

De manera específica existen referentes normativos para las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras:

En lo referente a las comunidades afrocolombianas la Ley 70 de 1993 en diferentes artículos señaló directrices asociadas con derechos sociales, entre los cuales está el derecho a la salud; es así como en el Artículo 37 establece el deber del Estado de dar a conocer sus derechos económicos, sociales y culturales, dentro de ellos el derecho a la salud; a la vez en los Artículos 47 y 49 se plantean aspectos asociados al desarrollo económico y social. Así mismo la citada Ley, *“...tiene como propósito establecer mecanismos para la protección de la identidad cultural y de los derechos de las comunidades negras de Colombia como grupo étnico, y el fomento de su desarrollo económico y social, con el fin de garantizar que*

estas comunidades obtengan condiciones reales de igualdad de oportunidades frente al resto de la sociedad colombiana”. La Comisión Consultiva de Alto Nivel de Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras, prevista en el artículo 45 de la Ley 70 de 1993, es una instancia mixta de diálogo e interlocución entre las citadas comunidades y el Gobierno nacional, con el objeto de adelantar el seguimiento de la reglamentación y la aplicación efectiva de las disposiciones previstas en la Ley 70 de 1993 y sus decretos reglamentarios⁴⁴.

Según lo señalado, existe un extenso marco normativo en el que se determina de manera amplia el derecho que tienen los grupos étnicos y específicamente las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras a que se le garantice el derecho universal a la salud sin ningún tipo de discriminación, a que las acciones se adecuen a sus particularidades e incluyan sus concepciones, saberes y prácticas asociadas al manejo de la salud y la enfermedad y a que en el desarrollo de las actividades en salud se cuente con su participación. En este sentido, lo anterior está dentro del deber ser que el Estado en todos sus niveles y los diferentes actores del sistema de salud, asume para la concreción del derecho a la salud de estos grupos.

La garantía de acceso al derecho a la salud, en igualdad de condiciones al resto de la población, genera el reto de concretar acciones afirmativas para que los diferentes grupos étnicos superen condiciones adversas que en la actualidad están incidiendo en la existencia de desventajas respecto del resto de la sociedad, lo cual es resultado de afectaciones en las condiciones de vida y de factores de inequidad.

Este marco normativo constituye, el lineamiento para que las entidades territoriales en desarrollo de los Planes Territoriales de Salud y las instituciones encargadas de la prestación de servicios a los grupos étnicos, y las demás que por su competencia garanticen su derecho a la salud, fortalezcan el talento humano institucional y formulen acciones incluyentes y diferenciales, de manera concertada y con enfoque intercultural.

Marco Conceptual

Enfoques y modelo conceptual

Teniendo en cuenta los enfoques establecidos para el Plan Decenal de Salud Pública y de acuerdo con el marco jurídico de reconocimiento de la diversidad, de derechos específicos de la población étnica y de los derechos en salud para estos grupos, son referentes fundamentales para la participación e inclusión de las comunidades negras,

⁴⁴ . El cuadro donde se agrupan las normas referentes al derecho a la salud de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, están disponibles en la página del Ministerio de Salud y Protección Social.

afrocolombianas, raizales y palenqueras en la formulación y desarrollo de un capítulo específico del PDSP, los siguientes:

Enfoque de derechos: Asume el derecho a la salud como un derecho universal, inherente a la persona, de carácter irrevocable, inalienable e irrenunciable y promueve los principios, derechos y garantías constitucionales de reconocimiento y protección de la diversidad étnica y cultural, no discriminación, igualdad y dignidad de todas las culturas. En este sentido, el capítulo étnico del PDSP reconoce a las poblaciones indígenas, afrocolombianas y Rrom como sujetos colectivos de derechos y propende por la materialización de condiciones que permitan superar inequidades y mejorar condiciones de existencia en procura de la pervivencia física y cultural de cada uno de estos grupos.

Enfoque diferencial: Dada la multiplicidad de condiciones de existencia de las poblaciones, entre ellas las socioculturales y étnicas, a través del enfoque diferencial se garantiza la formulación y desarrollo de objetivos, estrategias y acciones acordes con los contextos de diversidad y con las particularidades socioculturales, así como con el reconocimiento de los pueblos y grupos étnicos como sujetos colectivos de derechos. En consecuencia, el enfoque diferencial además de ser fundamento del capítulo étnico del PDSP, está dirigido a que la acción institucional en salud en los diferentes niveles de gobierno incorpore adecuaciones que se correspondan con las particularidades culturales, formas de vida y situaciones y requerimientos específicos de las comunidades según causalidades y determinantes asociados.

Enfoque de acciones afirmativas: Impulsa la realización de acciones dirigidas a la superación de inequidades y desigualdades estructurales que han sido originadas en dinámicas de sometimiento, invisibilización, discriminación, marginamiento u otras prácticas asociadas al desconocimiento y vulneración de derechos. Desde esta perspectiva, las acciones afirmativas en este capítulo buscan incidir en procesos adversos a las comunidades étnicas que han originado desigualdades e inequidades injustas y evitables y han causado la afectación del “buen vivir”, el “bien estar” y la “armonía” en estos grupos, así como desventajas respecto de otros sectores poblacionales y socioculturales.

Dado que la realización de acciones afirmativas se asocia con el mejoramiento en el acceso a bienes, recursos y servicios que contribuyan al redireccionamiento de dinámicas históricas y condiciones estructurales, en su concreción existen responsabilidades de las instituciones estatales y de los demás sectores y grupos existentes en la sociedad.

Enfoque participativo e intercultural: La participación social es un mecanismo fundamental de la concreción del Estado de derecho y un imperativo y necesidad al definir políticas públicas para los sectores de población perteneciente a los grupos étnicos. En este sentido, el capítulo étnico del PDSP impulsa la participación de actores comunitarios, organizativos y autoridades propias de los pueblos y grupos étnicos en la definición y

realización de estrategias, acciones y procesos incluyentes para el mejoramiento de las condiciones de salud y de vida en general en un contexto de desarrollo de procesos interculturales.

Así, la concreción de opciones interculturales está definida por la realización de procesos dialógicos dirigidos a la confluencia de las perspectivas y recursos de las culturas que interactúan, para la construcción de alternativas que garanticen un mayor bienestar y mejore las condiciones de vida de las poblaciones étnicas; lo que implica tener en cuenta las cosmovisiones, los saberes y conocimientos, las prácticas y acciones tradicionales y occidentales, para la identificación de situaciones adversas y favorables y para la definición de alternativas y realización de soluciones en el marco de la garantía de derechos.

Enfoque de curso de vida: A partir del reconocimiento de que el curso de vida de las personas y de los grupos sociales está afectado por circunstancias de diferente índole y que en el caso de los grupos étnicos confluyen tanto aspectos estructurales producto de las dinámicas socioeconómicas generales del país como circunstancias específicas del grupo al cual pertenecen, se considera fundamenta el abordaje integral de las condiciones que van determinando la existencia personal y social.

Para la determinación del curso de vida en comunidades étnicas, igualmente hay que tener en cuenta las categorías específicas de ubicación de la población según concepciones, estructuras sociales y roles determinados por las especificidades culturales; con este enfoque se busca la identificación de condiciones, vulnerabilidades y oportunidades de las personas y sectores sociales, para incidir en las situaciones que generan riesgo y afectan la salud presente y futura, a la vez que potencializar procesos para mejorar condiciones actuales y posteriores de los individuos y de la población en general.

Enfoque de género: De acuerdo con lo señalado en el PDSP “La categoría de género permite evidenciar que los roles, identidades y valores que son atribuidos a hombres y mujeres e internalizados mediante los procesos de socialización son una construcción histórica y cultural, es decir que pueden variar de una sociedad a otra y de una época a otra” (Pág. 67). En consecuencia, con estos procesos de construcción social, en diferentes sociedades se han evidenciado inequidades, desigualdades, discriminación y aún formas de violencia, sometimiento o exclusión que han podido afectar a sectores de población. Igualmente, es posible que se puedan identificar procesos de equidad.

En un caso u otro, a través de este enfoque se busca definir acciones de fortalecimiento de identidades y la construcción de sociedades con una mayor equidad de género y la superación de factores que ponen en desventaja las condiciones de salud y de vida de uno u otro grupo según condiciones de género.

Enfoque poblacional: “Consiste en identificar, comprender y tomar en consideración las relaciones entre la dinámica demográfica y los aspectos ambientales, sociales y económicos de competencia de los territorios, con el fin de responder a los problemas que de allí se derivan, orientándose a la formulación de objetivos y estrategias de desarrollo para el aprovechamiento de las ventajas del territorio y la superación de desequilibrios...” (Pág. 73).

En consecuencia, a través del enfoque poblacional se busca comprender y abordar procesos de ordenamiento y planeación en el ámbito territorial, con el fin de identificar factores que inciden en las condiciones de existencia de la población y en consecuencia tomar decisiones que lleven a incidir en desigualdades evitables, para lo cual se deben abordar problemas y potencialidades. Dadas particulares concepciones y formas de vida según grupos étnicos, el abordaje poblacional en cuanto hace a la relación con el territorio y los factores ambientales requiere de incorporar las perspectivas culturales y diferenciales.

Enfoque Territorial: Derivado de la Política pública nacional de discapacidad e inclusión social plasmada en el CONPES 166 de 2013, este enfoque busca transitar de la formulación de políticas que privilegian una visión fraccionada de la realidad, a políticas que se centran en el lugar y privilegian la multidimensionalidad (económica, social, política, ambiental y cultural) del espacio.

Modelo de Determinantes Sociales de la Salud

Un aspecto fundamental dentro del marco conceptual y de referencia para el análisis situacional y definición de lineamientos estratégicos y de acción del PDSP 2012-2021 y del PDSP 2022-2031, es el de Determinantes Sociales de la Salud. En dicho Plan (retomando a Whitehead, 2006) se señala que los “Determinantes Sociales de la Salud, entendidos como aquellas situaciones o condiciones o circunstancias que hacen parte del bienestar, calidad de vida, desarrollo humano, que ejercen influencia sobre la salud de las personas y que, actuando e interactuando en diferentes niveles de organización, determinan el estado de salud de la población” (Pág.: 74).

En este sentido, existen una serie de circunstancias de carácter histórico, social, económico y aún políticas que inciden en las situaciones y condiciones epidemiológicas de las personas y de las comunidades o sectores de población. Así, dichas circunstancias pueden constituirse en causas de inequidades, desigualdades y brechas en salud. Igualmente, se considera en el PDSP que, dentro los Determinantes Sociales de la Salud, se encuentran unos que son de carácter estructural que afectan a sectores poblacionales y que se relacionan con ingresos, educación, género, raza y pertenencia étnica; y otros de carácter específico que afecta a los individuos y que se asocian con las condiciones socioeconómicas. (Pág.: 76).

Al respecto, al considerarse la situación de salud de las poblaciones étnicas, en el abordaje de Determinantes Sociales de la Salud, dentro de los determinantes estructurales y específicos, es fundamental tener en cuenta las situaciones generadas por la interacción con la sociedad nacional, así como otros que son propios de las circunstancias endógenas a los grupos según sus especificidades de existencia.

Un elemento esencial que se constituye como referente, tiene que ver con las concepciones particulares respecto de la salud y la enfermedad en las cuales confluyen elementos propios de la identidad cultural, como la cosmovisión y los conocimientos propios, en los cuales están las explicaciones de estos estados; de manera asociada está la manera como se concibe y se aborda el mejoramiento de las condiciones adversas en salud, donde se pueden encontrar elementos que tienen que ver con el equilibrio y la armonía en ámbitos espirituales y relacionales con las otras personas, con la sociedad, con su cultura, con el territorio y el ambiente, con lo sagrado y con lo espiritual.

Gestión de la Salud Pública para las Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales Y Palenqueras

Metodología

El capítulo étnico de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras se rigió por el Decreto 1372 del 2018, toda vez que el Ministerio de Salud y Protección Social cumplió con las fases de la Consulta Previa en concertación permanente con la Comisión III del Espacio Nacional de Consulta Previa dada su delegación para la construcción de la política pública enmarcada en el capítulo étnico del PDSP 2012 – 2021/2022 – 2031. Este proceso contó con la coordinación del Espacio Consultivo por parte del Ministerio del Interior y las instancias del Ministerio Público como la Procuraduría y la Defensoría Nacionales garantes del derecho a la participación de sus comunidades y de la institucionalidad durante el desarrollo de la Consulta Previa.

Ruta metodológica con las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras

En el marco de derechos de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, el PDSP 2012-2021, el Plan Nacional de Desarrollo 2018 – 2022 *Pacto por Colombia Pacto por la Equidad* y lo acordado con los representantes de la Comisión III del Espacio Nacional de Consulta Previa para la formulación del capítulo específico para estas comunidades, se desarrolló un proceso de consulta previa con las instancias de representación de estas comunidades.

Se inició el proceso con los encuentros de concertación con la Comisión III para recolección de los primeros insumos. Seguido de lo anterior, a mediados de 2018, se concertó y aprobó la ruta metodológica para el desarrollo de la consulta previa entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Comisión III.

Las actividades sufrieron un retraso debido a la Declaratoria de Emergencia Sanitaria a partir de marzo de 2020 en todo el territorio nacional por la pandemia del COVID-19, establecida por la Resolución 385 de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social. Estos retrasos afectaron el desarrollo técnico y la ejecución de los recursos asignados para el desarrollo de la consulta previa.

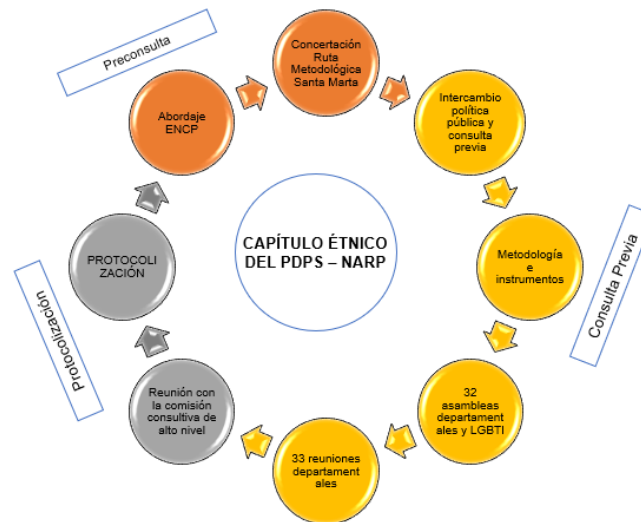
Sin embargo, con la expedición de la Resolución 777 de 2021 que permitió el aforo para las reuniones presenciales de hasta 50 personas, fue posible retomar el proceso de la consulta previa. En este contexto ocurrió la concertación entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Comisión III sobre los ajustes técnicos y presupuestales necesarios para dar cumplimiento a la ruta metodológica, por medio de la realización de un convenio interadministrativo con una entidad asociada que permitiera la operación en todo el territorio nacional.

La ruta metodológica pactada incluyó las siguientes etapas y componentes:

- Etapa de preconsulta: concertación y construcción de la ruta metodológica del proceso de consulta previa
- Etapa de consulta previa: incluye asambleas departamentales, reuniones con las entidades territoriales, mesas técnicas y reuniones con la Comisión III
- Etapa de protocolización: aprobación de la propuesta de capítulo étnico.

Cada una de estas etapas consta de actividades y productos relacionados (Gráfico 11)

Gráfico 11. Componentes de la Ruta Metodológica



Fuente: Elaboración MSPS

Fase de alistamiento

Esta fase correspondió a la organización técnica y administrativa necesaria para garantizar los aspectos contractuales y operacionales para el desarrollo de la ruta metodológica de la consulta previa. Estos incluyeron la elaboración de los estudios previos y sus soportes pertinentes, como el anexo técnico, la guía metodológica para las asambleas, los instrumentos y protocolos para la realización de la consulta previa y sus componentes de asambleas, mesas técnicas, reuniones departamentales y encuentros con el pleno de la Comisión III.

Lo anterior implicó, en primer lugar, la definición previa de los elementos conceptuales de referencia que fundamentarían el proceso de identificación y comprensión de las situaciones y alternativas asociadas al mejoramiento de las condiciones de salud y sus determinantes y la potenciación de oportunidades, tanto desde la perspectiva institucional como desde las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras.

En segundo lugar, se organizó el diseño de la estructura de la recolección y organización de los datos. En este sentido, se definieron los requerimientos, formatos y flujos de la información establecidos en los estudios previos en las matrices 1, 2, 3 y 4, orientadas por ejes estructurales que fueron desarrollados en las mesas técnicas e incluyeron un componente cuantitativo y uno cualitativo. Además, desde la parte técnica y logística se llevó a cabo la elaboración de materiales de apoyo como:

- **Guías Orientadoras** para el desarrollo de las asambleas departamentales las cuales incluían la parte técnica y logística de manera detallada, con el fin de garantizar el buen desarrollo de las sesiones.

- **Listas de chequeo** que permitieran guiar paso a paso el cumplimiento de los requerimientos básicos para el desarrollo de sesiones.
- **Protocolos de bioseguridad** ajustable de acuerdo con el contexto sociocultural y territorial
- **Documentos resumen orientadores** para la aplicación de los instrumentos concertados para la recolección de información y capacitación frente a las políticas públicas en salud para grupos étnicos (Plan Decenal de Salud Pública)
- **Videos y documentos de capacitación** para el correcto diligenciamiento de las matrices de recolección y organización de la información recogida durante las asambleas departamentales.

Igualmente, se definió la organización de la consolidación de la información y su posterior triangulación y análisis que derivaría en la identificación de necesidades y propuestas de alternativas para su abordaje tanto en el capítulo como en los Planes Territoriales de Salud y desde las responsabilidades institucionales y sectoriales. Para ello fue necesario realizar el diseño y montaje de la base de datos en línea con el fin de configurar categorías preliminares y códigos de referencia que permitieran en principio la organización y sistematización de los datos y posteriormente el análisis de la información tanto cualitativa como cuantitativa, y de esta manera enriquecer el ejercicio de identificación y comprensión de las necesidades expresadas por los diferentes actores y con ello la posibilidad de enriquecer la propuesta de capítulo étnico.

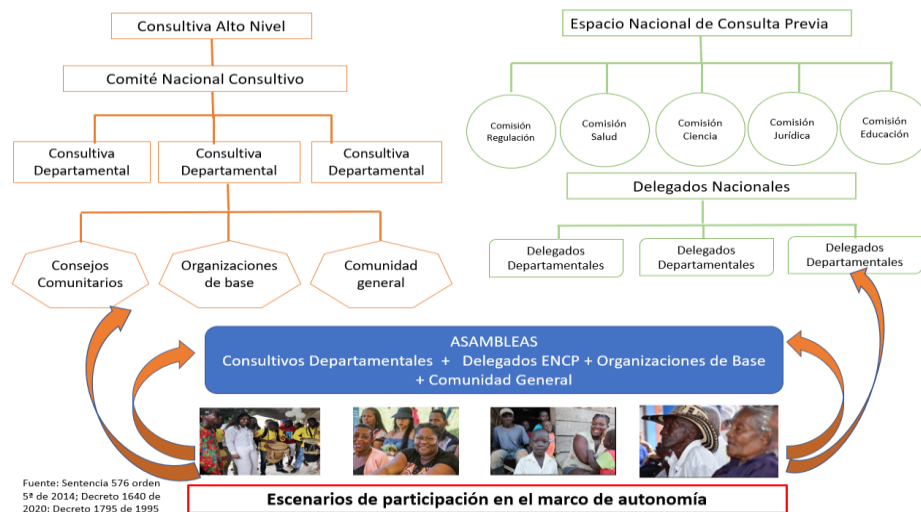
Sumado a lo anterior, es importante reconocer que se llevaron a cabo acompañamientos por parte del equipo técnico de la dirección de epidemiología y demografía del Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de apoyar técnica y logísticamente los diferentes momentos. Generando de esta manera espacios de capacitación y orientación en el antes, durante y después de cada una de las fases que componen la ruta metodológica concertada.

Fase de consulta previa

Una vez garantizado el convenio con la entidad asociada, esta entidad operó la ruta para garantizar la efectividad de la participación de los Consejos Comunitarios en las asambleas departamentales e inició la convocatoria realizada al delegado propio en su rol de representante de sus respectivos Consejos Comunitarios y de las organizaciones de base. Los delegados designados en su rol de interlocutores legítimos concretaron la convocatoria en el marco de su autonomía a las asambleas y espacios de socialización y concertación a los miembros de las consultivas departamentales de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, delegados de los consejos comunitarios y de otras formas o expresiones organizativas, médicos tradicionales, parteras, y demás personas que cuenten con la experiencia y el conocimiento de la medicina ancestral.

Por lo anterior, a partir del vínculo territorial entre el delegado y las comunidades que él representa que surge en razón a relaciones de parentesco, familiaridad, ancestralidad, ubicación geográfica y organización política se garantizó el compromiso de la efectiva participación de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras en las asambleas departamentales (grafico 12).

Gráfico 12. Esquema organizativo de la garantía de participación de la consulta previa



Fuente: Elaboración MSPS

En consonancia con lo anterior, las estructuras de participación y organización política de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras garantizaron la inclusión del 100% de las organizaciones en la totalidad de las entidades territoriales del país, en cumplimiento de los principios de justicia, democracia, respeto de los derechos humanos, igualdad, no discriminación, buena administración pública y buena fe consagrados en el Convenio 169 de OIT.

Asambleas departamentales: recolección de insumos

En este punto, es importante señalar que de conformidad con el artículo 2.5.1.4.4. del Decreto 1372 de 2018 las Asambleas Departamentales tienen como propósito incorporar propuestas y tramitar recomendaciones de los delegados de consejos comunitarios, expresiones organizativas de comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras. Las treinta y dos (32) asambleas departamentales realizadas se detallan a continuación en la siguiente tabla y una (1) asamblea nacional LGBTQ+:

Tabla 8. Asambleas realizadas en la Consulta Previa del capítulo de las comunidades Negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras

Nº	ASAMBLEA	LUGAR
1	Amazonas	Leticia
2	Antioquia	Medellín
3	Arauca	Arauca
4	Atlántico	Candelaria
5	Bogotá	Bogotá
6	Bolívar	Cartagena de Indias
7	Boyacá	Puerto Boyacá
8	Caldas	Supia
9	Caquetá	Florencia
10	Casanare	Yopal
11	Cesar	Valledupar
12	Chocó	Quibdó
13	Córdoba	Montería
14	Guaina	Puerto Inírida
15	Guaviare	San José
16	Huila	Neiva
17	LGBTIQ +	Bogotá
18	Magdalena	Plato
19	Meta	Villavicencio
20	Nariño	Tumaco
21	Norte Santander	Cúcuta
22	Putumayo	Villa garzón
23	Quindío	Circasia
24	Risaralda	Pereira
25	San Andrés, Providencia y Santa Catalina	San Andrés
26	Santander	Bucaramanga
27	Sucre	Sincelejo
28	Tolima	Ibagué
29	Valle	Cali
30	Vaupés	Mitú
31	Vichada	Puerto Carreño

Fuente: Elaboración propia. Equipo técnico MSPS

La organización de la asamblea nacional LGBTIQ+ estuvo a cargo del delegado nacional de la Comisión III, quien coordinó la convocatoria teniendo en cuenta la representatividad de las organizaciones LGBTIQ+ en el ámbito nacional. Su objetivo fue recoger la percepción de las necesidades, condiciones de salud y explorar las opciones para la definición de las líneas estratégicas de este grupo dentro del capítulo.

Además de las asambleas departamentales descritas antes, los demás componentes de esta fase de consulta previa conforman la fase de construcción colectiva e incluyeron las actividades de reuniones departamentales, mesas técnicas y reuniones con el pleno de la Comisión III, cada uno con un alcance y propósito detallado en la tabla 9, a continuación:

Tabla 9. Espacios de la construcción colectiva

Nombre del espacio	Alcance y propósito
Reuniones Departamentales con las Entidades Territoriales de Salud	Corresponde a los encuentros convocados por el Ministerio de Salud y Protección Social con la entidad asociada con apoyo de los delegados de la Comisión III con las entidades territoriales de salud y la comunidad delegada por los Consejos Comunitarios, con el fin de socializar los preacuerdos de las asambleas, recibir aportes y ajustar el capítulo.
Mesas técnicas	Corresponden a encuentros de trabajo entre el equipo profesional de la entidad asociada y la Comisión III y el equipo técnico del Ministerio, para establecer los acuerdos hacia la consolidación del capítulo.
Reuniones de la Comisión III en pleno	Corresponde a la convocatoria de los 42 delegados de esta Comisión, efectuada por el Ministerio del Interior para avanzar en los consensos de los preacuerdos y acuerdos como preparatoria para la protocolización del capítulo.

En este momento del proceso de construcción del capítulo étnico se organizaron los desarrollos técnicos y logísticos que permitieron el procesamiento de la información derivada de asambleas departamentales y los demás espacios de construcción colectiva, como se describe a continuación.

Espacio de construcción con las entidades territoriales, los preacuerdos

Dentro del trabajo concertado en la metodología para el análisis de resultados se propuso la revisión de los planes de desarrollo de cada departamento con el fin de reconocer puntos a favor, vacíos y necesidades propias de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras con relación a la atención y proceso de planeación en salud, a partir

de un primer acercamiento a las fuentes secundarias disponibles en las plataformas oficiales.

En este sentido se propuso identificar en un primer momento, si existe un capítulo específico para las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y a su vez, si se llevan acciones, planes, programas o proyectos frente a la atención y planeación en salud con enfoque diferencial, verificar si se realiza algún enlace o convenio con consejos comunitarios para llevar a cabo acciones con estas poblaciones, y finalmente generar observaciones y recomendaciones consideradas para el mejoramiento o la construcción de propuestas.

Dentro de los resultados evidenciados por departamento se identificaron iniciativas encaminadas a la garantía del acceso a la salud con calidad, integralidad y equidad. Esto, a partir del diseño de políticas públicas en salud y las propuestas de creación de EPS e IPS propias de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, con el fin de incluir y adecuar el enfoque étnico diferencial a los planes, programas, proyectos y acciones que respondan a las necesidades expresadas por las comunidades, teniendo en cuenta las diferencias contextuales, territoriales e identitarias propias y se garantice la calidad y cobertura, la vinculación, participación, accesibilidad e inclusión. A su vez resulta necesario la apertura de espacios que permitan consolidar los procesos de armonización y construcción técnica de las apuestas en salud para los pueblos afrodescendientes, lo que implica establecer procesos, mecanismos y procedimientos de articulación.

Los resultados indican la necesidad de crear alianzas con los consejos comunitarios para dar prioridad a los usos y costumbres de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, teniendo en cuenta la atención étnica y diferencial en los sectores sociales LGBTIQ+, víctimas, desplazados, etc. No obstante, para lograr lo anterior de manera efectiva y como respuesta repetitiva dentro del ejercicio, resulta necesario realizar un proceso de caracterización de la población presente en el territorio, una actualización o creación de sus indicadores y determinantes, de manera que exista una documentación y censo poblacional de dichas comunidades, con el fin de aterrizar, priorizar, articular y orientar acciones frente a la toma de decisiones políticas basadas en la evidencia, como es el caso de la construcción de planes territoriales e inclusión del capítulo étnico diferencial dentro del Plan Decenal de Salud Pública. Vale señalar que esto se debe realizar de la mano de una comprensión conjunta entre actores frente a la experiencia en los procesos de atención y planeación en salud de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras.

Frente a lo anterior, es importante señalar que en Cauca se dio un aporte fundamental para iniciar con la adecuación del enfoque diferencial con las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, alrededor de la necesidad de que las entidades territoriales reconozcan e identifiquen los instrumentos de planificación y la manera como

estos involucran unas prioridades de desarrollo propias de los grupos étnicos. Teniendo como punto de partida el proceso de los pueblos indígenas de fortalecimiento de los gobiernos propios, con las mesas de concertación y de la regulación y articulación del Modelo de Atención Integral Territorial (MAITE) y el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI). Sumado a ello, en el departamento del Cauca específicamente en Santander de Quilichao se identificó un compromiso de implementación y seguimiento frente a la “Política Pública Afroquilichagüeña”, lo que evidencia un avance significativo en los retos de la implementación del enfoque diferencial.

En los departamentos de Huila, Boyacá, Bogotá, Caquetá, entre otros, se mencionó la importancia de establecer diálogos frente a los “problemas en salud empíricos y científicos con el objetivo de contrastar y conocer los abordajes desde la institucionalidad y desde las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras” (Matriz 3, 2021) de tal manera que permita identificar y comprender la salud, la enfermedad y los procesos de planeación desde una mirada propia e intercultural, teniendo en cuenta la medicina tradicional y ancestral de dichas comunidades, la soberanía alimentaria, los determinantes ambientales, sociales, psicológicos y espirituales.

A su vez, dentro de las observaciones se encontró que “Para nadie es un secreto que las desigualdades en salud que se viven en Colombia son el resultado de la situación en que la población crece, vive, trabaja y envejece, y del tipo de sistemas que se utilizan para combatir la enfermedad. A su vez, las condiciones en que la gente vive y muere están determinadas por fuerzas políticas, sociales y económicas”, no obstante “es necesario trabajar en diferentes aspectos articulados que respondan a un progreso a nivel de salud en el departamento” y para ello la formulación y adecuación de políticas públicas son fundamentales en los territorios con el fin de garantizar a las comunidades étnicas condiciones dignas, equitativas y de calidad, expresadas a nivel laboral, familiar, individual y colectivo a lo largo del curso de vida de cada sujeto (niñez, adolescencia, juventud, vejez). Esta propuesta estuvo acompañada de un requerimiento vital y es la construcción conjunta, a partir de un proceso participativo que lleve a que las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras a apropiarse de los espacios de la formulación, implementación y monitoreo en la creación de políticas, planes y proyectos en salud. Dentro de las propuestas también se encontró:

- Promover por la difusión la presencia e importancia de saberes ancestrales y la medicina tradicional afrodescendiente.
- Garantizar y gestionar una atención de salud culturalmente pertinente
- Atención Sanitaria con pertenencia cultural, enfoque de género y de derechos humanos (Matriz 3, Huila, 2021)

De manera paralela se conoció la iniciativa de Nariño acerca de la importancia en los procesos de adecuación e inclusión al enfoque étnico diferencial, sobre el intercambio de saberes y en ese sentido el reconocimiento de la partería, la medicina tradicional, la curandería, la educación intercultural, los derechos humanos, el proceso de paz, entre otras, como aspectos propios, característicos, ancestrales y fundamentales que deben estar presentes al momento de plantear algún diálogo con las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, en la medida que se evidencia la poca visibilidad de estas comunidades dentro de los Planes de Intervenciones colectivas (PIC), dentro de las Aseguradoras o Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB), y en las Empresas Sociales del Estado - ESEs municipales. Por lo anterior resulta urgente la elaboración de un capítulo étnico propio de dichas comunidades “el cual permita, estar en el marco de la planeación estratégica en salud, para fortalecer nuestra promoción y prevención en salud, con un enfoque territorial y poder tomar decisiones asertivas para mejorar la salud de nuestros habitantes del territorio” (Matriz 3, Nariño, 2021).

Estos procesos de adecuación presentan unos retos significativos, en la que medida que se observó necesidad de mejora frente a departamentos que tienen acciones dirigidas a las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, como fue el caso de Caquetá, ya que dentro del plan de desarrollo territorial se evidenció que esta población en temas salud pública no se encuentra articulada desde un enfoque diferencial si no desde un enfoque transversal en salud, lo que lleva al desconocimiento y no reconocimiento de las particulares identitarias y culturales de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y por ende a una vulneración de sus derechos como comunidades étnicas. Sumado a ello, es fundamental tener en cuenta que el deber ser de la salud pública es extenderse progresivamente a los pueblos interesados y aplicarse sin discriminación alguna.

Por otro lado, es importante señalar que dentro de los hallazgos fue repetitivo la necesidad de reconocer y visibilizar las rutas que permiten la administración de los recursos de tal manera que se garantice el desarrollo y concertación de planes, acciones o proyectos con enfoque étnico diferencial, ya que se evidencia la necesidad de fortalecer de manera urgente los procesos de planeación territorial, con el fin de brindar las herramientas y construir las rutas para lograr los objetivos técnicos y administrativos propuestos.

Una vez finalizada la revisión de los planes de desarrollo territorial de los departamentos, en la ruta metodológica se tenía como propuesta socializar en un espacio participativo el cual tuvo como nombre “Reunión de socialización, difusión y aplicación vinculante de los preacuerdos del capítulo étnico del Plan Decenal de Salud Pública, liderada por los delegados de cada departamento de la Comisión III del Espacio Nacional de Consulta Previa - ENCP y con la participación de los funcionarios de la secretarías de salud departamental y otros invitados” y cuyo propósito fue ajustar, contrastar, conversar y proponer a la luz de lo que se tiene, de lo que se desea y necesita modificar en los procesos

de planeación y atención en salud con enfoque étnico diferencial, y a su vez a la luz del trabajo realizado de manera rigurosa y participativa en los distintos territorios por medio de las asambleas departamentales con las comunidades y organizaciones legítima y jurídicamente reconocidas, como son los consejos comunitarios.

Este ejercicio buscó articular los preacuerdos generados a partir de las necesidades expresadas en el desarrollo de las asambleas departamentales relacionadas con la garantía y goce efectivo del derecho a la salud, con el fin de que se brinde una atención a partir del enfoque diferencial y a su vez de la garantía de oportunidad de planear de manera conjunta con las comunidades y de la mano de las instituciones representativas y fundamentales para generar acciones, planes y proyectos que permitan encaminar de manera colectiva e individual las atenciones y la planeación a partir de los contextos sociales y las diferentes necesidades que expresan los mismos.

Vale señalar que este también tuvo como objetivo construir un canal de comunicación asertivo y directo a partir de la socialización de los acuerdos concertados, los cuales pretenden materializar respuestas en el marco de las necesidades expresadas y sentidas por las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras. Esto, con el fin de crear compromisos, construir y reconocer aquellas rutas, metodologías y prioridades desde las entidades territoriales como instituciones con responsabilidad social y garantes de los derechos de las comunidades.

De esta socialización emergieron ideas, propuestas, comentarios interesantes y pertinentes que apoyaron y validaron los acuerdos, las acciones, los compromisos por parte de las entidades territoriales con el fin de tomar posición y apropiación para lograr la implementación de estos en los planes, acciones y proyectos próximos a construirse.

Frente a cada uno de los preacuerdos existió la siguiente retroalimentación:

Primer preacuerdo: Diseño del procedimiento para la construcción y concertación de políticas, planes, programas, proyectos, evaluación y seguimiento con las diferentes instancias de comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras con entidades territoriales de nivel internacional, nacional, departamental, municipal y distrital de carácter público y privado en el marco de las normas competentes (Espacio Nacional de Consulta Previa, Consultiva de Alto Nivel, Consultiva Departamental, Consejos Comunitarios de Comunidades Negras, organizaciones de base, expresiones organizativas, personas naturales, consultores, entre otros)

La secretaria de Salud de Córdoba resaltó la necesidad de tener en cuenta a los territorios de difícil acceso con el fin de que se les garantice la socialización de dicha propuesta y puedan verse beneficiados. Por parte del representante de Caldas se mencionó la necesidad de incluir a los médicos tradicionales dentro del Sistema, con el fin de que se

reconozca su oficio y sea remunerado con las garantías laborales legales. Por parte de Casanare se resaltó la necesidad de que exista una pedagogía frente al enfoque étnico diferencial a nivel general, desde las bases departamentales y expresadas en directrices nacionales.

Segundo preacuerdo: Sistematización de la experiencia metodológica de la construcción del capítulo étnico de las comunidades) que permitan la difusión y socialización del trabajo realizado para las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales Y Palenqueras mediante una estrategia de comunicación (materiales de esta ruta metodológica, con el fin de que sirva como insumo para promover el reconocimiento de la participación en el marco de la Consulta Previa a las Entidades, actores del SGSSS y academia.

La secretaria de salud de Norte de Santander expresó la importancia de conocer la ubicación de las poblaciones, lo que conlleva a la necesidad de realizar una actualización del censo poblacional con el fin de conocer cuantas personas hay, cuáles son las condiciones de vida y donde se encuentran ubicadas, para que de esta manera se pueda orientar la planeación de manera objetiva y efectiva.

Tercer preacuerdo: Construcción de los lineamientos técnicos y metodológicos para el análisis de la situación de salud con enfoque étnico diferencial y sociocultural como insumo fundamental para la planeación territorial en salud y toma de decisiones

La Secretaría de salud de Caldas comentó que construyó una unidad temática de salud la cual convocó a la consultiva de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras a participar de la construcción de propuestas. De manera paralela, la secretaria de salud de Guaviare señaló los avances que han generado a partir del trabajo autónomo, colectivo y comunitario a partir de la creación de unos lineamientos que pretenden ser difundidos en las entidades territoriales.

Cuarto preacuerdo: Formación y capacitación para el mejor desempeño de sus funciones respecto a los procesos de planeación territorial en salud con enfoque étnico e intercultural e implementación de acciones en promoción, gestión del riesgo y gestión de la salud pública: las entidades públicas, privadas a nivel nacional, internacional y local y a las instancias de Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.

La secretaria de Guainía señaló la necesidad de que exista reconocimiento, visibilización y legitimidad de los sabedores al momento de generar formación y capacitación respectiva.

Sobre los acuerdos 5°, 6°, 7° y 8° no se presentaron observaciones y se aceptaron en forma unánime.

Quinto preacuerdo: Elaboración de documentos y material didáctico para la difusión de la normatividad existente para las Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras, como parte del apoyo a los procesos de fortalecimiento de la capacidad institucional y comunitaria.

Sexto preacuerdo: Revisión del cumplimiento órdenes judiciales, sentencias de la corte del Ministerio Público, organismos internacionales en relación con la atención en salud y sus procedimientos diferenciales para Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras

Séptimo preacuerdo: Definir las líneas de investigación para la gestión del conocimiento, formación de capacidades en investigación y uso de la información a partir de los resultados de las asambleas de la consulta previa del capítulo étnico de las Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.

Octavo preacuerdo: Establecer la ruta para el reconocimiento, desarrollo y protección jurídica, técnica y ancestral de la medicina tradicional - ancestral de las Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.

Noveno preacuerdo: Concertación para la adecuación sociocultural de las RIAS para las comunidades NARP de acuerdo a las necesidades, condiciones y situaciones de salud propia.

En cuanto al 9° preacuerdo el departamento de Norte de Santander expresó que antes de establecer dicha ruta es fundamental el tema de caracterización de la población, ya que, si bien las RIAS aplican a todas las poblaciones, es fundamental la caracterización para generar acciones específicas para la comunidad negra, afrocolombiana, raizal y palenquera que garanticen los derechos de las comunidades y el enfoque diferencial que se busca adecuar. Por otro lado, Caldas señaló la necesidad urgente de que exista una “radiografía social” frente al estado de salud de cada departamento.

Decimo preacuerdo: Caracterización sociocultural de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras con los elementos técnicos, jurídicos y científicos de salud, existentes para la construcción de un diagnóstico de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras en salud.

Undécimo preacuerdo: Reconocimiento integral activo de carácter inmediato para los sabedores de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras en sus distintas áreas de salud, espiritual, tradicional y ancestral.

Duodécimo preacuerdo: Creación de la mesa de protección de las políticas públicas para la apropiación de la atención integral ante el Ministerio de Salud y Protección Social.

Decimotercer preacuerdo: Garantizar que la EPS hagan la caracterización en territorio en concertación con las instancias representativas de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.

Sobre estos últimos preacuerdos la única recomendación fue presentada por el departamento del Guainía que agregó que las políticas públicas deben cumplir un rol fundamental como multiplicadoras de la medicina ancestral, ya que esta tiene la misma importancia de la medicina alopática/ occidental.

Generación de la matriz 4 - los acuerdos

Posterior al ejercicio de revisión con las entidades territoriales se organizan los acuerdos a presentar en el espacio de protocolización presentados a continuación:

1. Generar e implementar acciones para el fortalecimiento técnico y operativo, en las entidades o instituciones del SGSSS, que permita garantizar el cumplimiento de los procesos de planeación y gestión integral en salud pública con enfoque étnico e identidad cultural para las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.
2. Diseñar, definir, adecuar e implementar, en el marco de las competencias de los actores del SGSSS, las orientaciones técnicas que permitan la incorporación del enfoque diferencial en las políticas, planes, programas y proyectos en salud pública para las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.
3. Sistematizar y documentar el abordaje metodológico empleado para la construcción del capítulo étnico del PDSP, objeto de la consulta previa para comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.
4. Diseñar e implementar estrategias de comunicación que permita la adecuada socialización y difusión de los elementos estratégicos y operativos del capítulo étnico de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales Y Palenqueras, así como del reconocimiento y la garantía de la participación social en el marco de la consulta previa.
5. Diseñar conjuntamente con la Comisión III del ENCP una estrategia metodológica y los lineamientos técnicos para la incorporación del enfoque étnico y la identidad cultural en el proceso de análisis de la situación de salud (ASIS) que será insumo fundamental para la planeación territorial en materia de salud pública de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.
6. Diseñar e implementar conjuntamente con la Comisión III del ENCP y el Ministerio de Salud y Protección Social una estrategia metodológica y los lineamientos técnicos para el desarrollo de la caracterización de la situación de salud con enfoque

- étnico y la identidad cultural para la construcción de un diagnóstico de salud de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.
7. Adecuar las orientaciones de la estrategia de entornos saludables que aborden los factores ambientales que afectan negativamente la salud en los territorios colectivos, tradicionales y/o ancestrales y zonas de asentamiento de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.
 8. Adoptar los lineamientos del Plan Nacional de Adaptación al Cambio Climático que afectan la salud, dirigido a las entidades territoriales, los sectores, en los territorios colectivos, tradicionales y/o ancestrales y zonas de asentamiento de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.
 9. Adaptar, adecuar e implementar los lineamientos técnicos para la vigilancia comunitaria en salud pública teniendo en cuenta los lineamientos técnicos existentes, las prácticas y saberes ancestrales para el cuidado primario en salud de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.
 10. Concertar la adecuación del enfoque étnico y de la identidad cultural de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) para las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras de acuerdo con las necesidades, condiciones y situaciones de salud propia para reducir la carga de enfermedad y de las muertes tempranas y evitables por enfermedades emergentes, reemergentes y desatendidas.
 11. Definir un mecanismo que permita la identificación de las personas de las Comunidades Negras, Afrocolombianas Raizales y Palenqueras afiliadas al SGSSS que permita la atención con enfoque diferencial étnico.
 12. Diseñar e implementar el proceso de inclusión del enfoque de género desde la identidad cultural en el sector salud para el cierre de brechas por razones de género, identidad de género y orientación sexual, incluyendo acciones diferenciales para comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.
 13. Diseñar e implementar un sistema de caracterización y registro de los sabedores, parteras, curanderos, sobanderos, remedieros y demás médicos tradicionales y ancestrales de las comunidades Negras, Afrocolombianos, Raizales y Palenqueros.
 14. Diseñar e implementar estrategias de formación continua, encaminadas a la armonización y articulación de la medicina "occidental" con la medicina tradicional y sabiduría ancestral con el SGSSS, para el fortalecimiento de los conocimientos y habilidades de los sabedores y médicos tradicionales en el ejercicio de sus prácticas tradicionales.
 15. Inclusión de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueros en los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud para la toma de decisión de la gestión de los determinantes sociales de la salud con enfoque intersectorial.
 16. Diseñar e implementar estrategias que permitan visibilizar y reconocer el saber ancestral y las prácticas tradicionales para el fortalecimiento de la medicina tradicional de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.

17. Definir orientaciones para incorporar las acciones diferenciales para la gestión y la prestación de servicios de salud para la población Palenquera y Raizal, a través de ajustes razonables para las lenguas nativas criolla y creole, atendiendo lo definido el artículo 9 de la Ley 1381 de 2010.
18. Diseñar e implementar estrategias para el intercambio de saberes entre la medicina ancestral (sabedores, sobadores, parteras, curanderos, rezanderos, etc.) y la medicina occidental, en espacios comunitarios que permitan el fortalecimiento de la identidad cultural de las Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras en el territorio colectivo, tradicional y/o ancestral, zonas de asentamiento o zonas urbanas.

Estos 18 acuerdos fueron llevados a la protocolización al Espacio Nacional de Consulta Previa. En este espacio se presentaron los componentes de financiación y monitoreo y seguimiento que fueron aprobados y fue adicionado el Acuerdo de Salvaguarda del ENCP que se presentan a continuación:

Fase de Protocolización

Esta fase se llevó a cabo en el Hotel Tequendama de la ciudad de Bogotá DC, del 20 al 22 de diciembre de 2021, contó con la presencia de los representantes de las instituciones del gobierno nacional y del ministerio público y los delegados de la Plenaria del Espacio Nacional de Consulta Previa.

El orden del día estuvo constituido por los aspectos protocolarios pertinentes y por los siguientes contenidos específicos:

- Elementos jurídicos y técnicos del capítulo étnico de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras del Plan Decenal de Salud Pública de Colombia.
- Elementos y antecedentes de la ruta y la metodología construida con la Comisión III de Protección Social, Salud, ICBF, Mujer, Género y Generaciones del Espacio Nacional de Consulta Previa – ENCP para el capítulo étnico de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras del Plan Decenal de Salud Pública.
- Socialización de preacuerdos entre el Ministerio de Salud y Protección Social y Comisión III de Protección Social, Salud, ICBF, Mujer, Género y Generaciones del Espacio Nacional de Consulta Previa – ENCP.

La protocolización contó con la presentación de los elementos técnicos y jurídicos y los antecedentes de la ruta, la metodología y la socialización de los preacuerdos entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Comisión III de Protección Social, Salud, ICBF, Mujer, Género y Generaciones del Espacio Nacional de Consulta Previa – ENCP.

El Ministerio presenta los dieciocho (18) preacuerdos y la Secretaría Técnica del ENCP socializa las recomendaciones de la Comisión Consultiva de Alto Nivel las cuales fueron recogidas en el marco de los preacuerdos presentados como acuerdos definitivos ante este espacio. Los dieciocho [18] acuerdos concertados y aprobados de manera conjunta entre el Ministerio de Salud y Protección Social y el ENCP fueron los siguientes:

Tabla 10. Relación de acuerdos entre el ministerio de salud y protección social y el espacio nacional de consulta previa

No.	Acuerdo entre Ministerio de Salud y Protección Social y el Espacio Nacional de Consulta Previa
1	Generar e implementar acciones para el fortalecimiento técnico y operativo, en las entidades o instituciones del SGSSS, que permita garantizar el cumplimiento de los procesos de planeación y gestión integral en salud pública con enfoque étnico e identidad cultural para las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.
2	Diseñar, definir, adecuar e implementar, en el marco de las competencias de los actores del SGSSS, las orientaciones técnicas que permitan la incorporación del enfoque diferencial en las políticas, planes, programas y proyectos en salud pública para las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.
3	Sistematizar y documentar el abordaje metodológico empleado para la construcción del capítulo étnico del PDSP, objeto de la consulta previa para comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.
4	Diseñar e implementar estrategias de comunicación que permitan la adecuada socialización y difusión de los elementos estratégicos y operativos del capítulo étnico de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras, así como del reconocimiento y la garantía de la participación social en el marco de la consulta previa.
5	Diseñar conjuntamente con la Comisión III del ENCP una estrategia metodológica y los lineamientos técnicos para la incorporación del enfoque étnico y la identidad cultural en el proceso de análisis de la situación de salud (ASIS) que será insumo fundamental para la planeación territorial en materia de salud pública de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.
6	Diseñar e implementar conjuntamente con la Comisión III del ENCP y el Ministerio de Salud y Protección Social una estrategia metodológica y los lineamientos técnicos para el desarrollo de la caracterización de la situación de salud con enfoque étnico y la identidad cultural para la construcción de un diagnóstico de salud de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.
7	Adecuar las orientaciones de la estrategia de entornos saludables que aborden los factores ambientales que afectan negativamente la salud en los territorios colectivos, tradicionales y/o ancestrales y zonas de asentamiento de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras
8	Adoptar los lineamientos del Plan Nacional de Adaptación al Cambio Climático que afectan la salud, dirigido a las entidades territoriales, los sectores, en los territorios colectivos,

	tradicionales y/o ancestrales y zonas de asentamiento de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras
9	Adaptar, adecuar e implementar los lineamientos técnicos para la vigilancia comunitaria en salud pública teniendo en cuenta los lineamientos técnicos existentes, las prácticas y saberes ancestrales para el cuidado primario en salud de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras
10	Concertar la adecuación del enfoque étnico y de la identidad cultural de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) para las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras de acuerdo a las necesidades, condiciones y situaciones de salud propia para reducir la carga de enfermedad y de las muertes tempranas y evitables por enfermedades emergentes, reemergentes y desatendidas.
11	Definir un mecanismo que permita la identificación de las personas de las Comunidades Negras, Afrocolombianas Raizales y Palenqueras afiliadas al SGSSS que permita la atención con enfoque diferencial étnico.
12	Diseñar e implementar el proceso de inclusión del enfoque de género desde la identidad cultural en el sector salud para el cierre de brechas por razones de género, identidad de género y orientación sexual, incluyendo acciones diferenciales para comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.
13	Diseñar e implementar un sistema de caracterización y registro de los sabedores, parteras, curanderos, sobanderos, remedieros y demás médicos tradicionales y ancestrales de las comunidades Negras, Afrocolombianos, Raizales y Palenqueros.
14	Diseñar e implementar estrategias de formación continua, encaminadas a la armonización y articulación de la medicina "occidental" con la medicina tradicional y sabiduría ancestral con el SGSSS, para el fortalecimiento de los conocimientos y habilidades de los sabedores y médicos tradicionales en el ejercicio de sus prácticas tradicionales.
15	Inclusión de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueros en los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud para la toma de decisión de la gestión de los determinantes sociales de la salud con enfoque intersectorial
16	Diseñar e implementar estrategias que permitan visibilizar y reconocer el saber ancestral y las prácticas tradicionales (sabedores, sobadores, curanderos, rezanderos, parteras etc) para el fortalecimiento de la medicina tradicional de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras
17	Definir orientaciones para incorporar las acciones diferenciales para la gestión y la prestación de servicios de salud para la población Palenquera y Raizal, a través de ajustes razonables para las lenguas nativas criolla y creole, atendiendo lo definido el artículo 9 de la Ley 1381 de 2010.
18	Diseñar e implementar estrategias para el intercambio de saberes entre la medicina ancestral (sabedores, sobadores, parteras, curanderos, rezanderos, etc.) y la medicina occidental, en espacios comunitarios que permitan el fortalecimiento de la identidad cultural de las Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras en el territorio colectivo, tradicional y/o ancestral, zonas de asentamiento o zonas urbanas.

Así mismo, se define lo relacionado con la financiación, el monitoreo y la evaluación del capítulo étnico para comunidades Negras Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras del Plan Decenal de Salud Pública de la siguiente manera:

Financiación

Acorde con las responsabilidades y competencias en la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan Territorial de Salud (PTS) y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), así como en la financiación de las acciones establecidas en estos planes, las entidades territoriales deben articular los esfuerzos estratégicos, metodológicos y operativos con los demás actores del SGSSS para lograr el mejoramiento del estado de salud de la población. Dicha articulación deberá estar enmarcada en evitar la progresión y ocurrencia de desenlaces adversos de la enfermedad, así como en la disminución de las inequidades en salud.

De manera específica, en cuanto a las intervenciones en comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras, se requiere de la acción intersectorial, dado que, en general, estos grupos étnicos se encuentran reconocidos como población vulnerable, en razón a su ubicación geográfica, desigualdades sociales y económicas, barreras en la prestación de servicios de salud y por la falta de coordinación entre los servicios de salud y sus prácticas y creencias en cuanto hace al proceso salud -enfermedad.

Toda acción que se requiera implementar en los territorios, en materia de prestación de servicios de salud y aseguramiento en el SGSSS, dirigidos a las poblaciones más vulnerables, entre los que se encuentran las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras, debe cumplir con los criterios de eficiencia y efectividad en la destinación de los recursos para los cuales fueron concebidos.

Seguimiento y Evaluación

El capítulo étnico para comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras del PDSP, se integra al sistema de seguimiento y evaluación definido por este Ministerio, con el fin de establecer los avances y logros de los objetivos y las metas sanitarias definidas para diferentes grupos diferenciales y su contribución a los objetivos estratégicos del PDSP. La metodología para el monitoreo y evaluación de los PTS inscrita en el proceso de planeación integral en salud y desarrollada a través de la metodología PASE a la Equidad en Salud, permitirá establecer las contribuciones de las entidades territoriales al objetivo general del capítulo.

Así, capítulo étnico para comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras del PDSP, adopta la metodología para realizar la medición del monitoreo y evaluación de

los PTS que determine el Ministerio en el marco del seguimiento y evaluación del PDSP 2022-2031.

Acuerdo de Salvaguarda ENCP

Los delegados del Espacio Nacional de Consulta Previa presentan las siguientes salvaguardas:

- a) El capítulo de las Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palanqueras, protocolizado entre el Ministerio de Salud y Protección Social y el Espacio Nacional de Consulta Previa, constituirá un insumo fundamental para la formulación del siguiente Plan Decenal que, de implicar ajustes y complementariedades, serán construidas con el Espacio Nacional de Consulta Previa e igualmente se tendrán en cuenta las recomendaciones que formule la Comisión Consultiva de Alto Nivel.
- b) El Espacio Nacional de Consulta Previa, con fundamento en lo dispuesto en los artículo 6 y 7 del Convenio 169 de la OIT, señalado por la Corte Constitucional en las Sentencias T-376 de 2012, T-172 de 2013, T-576 de 2014, C-073 de 2018, SU 123 de 2018, el Decreto 1372 de 2018, exige al Ministerio de Salud y Protección Social que en el evento que la formulación del siguiente Plan Decenal, implique o contemple ajustes, modificaciones, complementariedades, programas, subprogramas, estrategias, lineamientos susceptibles de afectar directamente a las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, respetar y garantizar el derecho a la consulta previa, libre e informada.

RESPONSABILIDADES DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES Y DE LOS PUEBLOS Y COMUNIDADES INDIGENAS, PUEBLO ROM Y LAS COMUNIDADES NEGRAS, AFROCOLOMBIANAS, RAIZALES Y PALENQUERAS

A continuación, se presentan las responsabilidades de los departamentos, distritos y municipios, así como de los pueblos y comunidades indígenas, pueblo Rrom y las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.

Responsabilidades de los departamentos, distritos y municipios

Para la incorporación y desarrollo del presente capítulo se tendrá en cuenta lo siguiente:

Las entidades territoriales propiciarán los espacios de participación para la garantía del diálogo y la concertación con los pueblos y comunidades indígenas, pueblo Rrom y las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras, en el marco de la Planeación Territorial en Salud, lo cual implica:

- a. Identificar y convocar a las instancias legítimas de participación de los pueblos y comunidades indígenas, pueblo Rrom y las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras a sus líderes, lideresas y demás representantes que abogan por sus intereses a los espacios participativos de formulación de los Planes Territoriales de Salud.
- b. Propiciar los espacios de diálogo y participación de sus líderes, lideresas y demás representantes que abogan por sus intereses al desarrollo de los momentos de identificación y comprensión integral de las condiciones en que se encuentra los pueblos y comunidades indígenas, pueblo Rrom y las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras, con el fin de incidir en la situación de salud de los territorios y concertar acciones y respuestas diferenciales que se incorporarán a los Planes Territoriales de Salud en sinergia con los demás instrumentos, así como la gestión para garantizar estos espacios respetando su autonomía.
- c. Adelantar las acciones necesarias para la coordinación y articulación entre las instituciones de la entidad territorial y los representantes a través de sus organizaciones de los pueblos y comunidades indígenas, pueblo Rrom y las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras para la planeación integral en salud. Ello implica establecer procesos, mecanismos y procedimientos de articulación entre el Planes Territoriales de Salud y los Planes de salud propios de estas comunidades.
- d. Desarrollar, implementar, adecuar y mantener las fuentes y sistemas de información e indicadores de gestión, para la incorporación del enfoque étnico y la identidad cultural al elaborar el ASIS con las metodologías e instrumentos definidos por este Ministerio, así como incorporar información socio cultural de los pueblos y comunidades indígenas, pueblo Rrom y las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras, en los Análisis de Situación de Salud territoriales, que les permita comprender y ampliar el conocimiento de la situación de salud de estas comunidades de manera conjunta que será insumo fundamental para la planeación territorial en materia de salud pública de estas comunidades.
- e. Presentar informes en los espacios de diálogo y concertación territoriales, sobre la implementación y ejecución de los PTS y PAS de las entidades territoriales en donde hay presencia de los pueblos y comunidades indígenas, pueblo Rrom y las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras. Lo anterior a partir de la puesta en marcha de los mecanismos de seguimiento y evaluación de las metas concertadas con estas comunidades, de acuerdo con sus realidades demográficas, socioculturales y geográficas, como instrumento gerencial de programación y control de ejecución anual.

Los capítulos de los pueblos y comunidades étnicos del PDSP, se integran al sistema de monitoreo y evaluación definido por este Ministerio. De igual manera, las organizaciones y/o autoridades tradicionales de los pueblos y comunidades indígenas, pueblo Rrom y las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras, podrán desarrollar mecanismos de deliberación, control social y seguimiento del presente capítulo, bajo los principios generales del SGSSS, con el fin de establecer los avances y logros de los objetivos y las metas sanitarias definidas para esta población y su contribución a los objetivos estratégicos del PDSP.

- f. Los departamentos deberán asesorar técnicamente a los municipios, para el desarrollo de procesos participativos y la generación de competencia para la interculturalidad en la planeación territorial en salud y en la ejecución de planes, proyectos y acciones dirigidos y el fortalecimiento de la identidad cultural de los pueblos y comunidades indígenas, pueblo Rrom y las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.

Responsabilidades de los pueblos y comunidades indígenas, pueblo Rrom y las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.

En consonancia con la Ley Estatutaria de Salud y en el PDSP, los pueblos y comunidades indígenas, pueblo Rrom y las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras, tendrán como responsabilidades

- a. Identificar en escenarios de participación social, las acciones propias en salud a implementar, de acuerdo con sus formas propias del cuidado de la salud y definir las acciones que se requieran desde las entidades del SGSSS.
- b. Fomentar el diálogo y concertación con actores territoriales para la incorporación de acciones propias e interculturales en la formulación de los PTS.
- c. Participar en la construcción de las acciones propias e interculturales de los PTS.
- d. Ejercer los mecanismos de deliberación, control social y seguimiento, diseñados en el marco de la Política de Participación Social en Salud.
- e. Proponer acciones de mejora para los resultados en salud de los pueblos y comunidades indígenas, pueblo Rrom y las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.
- f. Garantizar el acceso al territorio para el desarrollo de las actividades acordadas con las entidades responsables de la atención integral en salud.

Capítulo 9. Poblaciones víctimas del conflicto armado en Colombia en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031

9.1 Introducción

El entramado de situaciones vinculadas con los impactos colectivos en el daño a las redes sociales y comunitarias, los impactos psicológicos, emocionales y físicos con sus daños a las relaciones interpersonales y a la integridad de las víctimas, que han sido causados por las diversas modalidades y prácticas de violencia sufridas por millones de personas en Colombia, a lo largo de las últimas seis décadas, configuran, no solo una variedad de vulneración a sus derechos humanos y de infracciones al derecho internacional humanitario, sino una afectación a sus modos y condiciones de vida, que incide en todos los aspectos de su salud física y mental, calidad de vida, bienestar y desarrollo humano.

Las narrativas sobre los impactos y los daños causados por el conflicto armado en Colombia configuran relatos que expresan el sufrimiento emocional profundo (miedo, angustia, desasosiego, temor) causadas por las situaciones de violencia, el daño moral vivido en prácticas de estigmatización, devaluación y humillación, vidas aisladas, sin fiestas y desconfiadas, expresión de los daños socioculturales, el impacto desproporcionado sobre los pueblos y comunidades afrocolombianas e indígenas, los más violentados y el daño que la guerra trajo a la democracia con la naturalización de las prácticas de criminalizar, perseguir y reprimir (Grupo de Memoria Histórica, 2013).

Las distintas modalidades y prácticas de violencia en el país como las masacres generadoras de terror y devastación, las desapariciones forzadas y sus secuelas de ausencia, perplejidad y vacío, el desplazamiento forzado que deja desarraigo, nostalgia y humillación, el secuestro, los daños e impactos sobre las mujeres, particularmente la violencia sexual y los cuerpos marcados por la guerra, así como los daños e impactos sobre los hombres y su menoscabo como proveedores y protectores, la ruptura de la infancia expresada en los daños e impactos sobre los niños, las niñas, los adolescentes y los jóvenes, el daño e impacto sobre la población LGBTI degradados, ridiculizados y silenciados y los daños e impactos que ocasionan la impunidad, las deficiencias en la atención estatal y en las respuestas sociales, han generado una deuda histórica con estas poblaciones (Grupo de Memoria Histórica, 2013).

En 2011 se promulgó la ley 1448 que reconoce el sufrimiento generado por la vulneración de derechos humanos e infracciones al derecho internacional humanitario de las víctimas del conflicto armado. Su artículo 3º, define como víctimas a aquellas personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1º Enero de 1985, como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones

graves y manifiestas a las normas internacionales de Derechos Humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado interno (Congreso de Colombia, 2011).

Se define hecho victimizante a los delitos o situaciones de los cuales las personas fueron víctimas. El Registro Único de Víctimas presenta la información actualizada sobre catorce hechos victimizantes: Acto terrorista /Atentados /Combates /Enfrentamientos/Hostigamientos, Amenaza, Delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo del conflicto armado, Desaparición forzada, Desplazamiento forzado, Homicidio, Minas Antipersonal, Munición sin Explotar y Artefacto Explosivo improvisado, Secuestro, Tortura, Vinculación de Niños Niñas y Adolescentes a Actividades Relacionadas con grupos armados, Abandono o despojo Forzado de Tierras, Perdida de Bienes Muebles o Inmuebles, Lesiones Personales Físicas, Lesiones Personales Psicológicas y Confinamiento (Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas - UARIV., 2022)

La ley 1448 de 2011, estableció las medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno (VCA) y reconoció el derecho que tienen a la verdad, a ser reparadas en el daño sufrido, con la indemnización y las medidas para la rehabilitación física y psicológica, la reparación simbólica y la restitución de tierras, a recibir justicia y el derecho a no repetición de los hechos victimizantes (Congreso de Colombia, 2011). Su vigencia se extendía por diez años, siendo prorrogada por el mismo período de tiempo por la ley 2078 de 2021, con una Política Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas aprobada mediante CONPES 4031 de junio de 2021. Su objetivo se dirige al acceso de las VCA a las medidas de prevención, protección, atención, asistencia y reparación (DNP , 2021). A esto se une la firma del Acuerdo Final para la terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera, que además de establecer condiciones constitucionalmente vinculantes, implica que en la organización territorial del PDSP 2022-2031 se armonicen acciones e insumos para las víctimas desde la salud pública, que establece la centralidad de las víctimas y la actuación alineada del Estado (DNP , 2021).

Se presentan los elementos conceptuales, estratégicos y operativos, que orientan las acciones en materia de salud pública dirigidas a las VCA, como sujetos individuales y colectivos, en el marco del PDSP 2022-2031 y de las medidas establecidas por el país para su atención y reparación integral. Esto define para el PDSP 2022-2031 trabajar tanto en lo sectorial, lo intersectorial y lo social, el reconocimiento territorial partiendo de los avances en los registros disponibles, la participación extendida a los espacios de la salud pública desde los escenarios existentes de participación de las VCA y su representación, buscando su inclusión en la incidencia de políticas públicas y su ciclo de gestión; y la exigibilidad de seguir garantizando los derechos fundamentales de las víctimas, en un contexto que no ha concluido su atención y reparación y que sigue evidenciando persistencia de hechos no resueltos.

Las disposiciones vigentes, las medidas logradas en los últimos diez años y las exigencias vinculantes en relación con las VCA, recogen la perspectiva interseccional, en tanto, a su interior, se reconocen las graves afectaciones que la ocurrencia de hechos victimizantes han generado para las mujeres, los niños, las niñas, los adolescentes, para las personas con discapacidad, las personas mayores y los sujetos colectivos de especial protección. El PDSP 2022 – 2031 reconoce la necesidad de que las acciones en salud pública trabajen afirmativamente por el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, la incidencia positiva en los determinantes sociales, de los que el conflicto armado hace parte en varios de los territorios colombianos, así como el reconocimiento integral de los sujetos individuales y colectivos, registrados como víctimas, tanto desde sus diferenciales constitutivos, como desde sus culturas propias, sus contextos y trayectorias vitales.

El PDPS 2022-2031 incorpora en su acción estratégica, un trabajo progresivo de incidencia en las afectaciones reconocidas que se materializan en condiciones no saludables de vida, mayor morbilidad, discapacidad e incluso mortalidad evitable; que debe reflejarse en mejores resultados en salud y de calidad de vida. La garantía del derecho a la salud es central en el marco de las obligaciones del Estado con las víctimas, con un énfasis en las medidas de rehabilitación relacionadas con el restablecimiento de las condiciones físicas y psicosociales de las víctimas, cuya atención se enmarca en el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado (PAPSIVI).

9.2 Definiciones

Para el PDSP 2022 – 2031 es relevante que desde el marco de la normativa vigente y en relación con la atención y la reparación integral a las víctimas se conozcan las definiciones principales que orientan el reconocimiento y las bases de acción en relación con las medidas establecidas.

Víctima: “Aquellas personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1º de enero de 1985, como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de Derechos Humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado interno” (Congreso de Colombia, 2011).

Impactos psicosociales: Consecuencias emocionales, comportamentales y de pensamiento generadas en personas, familias, comunidades y en la sociedad con ocasión del conflicto. Desde el punto de vista psicosocial, estos impactos pueden manifestarse a través de traumas, crisis y duelos y deben ser abordados como parte de la reconstrucción del tejido social (Comisión de la Verdad, 2022a).

Impactos comunitarios: “Deterioro de las condiciones de vida del grupo o comunidad (desplazamiento, pérdidas económicas, desintegración social). Desestructuración

organizativa: impacto por la pérdida de líderes o grupos, división comunitaria, pérdida de proyectos de desarrollo, desconfianza, inseguridad grupal y sensación de miedo” (MSPS, 2017a)

Impactos al sujeto colectivo: “Equilibrio espiritual ligado al territorio; daños ambientales, a la integridad cultural, de autonomía y derecho propio, al uso de su medicina tradicional y a su derecho de consulta previa, libre e informada.” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017a)

Impactos a la familia: Disgregación familiar, violencia intrafamiliar, pobreza, represión, limitación del desarrollo personal de los miembros de la familia, desarraigo de sus miembros (ruptura de raíz de los lazos con el entorno en que se vive), ausencia de perspectivas hacia el futuro, migración, ruptura de la relación de pareja, fragmentación de la familia por fallecimiento del padre o cabeza de familia. (MSPS.2017b).

Daño: “El resultado de acciones criminales que vulneran los derechos de una persona o de una colectividad. Estas acciones causan sufrimiento a las víctimas y afectan todas las dimensiones que soportan su vida íntima, familiar, social, política, cultural y productiva” (CNMH, 2014. p 10). El resultado de procesos que niegan la dignidad humana y que afectan negativamente las relaciones satisfactorias, al punto de generar situaciones de carencia o agudizar los estados carenciales previos. Es un proceso, trasciende hasta vulnerar el sentido mismo de la dignidad, es una afectación clara en la capacidad de establecer relaciones satisfactorias (Rebolledo, O., & Rondón, L., 2010).

Daño psicosocial: Se refiere a los daños configurados en el marco de la guerra, cuyas afectaciones expresadas por los individuos, las familias y comunidades, se caracterizan por profundos niveles de sufrimiento, así como por la dificultad para poder integrar la experiencia violenta en sus historias de vida. Se lesionan los sentimientos de dignidad, autonomía y se pierden o menoscaban el control o certezas sobre la vida misma, al ser consecuencia de delitos cometidos por otros seres humanos en contextos de dominación armada, donde el terror se instala tras el uso brutal de la fuerza y la sevicia con los que se borra todo rastro de humanidad.

Atención psicosocial: Conjunto de procesos articulados de servicios cuyo objetivo es favorecer la recuperación o mitigación de los daños psicosociales y el sufrimiento emocional generado a las víctimas, sus familias, comunidades y colectivos étnicos, como consecuencia de las graves violaciones a los Derechos Humanos y las infracciones al Derecho Internacional Humanitario (MSPS, 2017c).

Proceso de rehabilitación: Secuencia de acciones coordinadas que incluye el conjunto de intervenciones individuales y colectivas orientadas a reducir el impacto de la discapacidad o a prevenir su aparición en las personas que presentan condiciones específicas de salud.

Así mismo, busca mantener el mayor nivel posible de funcionamiento de las personas al interactuar con sus entornos. Este proceso está centrado en la persona, reconoce al sujeto como ser activo en el cumplimiento de los objetivos propuestos y plantea la importancia del rol de la familia y la comunidad (MSPS, 2021).

Enfoque Psicosocial: Elemento transversal que guía el actuar y posicionamiento de los equipos del talento humano, en tanto reconoce la importancia que todas las acciones que se realicen en el marco de la atención deben garantizar la recuperación y/o fortalecimiento de la dignidad de las víctimas, familias, comunidades y grupos étnicos. Este enfoque en la atención, posibilita una mirada integral y compleja del ser humano, busca dar respuesta a los daños psicosociales que se manifiestan en lo relacional, trascendental, físico, emocional, comportamental y simbólico-cognitivo. La atención con enfoque psicosocial busca la recuperación y/o mitigación de los daños psicosociales desde el reconocimiento de las posibilidades de bienestar, cambio y transformación que tienen por sí mismas las víctimas del conflicto armado (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017a).

Enfoque de Acción sin daño: Es el abordaje que parte de la proposición de que ninguna intervención externa, llevada a cabo por diferentes actores humanitarios o de desarrollo, está exenta de hacer daño (no intencionado) a través de sus acciones. Su incorporación, conlleva a la reflexión por parte de los y las profesionales, sobre aspectos como los conflictos emergentes durante el desarrollo de sus acciones sobre las víctimas del conflicto armado, los mensajes éticos incluidos, las interacciones de poder y el empoderamiento de los participantes (Comisión de la Verdad.2022b).

Reparación: La reparación comprende las medidas de restitución, indemnización, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición, en sus dimensiones individual, colectiva, material, moral y simbólica para las víctimas de conflicto armado interno colombiano (Congreso de Colombia, 2011).

Medida de rehabilitación: “La rehabilitación como medida de reparación consiste en el conjunto de estrategias, planes, programas y acciones de carácter jurídico, médico, psicológico y social, dirigidos al restablecimiento de las condiciones físicas y psicosociales de las víctimas en los términos de la ley 1448 de 2011” (Congreso de Colombia, 2011).

9.3 Marco estratégico para Víctimas del conflicto armado

A continuación, se presentan las estrategias y acciones propuestas para la población víctima del conflicto armado.

Estrategias	Acciones
<p>Protocolización para la atención integral física, mental y psicosocial</p> <p>Categorías:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atención psicosocial - Redes institucionales - Entornos protectores para la salud mental 	<p>Implementar el protocolo de atención integral en salud mental, física y psicosocial y la respectiva ruta de atención de los equipos de salud, incorporando el papel de las EPS, y el accionar de estas en la atención individual y colectiva. Acordes con el contexto socio cultural y las zonas de alta dispersión geográfica.</p>
	<p>Identificar barreras de acceso para la atención integral en salud de las VCA y diseñar de manera concertada alternativas de solución en todos los niveles de atención, en especial en zonas de alta dispersión. Incluir en esta categoría el termino y garantías de no repetición.</p>
	<p>Diseño e implementación de un instrumento para monitorear el acceso y la continuidad de la atención de la población VCA, identificando las barreras de acceso</p>
	<p>Efectuar vigilancia y control en el cumplimiento de los requisitos de habilitación de las IPS y del talento humano para la atención de la población víctima, en el marco del protocolo de atención integral: física, mental y psicosocial.</p>
	<p>Realizar planes de acción para la operativización del protocolo teniendo en cuenta la caracterización de la población y de la situación de salud desagregada por entidad territorial (acorde al contexto socio cultural), de manera participativa con las instancias representativas de las Víctimas de Conflicto Armado del territorio.</p>
	<p>Realizar la actualización de la base de datos de registro para acceder al programa de PAPSIVI y efectuando la debida pedagogía y estrategias de comunicación para conocer el programa dirigido al talento humano en salud y las VCA</p>
	<p>Tener en cuenta el reconocimiento de la medicina tradicional o ancestral, como el uso de plantas medicinales o las parteras, como alternativa de atención en salud desde las particularidades de los grupos étnicos.</p>
	<p>Diseñar e implementar estrategias para la coordinación entre la atención en salud alopática con la atención en salud efectuada por los grupos étnicos, en relación con la atención de las mujeres víctimas de violencia sexual o de quienes presenciaron otras situaciones violentas como las masacres</p>
	<p>Identificar acciones y/o estrategias para vincular a los programas de atención psicosocial a los hijos producto de estas agresiones y los escenarios de violencia en que han crecido en estos entornos</p>

	<p>Verificar los registros de casos de abuso en menores, así como el respeto por la confidencialidad de la información por parte de los funcionarios en las instituciones, lo que genera una revictimización y falta de confianza en las instituciones</p>
	<p>Realizar acciones de fortalecimiento del talento humano en marco normativo y contexto de la situación de las VCA para el trato humanizado</p>
	<p>Diseñar estrategias para aumentar la oferta de psicólogos y psiquiatras para la atención de las víctimas, teniendo en cuenta el trabajo digno de estos profesionales que atienden la población VCA</p>
	<p>Gestionar el accionar intersectorial, para atender de forma integral las afectaciones en salud mental y emocional, entre ellos, la vinculación de los centros educativos como centros protectores para la juventud, donde se prevenga el consumo de sustancias psicoactivas, alcohol y la promoción de estilos de vida saludable.</p>
	<p>Gestionar la pertinencia y continuidad de los programas dirigidos a jóvenes ofertados por los centros de apoyo, así como la estrategia de apoyo a las familias de los jóvenes una vez son reincorporados al entorno familiar y escolar.</p>
	<p>Identificar y caracterizar los entornos protectores y establecer alternativas de solución, de acuerdo con la problemática, el contexto socio cultural y geográfico, concertados con la población víctimas. Gestión de espacios deportivos o entornos para el aprovechamiento del tiempo libre de los jóvenes y programas para la rehabilitación de la drogadicción y acceso al mercado laboral.</p>
	<p>Gestionar la implementación de las emisoras comunitarias, planteadas en el Acuerdo de Paz, como una estrategia de comunicación local para la difusión de información de importancia para las poblaciones.</p>
	<p>Identificar y brindar apoyo a las experiencias locales que implementan entornos protectores para los niños, niñas y adolescentes, los cuales buscan recuperar espacios a través de la intersectorialidad (seguridad, educación, ICBF, deporte, cultura etc.) para que puedan ser sostenibles en el tiempo. Articular las acciones de las entidades con las iniciativas propias para la optimización de recursos y generación de oportunidades sociales para los habitantes.</p>
	<p>Diseñar e implementar estrategias encaminadas a disminuir los factores de riesgo como las inequidades sociales las cuales predisponen a los niños, niñas y adolescentes a la prostitución, así como vivir en entornos violentos (familia, sociedad, escuela) pueden ser factores de riesgo como, explotación sexual en jóvenes en situaciones como turismo sexual, consumo</p>

	<p>sustancias psicoactivas en jóvenes, aumento de consumo de alcohol, entre otros factores de riesgo.</p>
<p>Generación de capacidades para la adecuación diferencial</p> <p>Categorías:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Política de enfoque diferencial (adulto mayor, LGBTI, étnico, discapacidad, género, habitante de calle y migración) - Cumplimiento normativo 	<p>Diseño e implementación de estrategias para la interseccionalidad y los enfoques diferenciales según sea el caso, dado que no es lo mismo una víctima perteneciente a la comunidad afro o a algún pueblo indígena.</p>
	<p>Generar estrategias que favorezcan la inclusión de la población diferencial en sus diferentes ciclos de vida, en los espacios educativos y demás sectores sociales, que favorezcan la disminución de barreras administrativas que impiden el acceso al sistema de seguridad social al que se tiene derecho.</p>
	<p>Efectuar la respectiva gestión intersectorial para asegurar los recursos necesarios para el acompañamiento del cuidador en los procesos de salud que puedan derivarse.</p>
	<p>Fortalecer la caracterizar a la población de víctimas, para tener un dato real, incluir los enfoques diferenciales y la población migratoria.</p>
	<p>Generar espacios pedagógicos a los equipos nuevos que ingresan a las nuevas administraciones territoriales para que en sus planes de desarrollo incluyan programas con enfoque diferencial, en el especial para las víctimas de conflicto armado.</p>
	<p>Desarrollar estrategias pedagógicas para que la población víctima conozca los derechos y beneficios otorgados por esta condición diferencial, es necesario tener una escuela de formación, que además de conocer sus derechos, garantizar el acompañamiento y seguimiento permanente a las víctimas, y la adecuación de los programas con enfoque diferencial.</p>
	<p>Acompañar a las fuerzas militares para el diseño de programas psicosociales desde el MSPS, de acuerdo a su particularidad con enfoque diferencial.</p>
	<p>Diseñar programas de atención integral de víctimas con enfoque étnico, armonizando con sus políticas específicas.</p>
	<p>Fortalecer a los líderes de estas poblaciones diferenciales para que se viabilicen y se efectúe el seguimiento oportuno de programas dirigidos a la población</p>
	<p>Sensibilizar al equipo de salud y otros trabajadores del Estado respecto del enfoque de género (no sólo mujer, también LGBTIQ+), para disminuir la “revictimización en casos como violencias sexuales – los hombres también as han sufrido-; es importante generar capacidades en el talento humano para el abordaje de poblaciones diferenciadas y en particular población LGBTIQ+</p>
	<p>Generar acuerdos interétnicos para fortalecer los programas de atención integral en salud que incluyan el</p>

	<p>enfoque diferencial étnico para las víctimas sean indígenas o afros teniendo en cuenta su contexto sociocultural y colectivo, por ciclo de vida y de género.</p> <p>Fortalecer el registro para el reconocimiento de la discapacidad en personas que son víctimas del conflicto armado. Dado que la afectación de la salud de las personas con discapacidad afecta a toda la familia y deben ser priorizados.</p> <p>Tener en cuenta el marco normativo en los procesos de consulta y concertación relacionados con los grupos étnicos, para los cuales existe Directiva Presidencial, para estos procesos.</p> <p>Generar capacidades en funcionarios públicos del sector salud y otros sectores, para evitar la discriminación de la población víctima y la revictimización, a partir del reconocimiento normativo, desde el personal administrativo, sanitario y demás funcionarios de las entidades territoriales.</p> <p>Diseñar estrategias encaminadas al fortalecer los procesos de vigencia de los recursos para víctimas desde los diferentes sectores, articulando y coordinando con los procesos participativos de las VCA como las mesas en cada entidad.</p> <p>Generar capacidades en la población víctima en la exigibilidad de sus derechos de acuerdo con la normatividad vigente, como parte de la mejora de los procesos de seguimiento de la comunidad hacia sus programas.</p> <p>Identificar y apoyar iniciativas locales de las organizaciones VCA encaminadas a brindar asesorías a la población VCA de cómo acceder a los servicios brindados desde las entidades territoriales con alianza con las entidades públicas y privadas.</p> <p>Gestionar convenios con el sector académico para integral a los estudiantes, para que estos realicen sus prácticas a través de la atención de la población víctima.</p>
<p>Gestión de determinantes sociales para el desarrollo social de las víctimas del conflicto armado</p> <p>Categorías:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingreso y ámbito laboral - Vivienda 	<p>Gestión intersectorial para la generación de un plan o programa relacionado con acceso laboral y/o alternativas de generación de ingresos de las víctimas de conflicto armado.</p> <p>Diseñar e implementar junto con las entidades a su cargo, estrategias de comunicación que permitan el acceso a la información, así como una mayor veeduría desde las mesas de participación social para vigilar la oferta intersectorial para las VCA.</p> <p>Gestionar la oportunidad de acceso a oportunidades de ingresos como disponibilidad de bolsas de empleos y proponer la regulación de cuotas desde el ámbito institucional de disponibilidad de estos para vincular a las víctimas.</p>

	<p>Gestionar con las entidades competentes, el fomento a la formación empresarial, y un acompañamiento para el emprendimiento en los proyectos dirigido a las VCA.</p>
	<p>Sensibilización y formación en el reconocimiento normativo, de los planes, programas y proyectos a los que puede acceder la población víctima, incluyendo a los nuevos mandatarios para que se incluya en los Planes de Desarrollo.</p>
	<p>Gestionar con las entidades competentes, la implementación de estrategias de articulación entre entidades del ámbito nacional y territorial para mayor acceso a programas de empleabilidad.</p>
	<p>Gestionar la disponibilidad de oferta de empleabilidad a todas las edades para que no existan rezago entre los adultos y los jóvenes que son víctimas del conflicto.</p>
	<p>Gestionar con las entidades competentes, la frecuencia y estrategias de acceso a las ferias de empleabilidad con el SENA.</p>
	<p>Gestionar con el Ministerio de trabajo los proyectos que ya se vienen realizando, junto con el accionar territorial.</p>
	<p>En comités intersectoriales, se propone la revisión de barreras del acceso a ingreso y oferta laboral, en especial frente a la experiencia, para que los jóvenes puedan contar con oportunidades y adquirir experiencia.</p>
	<p>En el marco de los programas dirigidos a las víctimas para la oferta laboral, sensibilizar a las personas que hacen las entrevistas, para que cuenten con un enfoque para vincular y capacitar a las víctimas, ya que se evidencia mucha discriminación.</p>
	<p>Diseñar un plan de trabajo para el abordaje de empleabilidad en la población migrantes la cual aumentó con la pandemia.</p>
	<p>Diseñar estrategias para la vinculación de los jóvenes a la formación para el empleo, teniendo en cuenta sus intereses, así como incentivar la formación para la generación de proyectos e iniciativas productivas, una vez concluido su periodo de formación universitaria y/o de cursos o programas de formación complementaria.</p>
	<p>Efectuar diagnósticos de las necesidades para identificar los proyectos productivos y diseño de programas de formación, así como la identificación de personas víctimas que requieran acceder a oferta de empleo.</p>
	<p>Estudiar la posibilidad de contratar los recursos de las víctimas con sus organizaciones, así como la exoneración de impuestos a las empresas por contratar a las víctimas</p>
	<p>Vincular a las zonas apartadas de los centros poblados y capitales, en estrategias de empleabilidad y oferta laboral acorde a los contextos territoriales y culturales.</p>

	<p>Gestionar el desarrollo de proyectos productivos como parte de los programas gubernamentales que contengan capacitación y vinculación con incentivos para poner en marcha estos emprendimientos, a partir de procesos de concertación con la población víctima para identificar con que capacidades se cuentan y las necesidades de formación, estrategias de eliminación de barreras de acceso a este tipo de oportunidades, así como vincular al sector privado como parte de la responsabilidad social.</p>
	<p>Incluir además una mirada sobre las formas de contratación de las personas que han sido víctimas, dado que en empleos temporales requiere que se vinculen al régimen contributivo y en ese contexto pierden los “apoyos sociales.”</p>
	<p>Revisar las nuevas mediciones del SISBEN, que re categorizo a la población, perdiendo los apoyos sociales, caso específico, las personas mayores salen del programa.</p>
	<p>Integrar los programas de vivienda de interés social con acciones de promoción y prevención en el marco de los entornos saludables, como estrategia del Plan de Intervenciones Colectivas, acordes con su contexto socio cultural.</p>
	<p>En el marco de los análisis de situación de salud, incluir la caracterización de la vivienda y los entornos, la vigilancia del agua para consumo, como un determinante que está ocasionando factores de riesgo en la salud física y psicosocial de las VCA.</p>
	<p>Gestionar en los COTSA – Comités de salud ambiental territoriales, la identificación de las barreras de acceso a los programas de Vivienda de Interés Social, que para el caso uno de estas barreras la constituye las cartas cheque, falta de créditos, notificaciones en data crédito, entre otras, que impiden el acceso a estos programas, mediante procesos de gestión ante las entidades competentes.</p>
	<p>Respecto al programa “mi casa ya”, donde se requiere del depósito de ahorros para la obtención de la vivienda, es un inconveniente para la población víctima, debido a que no tiene los ingresos suficientes y son utilizados para el gasto diario.</p>
	<p>Gestionar ante las entidades competentes, el diseño e implementación de programas de vivienda adecuadas al contexto socio cultural, territorial y con el enfoque diferencial para las víctimas, acordes con el censo de cada entidad territorial, con garantía en acceso a servicios públicos básicos, con procesos integrales de convivencia que permitiera un relacionamiento adecuado entre personas víctimas /victimarios, y en algunos contextos ambos comparten espacios, que contribuyan a la disminución de afectaciones psicosociales.</p>

	<p>Efectuar a la gestión de programas para avanzar en reubicación de víctimas que se encuentran en asentamientos sin servicios públicos en particular en territorios que no son “legalizados – barrios informales”</p>
	<p>Gestionar con la Unidad de Víctimas, la entrega de terrenos para proyectos agrarios integrados con proyectos de vivienda en zonas rurales. Los terrenos expropiados por narcotráfico deberían ser adjudicados a las víctimas para trabajar.</p>
	<p>Realizar mayor gestión en municipios de sexta categoría para que accedan a programas de vivienda urbana y rural, no se evidencia gestión de estos mandatarios en zonas dispersas.</p>
	<p>Fomentar en los planes de gobierno de los candidatos a las gobernaciones y municipios el abordaje para las víctimas con relación a los programas de vivienda.</p>
	<p>Gestionar la exoneración de impuestos en predios para que se puedan construir proyectos las víctimas de conflicto armado.</p>
	<p>Se requieren controles y seguimiento a los programas de vivienda establecidos porque son zonas inundables y sin un buen manejo aguas residuales, este control debe hacerse antes de implementar los proyectos. Así como la veeduría en los proyectos que se entregan sin cumplimiento de los requisitos de una vivienda digna.</p>
	<p>Identificar y minimizar los riesgos por presencia de los grupos armados que permanecen y no garantizan medidas de seguridad.</p>
	<p>Generar estrategias que puedan acercar a las familias víctimas a la consecución de vivienda propia, desde la administración de la indemnización de cada uno de los miembros de la familia o también la asignación de recursos municipales para ello.</p>
	<p>La administración de los recursos asignados pueda ser asignado a las organizaciones sociales para que sea la población víctima quien pueda acceder al presupuesto asignado, ya que la mayoría de la población identificada como víctima no cuenta con los requisitos suficientes para suplir el costo restante de la vivienda VIS.</p>
	<p>Importante definir condiciones de infraestructura de vivienda que además de contar con las zonas de accesibilidad, que las dimensiones de la vivienda permitan la movilidad de las personas en condiciones de discapacidad (pasillos, baños, habitaciones amplias, que puedan permitir el acceso de sillas de ruedas).</p>
	<p>Generar una normatividad que permita que los proyectos VIS sean diferenciales para población de procedencia rural o urbana, así como las características estructurales que las componen.</p>
	<p>Es necesario que el Estado genere acciones que favorezcan entornos seguros y con garantías, donde las familias víctimas puedan tener espacios seguros para</p>

	las familias con acompañamiento psicosocial, además del acompañamiento económico e infraestructura.
--	---

Capítulo 10. Sistema de Seguimiento y Evaluación del PDSP 2022-2031

El Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de dar cumplimiento a las competencias y obligaciones respecto al seguimiento, evaluación y gestión del conocimiento establecidas para el sector salud, en la ley 715 de 2001, ley 1122 de 2007, ley 1438 de 2011, la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y otras normativas vigentes, definió los mecanismos de seguimiento y evaluación para las acciones definidas en el PDSP 2012-2021, con el propósito de conocer los avances en el cumplimiento y logro de objetivos y metas. En este sentido, y como resultado de los ejercicios de seguimiento a metas e indicadores realizados por la Dirección de Epidemiología y Demografía, así como la evaluación de procesos e institucional del PDSP 2012-2021, realizada por la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales del MSPS; y los ejercicios de diagnóstico del componente de seguimiento y evaluación del PDSP 2012-2021 realizados por la Universidad de los Andes en el año 2021, se plantea la necesidad de fortalecer el Sistema de seguimiento y Evaluación para el decenio 2022-2031.

De tal forma que el Sistema de Seguimiento y Evaluación del PDSP 2022-2031 se instaura como un instrumento de gestión pública que tiene por objetivo brindar información oportuna a los formuladores y ejecutores de política pública en salud de manera rutinaria y constante en lo referente a la ejecución, logros de objetivos y metas del PDSP, tanto a nivel estratégico como operativo, mediante la recolección sistemática y periódica de datos y el análisis de información para la toma de decisiones; permitiendo identificar de forma anticipada cambios en el estado de la política, así como comportamientos no esperados en indicadores; lo que conlleva a recomendar ajustes en su implementación que garanticen el logro de los objetivos; la necesidad de acompañamiento a los actores involucrados; y establece las bases (identificación de aspectos críticos a analizar) para la evaluación del plan.

En ese sentido, el sistema de seguimiento y evaluación del PDSP 2022-2031 toma como base la gestión pública orientada a resultados, con el propósito de identificar la generación de valor público, utilizando así la cadena de valor⁴⁵ como estructura fundamental para su representación, la cual permite analizar integralmente el desempeño del plan, ya que posibilita la verificación del logro de los objetivos en términos de entrega de bienes y

⁴⁵ Que describe una 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 2018.

servicios que responden a las necesidades identificadas en el Análisis de situación de salud participativo y resultados alcanzados.

Este capítulo presenta en primera instancia, las definiciones de seguimiento y evaluación; en un segundo apartado, presenta lo relacionado con el proceso de seguimiento al PDSP 2022-2031, en cuanto a que se va a hacer, como se desarrollará y los actores involucrados; en un tercer apartado, se presenta el proceso de evaluación del PDSP 2022-2031, respecto a que se va a hacer, como se va a desarrollar y los actores involucrados; y finalmente, se presentan las metas trazadoras por cada eje estratégico así como las metas sanitarias del plan.

10.1 Definición

El seguimiento es “un proceso continuo y sistemático de recolección y análisis de información que permite determinar el grado de avance hacia las metas gubernamentales, de tal forma que retroalimente el ciclo de la gestión pública. Así, el modelo de seguimiento debe ser el resultado del mejoramiento comprensivo, verificación minuciosa y uso robusto de información sobre la obtención de productos y resultados con valor público...” (Departamento Nacional de Planeación, 2017)

La evaluación es el proceso que permite estimar si una intervención cumple o no con sus resultados, también mide la calidad de la intervenciones- entre otras el gasto- y puede ser un instrumento que alimente la toma de decisiones de política pública, así como sobre nuevas prioridades en la formulación e implementación de las intervenciones existentes. Al mismo tiempo, la evaluación constituye una buena práctica que puede responder a la demanda de mayor transparencia en el accionar público y a la rendición de cuentas (CEPAL, 2021).

Los componentes de seguimiento y evaluación del PDSP, son complementarios, dado que, el **seguimiento**, brindará insumos para la comprensión de la implementación del plan, aspectos facilitadores y limitantes, identificará alertas tempranas y aportará información del estado de avance en cada eje estratégico; y la **evaluación** generara información objetiva para enriquecer procesos, resultados o impactos de los ejes estratégicos del Plan; La evaluación contempla el diseño y los resultados obtenidos con la intervención, 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. (Departamento Nacional de Planeación, 2014) (Universidad de los Andes, 2021)

10.2 Alcance del Seguimiento del PDSP 2022-2031

El Sistema de Seguimiento proporcionará información veraz, confiable, continua, y oportuna sobre el avance de las metas (metas sanitarias de estructura, proceso y resultado y metas trazadoras de los ejes estratégicos) del PDSP 2022-2031 a nivel nacional y territorial, como insumo que oriente la toma de decisiones (estratégicas y operativas) por parte de los actores involucrados, permitiéndoles valorar y juzgar la efectividad en el logro de las estrategias y metas formuladas, así como el mejoramiento de los resultados en salud.

10.2.1 Seguimiento al PDSP 2022-2031

En cuanto a la configuración del seguimiento, se establece como punto de partida la identificación de las necesidades de la población en el análisis de situación de salud participativo, para definir respuestas integrales a través del marco estratégico del PDSP 2022-2031, el cual se encuentra conformado por siete ejes estratégicos que en su contenido establecen los resultados esperados y las estrategias a desarrollar, para dar paso a la definición de las metas trazadoras por cada eje estratégico y las metas sanitarias del plan (estructura, proceso y resultado).

De tal forma que el sistema de seguimiento se establece como un proceso continuo y sistemático de diseño, recolección y análisis de información que permitirá determinar el grado de avance del PDSP 2022-2031. Lo anterior posibilita: i) generar alertas tempranas que permitan los ajustes pertinentes para el logro de metas; ii) producir información pertinente y oportuna para la toma de decisiones; iii) fortalecer el proceso de rendición de cuentas.

A continuación, se presentan las etapas para el seguimiento al PDSP 2022-2031⁴⁶:

Etapa 1. Alistamiento

a. *Definición de metas e indicadores sectoriales del PDSP 2022-2031 por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.*

Las metas permitirán el seguimiento de las intervenciones que se van a desarrollar, con el propósito de dar cuenta de los fines establecidos para el plan, así como los objetivos planteados para cada uno de los ejes estratégicos. La meta hace referencia a cuánto se va a lograr, en cuanto tiempo y cuál será el cambio sobre la

⁴⁶ Estas etapas fueron tomadas de "Propuesta metodológica para el desarrollo técnico del sistema de monitoreo y seguimiento del PDSP 2022-2031" realizada por la Universidad del Andes para el Ministerio de Salud y Protección Social (2021) y adaptadas para este documento.

tendencia de los indicadores analizados. Su medición puede ser de carácter tanto cuantitativo como cualitativo, a través de diferentes tipos de indicadores.

Por su parte los indicadores, tomarán como referencia los productos y resultados definidos en la cadena de valor del PDSP, y en coherencia con las metas establecidas se selecciona la batería de indicadores a las cuales se hará seguimiento, estos indicadores deben contar con atributos de calidad⁴⁷, de tal forma que permitan la obtención de información pertinente y oportuna. (Departamento Nacional de Planeación, 2018). Dentro de los tipos de indicadores se encuentran los de estructura, proceso y los de resultado⁴⁸. (Departamento Nacional de Planeación, 2018). De igual forma, es importante contar con una ficha técnica, que defina toda la información inherente al indicador.

b. Socialización del Ministerio de Salud y Protección Social a otros ministerios y departamentos administrativos —participantes de la Comisión Intersectorial de Salud Pública— de los ejes estratégicos del PDSP 2022-2031.

A través del espacio de la comisión intersectorial de salud pública, se presentan los resultados (metas) esperados con la implementación del Plan Decenal de Salud Pública, así como la batería de indicadores que van a permitir monitorear el cumplimiento de las metas, acompañado del proceso de análisis del comportamiento de los mismos, que está relacionado con las acciones planteadas y desarrolladas desde el nivel nacional, territorial, sectorial e intersectorial a través del seguimiento a la implementación del Plan Nacional de Desarrollo y los planes territoriales de salud.

c. Definición de metas e indicadores intersectoriales del PDSP 2022-2031 a nivel nacional, validado por las Oficinas de Planeación de las entidades cabeza de sector. Incluyendo los responsables y recursos definidos para estos.

d. Construcción de fichas técnicas de los indicadores definidos por el MSPS y de los seleccionados por las entidades del orden nacional (incluye responsable de meta), validadas por las Oficinas de Planeación de las entidades cabeza de sector, con acompañamiento del Ministerio de Salud y Protección Social.

e. Revisión y aprobación del Ministerio de Salud y Protección Social de las propuestas de fichas técnicas

⁴⁷ Conocidos como criterios CREMA: Claro, relevante, económico, medible, adecuado y sensible (DNP, 2018)

⁴⁸ aquellos que cuantifican los efectos relacionados con la intervención pública; dichos efectos pueden ser incididos por factores externos y no necesariamente se producen directamente por la intervención pública. De esta forma, estos indicadores miden los cambios de percepción, conocimiento, condiciones de bienestar, entre otros

Esta revisión y aprobación de fichas técnicas se realiza de acuerdo con las orientaciones técnicas definidas por el Departamento Nacional de Planeación, la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales y la Dirección de Epidemiología y Demografía del Ministerio de Salud y Protección Social.

- f. **Cargue de las fichas técnicas aprobadas en el aplicativo generado para el seguimiento al PDSP 2022-2031**, en articulación con la Oficina de Tecnologías de la Información y la Comunicación-OTIC.

Etapa 2. Desarrollo del seguimiento

- a. **Reporte cuantitativo** (según periodicidad definida en la ficha técnica) y **cuantitativo** (trimestralmente) del avance (logro) del indicador —frente a metas sectoriales e intersectoriales— por el responsable de la meta, a nivel nacional y territorial.
- b. **Revisión y aprobación del reporte cuantitativo** (según periodicidad definida en la ficha técnica) y **cuantitativo** (trimestralmente) del avance (logro) del indicador — frente a metas sectoriales e intersectoriales— **por la Oficina de Planeación de la entidad cabeza de sector**
- c. **Revisión**, y en el caso de ser necesario solicitar ajustes, del reporte cuantitativo y cuantitativo del avance del indicador **por parte del Ministerio de Salud y Protección Social**
- d. **Cargue en el Sistema de Seguimiento** del reporte de avance del indicador, por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.
- e. **Generación de reportes de avance de metas e indicadores del plan y socialización**, en articulación con las diferentes dependencias del Ministerio de Salud y Protección Social, para lo cual se podrán utilizar los siguientes mecanismos:
 - i) Elaboración anual de un informe técnico que dé cuenta de los avances alcanzados por las metas e indicadores del PDSP 2022-2031, basado en los reportes de información registrada. Este informe deberá ser socializado tanto a nivel interno del Ministerio de Salud y Protección Social, a nivel territorial, como a los diferentes actores involucrados.
 - a) Definición y uso de tablero de control: entendido este como una herramienta gerencial que permite visualizar de forma estandarizada y organizada las metas

e indicadores establecidas en el PDSP 2022-2031, así como los análisis de alertas tempranas sobre el logro de estas; y que tiene como funciones principales: i) generar información pertinente para la acertada toma de decisiones de política pública; ii) generar alertas tempranas (semáforos) para asegurar la consecución de las metas gubernamentales; iii) aumentar la transparencia y la rendición de cuentas al interior del Gobierno; iv) evaluar el desempeño de ministerios, departamentos administrativos y otras agencias del Gobierno; v) generar información para hacer la gestión pública más efectiva. (Departamento Nacional de Planeación, 2018)

- f. **Remitir los reportes de avance**, por el Ministerio de Salud y Protección Social, a las entidades y responsables de meta, que brinde información para el ciclo de mejora continua.
- g. **Producir insumos técnicos del estado de avance del PSDP 2022-2031** para socializar a la Secretaría Técnica de la Comisión Intersectorial de Salud Pública.

10.2.2 Seguimiento a los Planes Territoriales de Salud- PTS

El Plan Territorial de Salud (PTS) es el instrumento de política pública en salud, que establece los resultados deseados en un gobierno a través de la definición de estrategias y acciones a realizar y su implementación, contribuye al logro de los resultados definidos en el PDSP, por lo anterior, se hace necesario alinear y complementar los reportes del seguimiento a metas e indicadores territoriales, con el reporte del nivel nacional. Teniendo en cuenta lo anterior, para la captura, procesamiento, análisis y entrega de información, se generarán salidas parametrizadas, bajo representación de tableros de control, que permita identificar el estado de avance del cumplimiento de los objetivos y las metas del PDSP 2022-2031. Así mismo, el Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los lineamientos y orientaciones que brindará información relacionada con la estructura, procesos y actores involucrados a este respecto.

10.2.3 Actores involucrados en el Seguimiento

A continuación, se definen los actores claves del seguimiento a nivel nacional y territorial.

A nivel nacional

El Ministerio de Salud y Protección Social será el líder estratégico y técnico, administrador operativo y tecnológico del sistema con las siguientes responsabilidades:

- Definir e implementar el Sistema de Seguimiento del PDSP 2022-2031
- Realizar seguimiento y reporte de indicadores del PDSP 2022-2031
- Generar lineamientos que orienten a las entidades territoriales en el seguimiento al PTS alineado con el seguimiento al PDSP.
- Establecer los mecanismos de articulación entre el sistema de seguimiento y el sistema de evaluación del PDSP 2022-2031

- Realizar los ajustes en la implementación del PDSP 2022-2031

La Superintendencia Nacional de Salud

- Realizar acciones de vigilancia y control tomando como insumo los resultados del sistema de seguimiento y evaluación del PDSP

El Departamento Nacional de Planeación-DNP

- Realizar seguimiento a los indicadores SINERGIA, tomando los indicadores utilizados en el sistema de seguimiento del PDSP

La Comisión Intersectorial de Salud Pública-CISP o quien haga sus veces

- Contribuir con el seguimiento del PDSP 2022-2031 en el marco de la intersectorialidad
- Generar recomendaciones frente a la implementación del plan de acuerdo con los resultados obtenidos por el sistema de seguimiento.

A nivel territorial

Entidades territoriales - Departamentales, Distritales y Municipales

- Realizar seguimiento y reporte de los indicadores (de resultado, de producto, de proceso) del Plan Territorial de Salud acompañado de un análisis participativo a los procesos de implementación y los resultados del indicador para plantear acciones de fortalecimiento y/o redireccionamiento de las mismas.
- Realizar ajustes en la implementación del Plan Territorial de Salud de acuerdo con los resultados del sistema de seguimiento
- Velar por el cargue de información de los actores de su jurisdicción y hacer seguimiento al cumplimiento de las metas que se les atribuya a estos actores.

A nivel institucional

Entidades administradoras de Planes de Beneficios-EAPB

- Realizar seguimiento y reporte de los indicadores (de resultado y de producto,) del PDSP 2022-2031
- Realizar el cargue de la información

Administradoras de Riesgos Laborales

- Realizar seguimiento y reporte de los indicadores (de resultado y de producto,) del PDSP 2022-2031

A nivel nacional y territorial

Órganos de Control

- Realizar acciones de IVC tomando como insumo los resultados del sistema de seguimiento y del sistema de evaluación del plan

Comunidad en general

- Participar en los espacios de análisis al comportamiento de los indicadores y las acciones realizadas para el cumplimiento de los mismos.
- Realizar control político basado en los resultados del sistema de seguimiento del plan

Academia: Universidades y centros de pensamiento

- Generación de conocimiento

10.3 Alcance de la Evaluación del PDSP 2022-2031

La evaluación como una de las etapas del ciclo de políticas públicas se constituye en “un elemento fundamental que permite la identificación, clarificación y aplicación de criterios defendibles para determinar el valor de una política, programa o proyecto público en relación con dichos criterios” (Procuraduría General de la Nación, 2021), para este caso del PDSP 2022-2031.

Teniendo en cuenta lo anterior, y con el fin de identificar aspectos que determinan si se han logrado los objetivos y metas planteadas, así como aquellos que pueden ser facilitadores en la implementación del plan o que dificultan su ejecución, y que por tanto implican el establecimiento de alertas que llevan a plantear ajustes necesarios para dar continuidad al proceso y permiten la toma de decisiones basada en evidencia, se hace necesario el desarrollo de diversos tipos de evaluación: proceso, institucional, resultados e impacto.

A continuación, se presentan las definiciones y objetivos de cada uno de los tipos de evaluación:

Tabla 11. Tipos de evaluación

Tipo de evaluación	Definición y objetivo
	Es un tipo de evaluación, concentrado en el segundo eslabón de la cadena de valor (procesos), en el cual

<p>Procesos</p>	<p>se identifican las relaciones que cada una de las actividades requiere para producir un bien o servicio.</p> <p>Objetivo: <u>Determinar el grado de cumplimiento de los procesos y las estrategias definidas en los ejes estratégicos del PDSP 2022-2031.</u> <u>Permitirá identificar los factores que facilitan y dificultan la implementación de los macro y micro procesos, tanto en el nivel nacional, como en el territorio, al enfocarse en los procesos operativos que se desarrollen en el marco del Plan y comparar su avance frente a las metas establecidas.</u></p>
<p>Institucional</p>	<p>Es un tipo de evaluación que permite medir el grado de capacidad institucional que se tiene para llevar a cabo determinado programa.</p> <p>Objetivo: <u>Determinar el grado de capacidad institucional existente para la implementación del PDSP 2022-2031, evaluando los roles e incentivos de los actores involucrados, tanto a nivel nacional, como a nivel territorial.</u></p> <p><u>Será útil para valorar el esquema de gobernanza definido e identificar los factores que facilitan y que dificultan la articulación sectorial, intersectorial y entre los diferentes niveles de gobierno, lo cual resulta fundamental</u></p>
<p>Resultados</p>	<p>Es un tipo de evaluación que se utiliza para estudiar los cambios en las condiciones de los beneficiarios como consecuencia (directa o indirecta, atribuible o no) de los productos entregados por una intervención en un horizonte de corto y mediano plazo</p> <p>Objetivo: <u>Analizar si se cumplen las metas planteadas y si los resultados serán sostenibles en el tiempo, sin establecer una relación causal entre los cambios y la implementación del PDSP 2022-2031</u></p>
<p>Impacto</p>	<p>Es un tipo de evaluación que se utiliza para medir el impacto o efecto de un programa en un grupo de individuos, hogares o instituciones y examinar si esos efectos son atribuibles específicamente a la intervención del programa</p>

Fuente: Adoptado de Guías Metodológicas Sinergia- Guías para la evaluación de políticas públicas. DNP (2012) y de Propuesta metodológica para el desarrollo del sistema de monitoreo y seguimiento del PDSP 2022-2031. Universidad de los Andes para el Ministerio de Salud y Protección Social (2021)

Para el desarrollo de las evaluaciones al PDSP 2022-2031, se plantea utilizar como metodología una aproximación de métodos mixtos (cuantitativo y cualitativo)⁴⁹ que triangule fuentes de información primarias y secundarias, de tal forma que se logre el mayor provecho de la información disponible y recolectada para tener un análisis profundo de los factores que facilitan la implementación y los factores que la dificultan. Adicionalmente, es importante señalar que es recomendable que la evaluación se diseñe de manera participativa, con el fin de garantizar la legitimidad y la calidad, tanto del diseño, como en los resultados.

Aunado a lo anterior se establece que las evaluaciones ya presentadas deben ser incluidas en la Agenda de Evaluaciones del Departamento Nacional de Planeación⁵⁰, lo que permitirá enfatizar su carácter estratégico para la toma de decisiones, además de contar con el acompañamiento del ente rector a nivel nacional en términos de evaluaciones, y de evitar sesgos al realizar las evaluaciones al interior del Ministerio de Salud y Protección Social.

Teniendo en cuenta que las evaluaciones ya mencionadas al PDSP 2022-2031, servirán para la toma de decisiones durante su implementación, así como insumo para la formulación de próximos planes de desarrollo y planes territoriales de salud y del próximo plan decenal de salud pública, a continuación, se presenta la línea de tiempo para su desarrollo.

Gráfico 13. Periodicidad de las evaluaciones del PDSP 2022-2031



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

⁴⁹ Planteamiento tomado de "Propuesta metodológica para el desarrollo del sistema de monitoreo y seguimiento del PDSP 2022-2031. Universidad de los Andes para el Ministerio de Salud y Protección Social (2021)

⁵⁰ Que indica las políticas estratégicas que se van a evaluar durante una vigencia fiscal determinada (DNP, 2014)

10.4 Metas sanitarias del PDSP 2022-2031

Como se mencionó anteriormente, las metas del PDSP 2022-2031 se plantean como aquellos propósitos que se quieren alcanzar para dar respuesta a las necesidades de la población colombiana en términos de salud en el transcurrir de diez años de su implementación. Es importante mencionar que estas metas son el resultado del diálogo entre diferentes actores que desde su experticia aportaron para su definición. De igual forma, se hace énfasis en que las metas de carácter intersectorial serán trabajadas en el marco de la Comisión Intersectorial de Salud Pública-CISP o quien haga sus veces. A continuación, se presentan las metas estratégicas para el PDSP 2022-2031, así como las metas de resultados en salud. Las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal definirán en sus planes territoriales de salud los productos, actividades y recursos necesarios para alcanzar las metas estratégicas del PDSP 2022-2031 de acuerdo con las necesidades y particularidades territoriales y poblacionales.

Tabla 12. Metas estratégicas

EJES ESTRATEGICOS	METAS
Gobernabilidad y Gobernanza de la Salud Pública	A 2031 el 100 % de las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal han desarrollado procesos de ajuste institucional para el fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria y la apropiación territorial del modelo de salud basado en la atención primaria.
	A 2031 el 100% de las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal han establecido una red de relaciones y decisiones para la garantía del derecho fundamental a la salud en su territorio.
	A 2031 el 100% de las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal garantizan el derecho a la participación social de acuerdo con las competencias establecidas en la política de participación social en salud.
	A 2031 el 100% de las Entidades territoriales departamentales y distritales contarán con una participación de organizaciones de base comunitaria y estructuras o formas de cuidado provenientes de saberes populares, tradiciones culturales, y saberes propios de pueblos y comunidades étnicas como parte de la red integral e integrada territorial de salud según

	<p>disposiciones del Ministerio de Salud y protección Social.</p> <p>A 2031 el 100% de los escenarios de participación existentes en los departamentos, distritos y municipios inciden en la gestión y la toma de decisiones en la inversión pública del sector salud y la garantía del derecho fundamental a la salud.</p>
<p>Pueblos y comunidades, género-diversidades, condiciones y situaciones</p>	<p>A 2031 el 100% de entidades territoriales Departamentales, Distritales y Municipales que tienen en su territorio pueblos y comunidades indígenas, comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y pueblo Rrom han establecido acuerdos para la garantía del derecho fundamental a la salud y la respuesta a las necesidades de la salud propia e intercultural.</p>
	<p>A 2031 el 100% de entidades territoriales Departamentales, Distritales y Municipales que tienen en su territorio pueblos y comunidades indígenas, comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y pueblo Rrom integran en sus planes territoriales de salud los acuerdos resultantes para la garantía del derecho fundamental a la salud y la respuesta a las necesidades de la salud propia e intercultural.</p>
<p>Determinantes Sociales de la Salud</p>	<p>A 2031 el 100% de los Departamentos, Distritos y Municipios del País integran en su Planes de Desarrollo Territoriales estrategias para afectar de manera positiva los determinantes sociales de la salud en sus territorios.</p>
	<p>A 2031 las Entidades Municipales, Departamentales y Distritales responden a las necesidades en salud de la población con participación de los actores estratégicos del territorio.</p>
<p>Atención Primaria en Salud</p>	<p>A 2031 se fortalecerá por lo menos el 50 % de la infraestructura pública en salud que se identifique y priorice para incrementar la oferta equitativa de servicios de baja, mediana y alta complejidad fortaleciendo la atención primaria en salud.</p>
	<p>A 2031 el 100% de los Departamentos y Distritos tendrán en operación una red integral e integrada territorial de salud conforme al</p>

	<p>modelo de salud basado en la atención primaria.</p> <p>A 2031 operarán en el territorio nacional el 100% de los equipos básicos interdisciplinarios proyectados con base en las dinámicas poblacionales y territoriales para el fortalecimiento del modelo de salud basado en la atención primaria.</p>
Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias	<p>A 2031 se establecerán en el 100% de los Departamentos y Distritos, sistemas de alerta temprana para la identificación del riesgo por el cambio climático y la posible vulnerabilidad de la población desde un enfoque territorial.</p> <p>A 2031 se fortalecerán en el 100% de los Departamentos y Distritos, las capacidades de los profesionales del sector salud en lo relacionado con los posibles efectos de la variabilidad y el cambio climático.</p> <p>A 2031 se incorporará en el 100% de los Departamentos y Distritos, el Plan de gestión integral de riesgos de emergencias y desastres en salud (PGIRED)</p>
Conocimiento en Salud Pública y Soberanía Sanitaria	<p>A 2031 se fortalecerá en el 100% de los territorios la apropiación social del conocimiento en salud pública y el desarrollo de investigaciones que den respuesta a las necesidades en salud de cada territorio</p> <p>A 2031 se fortalecerán en el 100% de los Departamentos y Distritos las capacidades técnicas y de investigación en salud pública del personal de salud.</p> <p>A 2031 en el 100% de los departamentos y distritos se fortalecerá la generación, recuperación y divulgación de conocimientos científicos, conocimientos tradicionales y saberes ancestrales.</p> <p>A 2031 estarán en producción el 80 % de las Tecnologías Estratégicas en Salud (TES) para enfermedades desatendidas, huérfanas, tropicales, y transmitidas por vectores, entre otras priorizadas.</p> <p>A 2031 se logrará el abastecimiento del 80% de las tecnologías estratégicas en salud de difícil consecución.</p>
Personal de Salud	<p>Aumentar la densidad a 44,5 profesionales de la salud por 10.000 habitantes en municipios</p>

	con alta dispersión descritos en la resolución 2809 de 2022
	Reducir a la mitad la brecha de ingresos entre profesionales de la salud que realizan actividades en municipios con alta dispersión con respecto a zonas urbanas y entre los géneros.
	Reducir en un 50% la brecha territorial del THS entre áreas urbanas y rurales
	Incrementar al doble el número de cargos de planta de las Entidades territoriales de orden departamental, distritales y municipales contribuyendo al fortalecimiento de la autoridad sanitaria y la salud pública
	Incrementar al doble el número de cargos de planta para el Talento Humano en Salud que realiza la prestación de los servicios de salud en las Empresas Sociales del Estado
	Se contará con al menos un promotor de salud por cada Equipo Básico de Salud reconocidos por las comunidades, formados y vinculados en el marco del fortalecimiento del Modelo de Salud basado en la Atención Primaria en Salud.
	Lograr que el 100% de las Entidades Departamentales y Distritales creen una unidad para la planificación y gestión del Talento Humano en Salud adscrita a la secretaria de salud correspondiente

Las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal definirán en sus planes territoriales de salud los productos, actividades y recursos necesarios para alcanzar las metas de resultados en salud priorizadas a partir del Análisis de Situación de Salud – ASIS participativo, de acuerdo con las necesidades y particularidades territoriales y poblacionales.

Tabla 13. Metas de resultados en salud

META	LINEA DE BASE	AÑO
A 2031, reducir a 32 por 100.000 nacidos vivos la razón de mortalidad materna	50,7	2019
A 2031, reducir a 13,5 por cada 1.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad perinatal	15	2020

A 2031, reducir a 6 por cada 1.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad neonatal	6,7	2020
A 2031, mantener en < 9% la proporción de Bajo Peso al Nacer	9,1	2020
A 2031, reducir a 15,3 por mil nacidos vivos la tasa de mortalidad infantil	17,34	2019
A 2031, se logra reducir la tasa de incidencia de la sífilis congénita (incluidos los mortinatos) a 0,5 casos o menos por cada 1.000 nacidos vivos	2,8 por mil nacidos vivos (incluidos los mortinatos)	2020
A 2031, se logra mantener el porcentaje de transmisión materno infantil del VIH al 2% o menos, en niños y niñas menores de 2 años	2%	2018
A 2031, reducir en 50% la tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años	13,4	2019
A 2031, reducir en 50% la tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años	5,91	2019
A 2031, reducir a 5 por cada 100.000 menores de 5 años la tasa de mortalidad asociada a desnutrición aguda.	6,75 por 100.000 menores de 5 años	2020
A 2031, reducir a 10,3 por mil nacidos vivos la tasa de mortalidad en menores de 5 años	14,6	2022
A 2031, el 40% de los niños menores de 6 meses tienen lactancia materna exclusiva	36,10%	20,15
A 2031, contar con 600 Entidades públicas y empresas que según la Ley 1823 de 2007, adaptan espacios para la implementación de las salas de lactancia materna en el entorno laboral.	348	2021
A 2031, disminuir 20% la prevalencia por retraso en talla en menores de 5 años.	10,8	2015
A 2031, reducir en un 20% la prevalencia de anemia en los niños, niñas menores de 5 años	24,7	2015
A 2031, Colombia logrará coberturas útiles de vacunación (95% -biológicos trazadores).	<p>Niños y niñas recién nacidos con Hepatitis B: 88,6%</p> <p>Niños y niñas menores de un año tercera dosis de pentavalente:93.5%</p> <p>Niños y niñas de 12 a 23 meses primera dosis de triple viral:94,5%</p> <p>Niños y niñas de 5 años segundo refuerzo de DPT: 89,1%</p>	2019

Al 2031, Colombia mantendrá la implementación de los planes orientados a la erradicación de poliomelitis, eliminación de Sarampión y Rubeola, control y eliminación de eventos inmunoprevenibles, Síndrome de Rubeola Congénita, Tétanos Neonatal, Fiebre Amarilla, Difteria, Tuberculosis Meníngea, Hepatitis A, B y C, Neumococo, Haemophilus influenzae tipo B, Meningococo, diarreas por Rotavirus, Tos ferina, Parotiditis e Influenza, eliminación de la transmisión materno infantil de la hepatitis B.	1	2021
A 2031, Colombia aumentará a un 90%, la cobertura de vacunación de VPH en mujeres entre los 9 a 17 años	36,2 Cobertura de niñas de 9 años: 34,1 Cobertura de niños de 9 años: Sin dato	2021
A 2031, disminuir la tasa específica de fecundidad adolescente de 10 a 14 años a cero nacimientos por cada 1.000 niñas de 10 a 14 años.	2,21	2020
A 2031, disminuir la tasa específica de fecundidad adolescente de 15 a 19 años a menos de 40 nacimientos por cada 1000 mujeres adolescentes de 15 a 19 años.	54,42	2020
A 2031, Colombia reducirá a menos del 14 % el porcentaje de embarazos subsiguientes en adolescentes de 15 a 19 años.	24	2020
A 2031, la prevalencia del uso actual de métodos anticonceptivos de larga duración reversibles en mujeres de 13 a 49 años será superior al 25 %.	14%	2015
A 2031, el 70% de las mujeres entre 25 y 29 años son tamizadas para cáncer de cuello uterino con citología cervicouterina.	51.13% En procesamiento Resolución 202/21 - RIPS	2020
A 2031, el 55% de hombres entre 50 y 75 años son tamizados para cáncer de próstata	En procesamiento	2021
A 2031, el 40% de personas entre 50 y 75 años son tamizadas para cáncer de colon y recto con sangre oculta en heces por inmunoquímica	1.8 En procesamiento Resolución 202/21 - RIPS	2020
A 2031 incrementar a 60% la proporción de casos de cáncer de mama detectados en estadios tempranos I a IIA	Estadio I y II: 49.38%	2020
A 2031, el 70% de las mujeres de 30 a 65 años son tamizadas para cáncer de cuello uterino con pruebas de ADN-VPH	51.13% En procesamiento Resolución 202/21 - RIPS	2020
A 2031, el 70% de las mujeres de 50 a 69 años son tamizadas para cáncer de mama con mamografía bienal.	23.87% En procesamiento Resolución 202/21 - RIPS	2020

A 2031, incrementar por encima del 50% la proporción de casos de cáncer de colon y recto diagnosticados en estadios tempranos	30,82	2020
A 2031, se garantiza que entre la sospecha médica y la confirmación diagnóstica de cáncer de colon y recto transcurran en promedio 30 días o menos	42,35 días	2020
A 2031 incrementar a 69% la proporción de casos de cáncer de próstata diagnosticados en estadios tempranos	LB: 67,46 CAC (estadios I y II)	2020
A 2031, se garantiza que entre la confirmación diagnóstica y el inicio de tratamiento de cáncer de colon y recto transcurran en promedio 30 días o menos	61,64 días	2020
A 2031, reducir la tasa ajustada de mortalidad por cáncer de colon y recto a 5 por 100.000 habitantes	6,6 x 100.000 hab.	2020
A 2031, se garantiza que entre la sospecha médica y la confirmación diagnóstica de cáncer de cuello uterino transcurran en promedio 30 días o menos	En procesamiento	2020
A 2031, se garantiza que entre la confirmación diagnóstica y el inicio de tratamiento de cáncer de cuello uterino transcurran en promedio 30 días o menos	79,13 días	2020
A 2031, reducir la tasa ajustada de mortalidad por cáncer de cuello uterino a 5,5 por 100.000	7,04 x 100.000 mujeres	2020
A 2031, se garantiza que entre la confirmación diagnóstica y el inicio de tratamiento de cáncer de mama transcurran en promedio 30 días o menos	70,25 días	2020
A 2031, mantener la tasa ajustada de mortalidad por cáncer de mama en 14 por 100.000	14,42 x 100.000 hab.	2020
A 2031, se garantiza que entre la sospecha médica y la confirmación diagnóstica de cáncer de próstata transcurran en promedio 30 días o menos	En procesamiento	2020
A 2031, se garantiza que entre la confirmación diagnóstica y el inicio de tratamiento de cáncer de próstata transcurran en promedio 30 días o menos	Tasa ajustada para la edad LB: 87,66 días CAC	2020
A 2031, reducir a 10,9 casos por 100.000 habitantes la mortalidad de cáncer de próstata	13,8 x 100.00hab.	2020
A 2031, mantener la tasa ajustada de mortalidad por melanoma en 0,7 por 100.000 habitantes	Tasa de mortalidad 0,75	2019
A 2031, reducir la tasa ajustada de mortalidad por cáncer de pulmón a 7 por 100.000 habitantes	Tasa de mortalidad por tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón: 9,16	2019
A 2031, se reducirá la tasa ajustada de mortalidad por cáncer infantil a menos de 4,00 x 100000 niños, niñas y adolescentes	4,41x100.000 hab.	2020

A 2031, garantizar al 50% que las personas con cáncer accedan a consulta inicial de cuidado paliativo**	138.000 casos nuevos	2020
A 2031 garantizar la supervivencia global en niños, niñas y adolescentes con leucemias por encima del 70%.	57,7	2012-2016
A 2031, reducir la mortalidad prematura por ENT en un 25% en la población de 30 a 70 años.	238,76x100.000 hab.	2020
A 2031, reducir la prevalencia de consumo de tabaco en población general de 12 a 65 años por debajo de 6%	9,75% en población entre 12 y 65 años	2019
A 2031, triplicar los impuestos específicos indexados al IPC para productos de tabaco y sus derivados.	\$2.800 por cajetilla de 20 unidades.	2021
A 2031, Colombia aumentará la edad de inicio de consumo de sustancias ilícitas a más de 14 años en población en edad escolar.	13.6 años	2016
A 2031, Colombia aumentará la edad inicio de consumo de alcohol a más de 14 años en población en edad escolar.	12.85 años	2016
A 2031, Colombia reducirá en 10% la prevalencia de último año el consumo de marihuana en población escolar	7,97	2016
A 2031, Colombia disminuirá en 10% la prevalencia año del consumo de alcohol en población escolar.	59,59	2016
A 2031, la prevalencia de caries se reduce al menos en 10 puntos porcentuales en primera infancia, en infancia y en adolescencia.	ENSAB IV 2013-2014 33,84% Primera Infancia 37,45 Infancia (12 años) 44,49 Adolescencia (15 años)	2014
A 2031, las personas sin pérdida dental (dentición permanente) por enfermedad bucodental prevenible, se incrementa en 5 puntos porcentuales (mínimo) en las edades de 20-34 años; 35-44 años; 45-64 años y 65-79 y más años	ENSAB IV 2013-2014 Prevalencia de perdida dental: 20-34 años: 45,49% 35-44 años: 82,69% 45-64 años: 95,32% 65-79 años: 98,90%	2014
A 2031 el 30% de los niños y niñas entre 3 y 5 años cumplen las recomendaciones de actividad física a través del juego activo	25,60%	20,15
A 2031, incrementar el 10% de los niños y niñas entre 6 y 12 años cumplan las recomendaciones de actividad física	31,10%	20,15
A 2031, el 17.3% de los adolescentes cumplen las recomendaciones de actividad física	13,40%	20,15
A 2031, el 25% de la población entre 18 y 64 años cumple las recomendaciones de actividad física en tiempo libre	22,50%	2015

A 2031, el 100% de las entidades territoriales habrán implementado la Política Integral de Salud Ambiental (PISA)	0	2022
A 2031, el 80% de los municipios contará con la Certificación Sanitaria expedida mediante el Sistema de Información de la Vigilancia de la Calidad del Agua para Consumo Humano-SIVICAP	41%	2020
A 2031, el 100% las DTS departamentales, distritales y municipios habrán implementado las estrategias de Entornos Saludables	0	2022
A 2031, se formularán acciones de adaptación en promoción de la salud y prevención de la enfermedad que aporten a reducir los casos de enfermedades sensibles al clima en el 100% de las Entidades Territoriales en el sector salud, del nivel departamental, distrital y estarán implementadas en un 40% de éstas.	0	2022
A 2031, en el 100 % de las entidades territoriales departamentales y distritales implementarán el Plan Nacional de Gestión Enfermedades Huérfanas/Raras	0	2022
A 2031, el 15% de municipios logran condiciones de eliminación de enfermedad de Chagas congénito acorde a los lineamientos emitidos por la OPS	0	2021
A 2031 se alcanzarán coberturas de desparasitación masiva para el complejo teniasis/cisticercosis en la población en riesgo de cada foco priorizado, de al menos el 80% en cada ronda anual de tratamiento.	0	2021
A 2031, se reducirá la letalidad acumulada (2022-2031) por dengue a menos del 0,1%.	0,13%	2012-2020
A 2031, se reduce 20% la letalidad acumulada (2022-2031) por enfermedad de Chagas agudo.	7,50%	2012-2021
A 2031, 130 municipios han logrado la certificación internacional de la interrupción de la transmisión de T. cruzi por vectores domiciliados acorde a los lineamientos emitidos por la OPS.	66 municipios	2021
A 2031 departamentos y distritos con población en riesgo, logran alcanzar y mantener las coberturas anuales de desparasitación antihelmíntica iguales o superiores al 75%, en niños elegibles en edad preescolar y escolar.	Escolar de 5 a 14 años 54,77% Preescolares (1 a 4 años): 0%	2019
A 2031, el 100% de las IPS de mediana y alta complejidad, implementan las estrategias de prevención y control de las IAAS y RAM, en todos sus componentes.	20%	2021
A 2031, 70% de las personas que son confirmadas por banco de sangre para HTLV, VIH, Hepatitis B y C, enfermedad de Chagas y sífilis acceden a la atención integral en salud.	HTLV: 321, VIH: 903, HepB:193, Hep C: 77,, Enfermedad de Chagas: 590, Sífilis 344	2021

A 2031, el 20% de los municipios de los focos de leishmaniasis visceral logran condiciones de eliminación como problema de salud pública acorde a los lineamientos emitidos por la OPS.	0 de 47 municipios.	2021
A 2031, se reduce el 15% los casos de Leishmaniasis cutánea acumulados (2022-2031) en menores de 10 años de edad.	9,50%	2012 -2019
A 2031, se logra disminuir en un 50% la tasa de discapacidad grado severo en las personas con diagnóstico nuevo de lepra.	0,58 x 1,000.000 hab	2021
A 2031, se logra disminuir en un 50%, la tasa de incidencia de lepra o enfermedad de Hansen	0,07 x 10,000 hab	2021
A 2031, se reduce en 40% las muertes por malaria en el periodo 2022- 2031.	196 muertes	2012-2020
A 2031, 30% de municipios endémicos para malaria pasan de categoría de riesgo 4 a 3	Los municipios clasificados con: Estrato 1: 377 municipios Estrato 2: 77 municipios sin población a riesgo de malaria. Estrato 3: 206 municipios Estrato 4: 390 municipios Estrato 5: 72 municipios	2021
A 2031, 25% de municipios endémicos para malaria pasan de categoría de riesgo 5 a 4	72 municipios: riesgo 5 390 municipios riesgo 4	2021
A 2031, el 100% de los departamentos endémicos realizan la caracterización epidemiológica y serológica del pian y se realizan intervenciones.	0	2020
A 2031, 30% de departamentos desarrollan acciones de control relacionadas con la rabia humana asociada a los linajes del ciclo silvestre.	0 departamentos y municipios	2021
A 2031, 50% de departamentos y distritos logran condiciones de eliminación de la rabia humana transmitida por perros.	0 departamentos y municipios	2021
A 2031, el 100% de las entidades territoriales departamentales, endémicas para tracoma, logran cada año coberturas de administración masiva de azitromicina iguales o superiores al 80% según lineamiento nacional	0%	2021
A 2031, se reducirá el 20% la prevalencia anual acumulada de personas con Triquiiasis Tracomatosa (TT)	0,29 x 1000 hab	2021
A 2031, se logra el 90% de tratamiento exitoso en pacientes con tuberculosis	71%	2020
A 2031, se logra reducir el 50% la tasa de mortalidad por 100mil habitantes, causada por la tuberculosis en Colombia.	1,93 x 100,000 habitantes	2020

A 2031, mantener la tasa de mortalidad de suicidio por debajo de 5	5,5 por 100.000 habitantes	2020
A 2031, disminuir la tasa de homicidios a 16,4 por 100.000 habitantes.	24,37 x 100.000 habitantes	2020
A 2031, disminuir la tasa de violencia interpersonal a 230 por 100.000 habitantes	240 por 100.000 Habitantes	2021

CONFIDENCIAL

Capítulo 11. Sostenibilidad Financiera del PDSP 2022-2031

11.1 Contexto de la Financiación del Sistema de Salud en Colombia

11.1.1 Financiamiento del Sistema de Salud al Nivel Territorial

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) colombiano está fundamentado sobre los principios de eficiencia, universalidad, integralidad y solidaridad, entre otros, y busca garantizar el mayor estado de salud de todos los colombianos con el uso eficiente de los recursos financieros. En este sentido, las Leyes 100 de 1993, 715 de 2001, 1122 de 2007, 1438 de 2011 y 1797 de 2016, entre otras, señalan las fuentes y usos de los recursos del SGSSS.

Las Leyes 223 de 1995, 643 de 2001, 1393 de 2010, 1438 de 2011, 1816 de 2016 y 1819 de 2016 establecieron las fuentes de financiación de los Departamentos, Distritos y Municipios para dar cumplimiento a las competencias en salud de la Ley 715 de 2001, entre las que se encuentran los recursos derivados de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar; el impuesto al consumo de licores, vinos, aperitivos y similares; el impuesto al consumo de cigarrillos, tabaco y elaborados; el impuesto al consumo de cerveza y sifones; los cuales son complementarios a las asignaciones del Sistema General de Participaciones del componente de salud y los recursos de libre destinación.

11.1.2 Sistema General de Participaciones

El Sistema General de Participaciones -SGP corresponde a los recursos que la Nación transfiere por mandato de los artículos 356 y 357 de la Constitución Política a las entidades territoriales (departamentos, distritos y municipios) y a los resguardos indígenas, para la financiación de los servicios a su cargo en salud, educación, y servicios públicos domiciliarios de agua potable y saneamiento básico. Respecto de la participación de Salud, el artículo 47 de la Ley 715 de 2001, modificado por el artículo 233 de la Ley 1955 de 2019 determina que a partir del 1 de enero de 2020 la destinación de estos recursos es de la siguiente manera:

“Artículo 47. Distribución de los recursos del sistema general de participaciones. Los recursos del Sistema General en Participaciones en Salud se destinarán y distribuirán en los siguientes componentes:

- 1. El 87% para el componente de aseguramiento en salud de los afiliados al Régimen Subsidiado.*

2. El 10% para el componente de salud pública y el 3% para el subsidio a la oferta”.

Así mismo, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 85 de la Ley 715 de 2001, al Departamento Nacional de Planeación -DNP le compete la responsabilidad de realizar la distribución de los recursos del SGP de acuerdo con los criterios definidos por la ley y la información para cada componente del sistema, certificada por las entidades competentes.

En este contexto, a continuación, se describe la destinación de los recursos del Sistema General de Participaciones para el sector salud, así:

11.1.2.1 Sistema General de Participaciones para Salud Pública Colectiva

La Ley 715 de 2001, en sus artículos 43 y 44, modificados por el artículo 5 de la Ley 1438 de 2011, establecen competencias de las entidades territoriales en materia de salud pública, entre las cuales, además de la ejecución del Plan de Intervenciones Colectivas -PIC, se encuentran la adaptación, el monitoreo y la evaluación de políticas, planes y proyectos de salud pública a través de la planeación integral con participación social, la vigilancia en salud pública, el análisis de situación de salud, la coordinación intersectorial, la gestión del conocimiento y la asistencia técnica para el desarrollo de capacidades.

En este mismo sentido, el artículo 46 de la Ley 715 de 2001 establece que “(...) *La gestión en salud pública es función esencial del Estado y para tal fin **la Nación** y las **entidades territoriales** concurrirán en su ejecución en los términos señalados en la presente ley. Las **entidades territoriales** tendrán a su cargo la ejecución de las acciones de **salud pública** en la promoción y prevención dirigidas a la población de su jurisdicción (...)*”.

Para el desarrollo de estas competencias se asignan los recursos del componente de salud pública del Sistema General de Participaciones, los cuales, tal y como se mencionó anteriormente son complementarios a los demás recursos que de conformidad con la Ley se dispongan para el efecto, este es, los recursos propios y para el caso de departamentos y distritos los de transferencias nacionales, entre otros.

11.1.2.2 Sistema General de Participaciones para Subsidio Oferta

El artículo 235 de la Ley 1955 de 2019, modificadorio del artículo del artículo 52 de la Ley 715 de 2001, establece que los recursos del Sistema General de Participaciones del subcomponente de Subsidio a la Oferta, corresponden a una asignación realizada a las entidades territoriales para concurrir en la financiación de la operación de la prestación de servicios y tecnologías efectuadas por instituciones públicas o

infraestructura pública administrada por terceros, ubicadas en zonas alejadas o de difícil acceso que sean monopolio en servicios trazadores y no sostenibles por venta de servicios.

Respecto a los recursos de este subcomponente, que no hubieren sido ejecutados por las entidades territoriales (departamentos, distritos y municipios certificados) durante la vigencia fiscal, así como los recursos correspondientes a rendimientos financieros que se generen, deberán ser incorporados en el presupuesto de la siguiente vigencia como recursos del balance y ser utilizados con la misma destinación prevista en el artículo 2.4.2.7 del Decreto 780 de 2016, esto es, para la financiación de los gastos de operación de la prestación de servicios de salud de las Empresas Sociales del Estado -ESE o de los administradores de infraestructura pública destinados a la prestación de servicios de salud, que se encuentran en el listado definido por el Ministerio de Salud y Protección Social para cada anualidad.

11.1.2.3 Sistema General de Participaciones para el Régimen Subsidiado.

El artículo 29 de la Ley 1438 de 2011, definió que la administración del Régimen Subsidiado por parte de las entidades territoriales se efectuará a través del seguimiento y control del aseguramiento de los afiliados dentro de su correspondiente jurisdicción y que el Ministerio de la Protección Social (hoy Ministerio de Salud y Protección Social) girará directamente a nombre de las entidades territoriales, la Unidad de Pago por Capitación - UPC a las Entidades Promotoras de Salud o hacer pagos directos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, con fundamento en el instrumento jurídico que para el efecto defina el Gobierno Nacional.

En este mismo sentido, definió en el artículo 31 de la Ley 1438 de 2011 que, el Gobierno Nacional diseñará un sistema de administración de los recursos que financian y cofinancian la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado de Salud incluidos los del Sistema General de Participaciones, los cuales venían siendo administrados y ejecutados por el Fosyga, hoy Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES¹. En virtud de lo anterior, mediante el artículo 7 del Decreto 971 de 2011 compilado en el Decreto 780 de 2016, el Ministerio de Salud y Protección Social estableció el mecanismo para la administración de los recursos del Régimen Subsidiado, mediante el cual se puede determinar el número de afiliados por los que se liquida la Unidad de Pago por Capitación y el monto a girar a cada EPS por fuente de financiación para cada entidad territorial, denominado Liquidación Mensual de Afiliados – LMA.

Frente a los recursos del SGP salud con destino para la financiación del Régimen Subsidiado, el artículo 47 de la Ley 715 de 2001 modificado por el artículo 233 de la Ley 1955 de 2019, estableció que el 87% de la participación para salud, se asignará a las entidades territoriales para la financiación del Régimen Subsidiado.

11.1.3 Manejo de los Ingresos y Gastos en los Fondos Locales de Salud en Colombia

En cuanto al manejo de los recursos, el literal b) del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007 y la Resolución 3042 de 2007 y modificatorias, establecen que, todos los recursos de salud de las entidades territoriales del nivel departamental, distrital y municipal se deben manejar a través del Fondo de Salud, el cual fue creado como una cuenta especial del presupuesto, con el propósito de tener precisión sobre el origen y destinación de los recursos de cada fuente.

De acuerdo con la Resolución 3042 de 2007¹, y sus modificatorias, en desarrollo de lo señalado en el literal b) del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007, las Entidades Territoriales de los niveles departamental, distrital y municipal, deben dar obligatorio cumplimiento a la administración de los recursos del sector salud a través de los Fondos de Salud. En tal sentido, el artículo 2 de la citada resolución señala que dichos fondos constituyen *“(...) una cuenta especial del presupuesto de la respectiva entidad territorial, sin personería jurídica ni planta de personal, para la administración y manejo de los recursos del sector, separada de las demás rentas de la entidad territorial, conservando un manejo contable y presupuestal independiente y exclusivo, que permita identificar con precisión el origen y destinación de los recursos de cada fuente, de conformidad con lo previsto en la ley y en la presente resolución (...)”*.

Así mismo, esta resolución señala en su artículo 4 que dichos fondos estarán conformados por las siguientes subcuentas:

1. Subcuenta de Régimen Subsidiado de Salud.
2. Subcuenta de prestación de servicios de salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda.
3. Subcuenta de salud pública colectiva.
4. Subcuenta de otros gastos en salud (inversión y funcionamiento)

Estas Subcuentas, en concordancia con lo establecido en la Ley 1122 de 2007 y la Resolución 3042 de 2007 se constituyen como Cuentas Maestras, las cuales corresponden a aquellas *“(...) registradas para la recepción de los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud y a las cuales ingresarán la totalidad de los recursos de las subcuentas de régimen subsidiado, de prestación de servicios de salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda y de salud pública colectiva de los Fondos de Salud de las entidades territoriales”*.

En este sentido, de acuerdo con los lineamientos definidos en la mencionada Resolución 3042 de 2007, a través del Fondo de Salud se deben reflejar todos los recursos destinados al sector salud en la Entidad Territorial, incluidos aquellos que se deben ejecutar sin situación de fondos.

Ahora bien, el artículo 4 del Decreto 412 de 2018, mediante el cual se adicionó el artículo 2.8.1.2.5 al Capítulo 2, Título 1, Parte 8 del Libro 2 del Decreto 1068 de 2015², estableció que *“El Ministerio de Hacienda y Crédito Público expedirá y actualizará el Catálogo de Clasificación Presupuestal para Entidades Territoriales y sus Descentralizadas - CCPET, que detalle los ingresos y los gastos en armonía con estándares internacionales y con el nivel nacional”*. En el mismo sentido, el párrafo 1 del artículo 2.8.1.2.5 del Decreto 1068 de 2015 adicionado por el artículo 4º del Decreto 412 de 2018 previó que *“(…) la aplicación del CCPET por parte de las entidades territoriales y sus descentralizadas, entrará a regir en los términos que para el efecto establezca el Ministerio de Hacienda y Crédito Público”*.

En virtud de lo anterior, la Dirección General de Apoyo Fiscal, del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, en ejercicio de sus funciones, emitió la Resolución 3832 del 18 de octubre de 2019, modificada por las Resoluciones No. 1355 y 2323 de 2020, 0401 y 3438 de 2021 y 2372 de 2022, a través de la cual expidió el Catálogo de Clasificación Presupuestal para Entidades Territoriales y sus Descentralizadas – CCPET y definió los plazos de su implementación.

Así mismo, la Contraloría General de la República expidió la Resolución Reglamentaria Orgánica REG-ORG-0035-2020³ con el objeto de reglamentar, entre otros aspectos, el reporte de información de la ejecución presupuestal de las entidades descentralizadas territorialmente, el control y seguimiento del gasto territorial, así como uniformar, centralizar y consolidar la ejecución del presupuesto general del sector público.

Posteriormente, el Ministerio de Salud y Protección Social identificó que a través de la implementación del mencionado catálogo CCPET y del reporte de la categoría CUIPO no se lograría evidenciar el detalle de la información del Sector Salud, de acuerdo con la estructura requerida para los Fondos de Salud en la normatividad que rige la materia y en tal sentido, encontró necesaria la implementación de una herramienta que permitiría a este sector evidenciar los conceptos de ingresos y los objetos de gasto específicos, relacionados a la operación de estos Fondos bajo las características de independencia, exclusividad y precisión, facilitando igualmente el reporte de información por parte de las Entidades Territoriales y los procesos de monitoreo, seguimiento y evaluación por parte de los Órganos de Control y las diferentes instancias del Nivel Nacional.

Por lo tanto, el Ministerio de Salud y Protección Social solicitó al Ministerio de Hacienda y Crédito Público y a la Contraloría General de la República la creación de una variable que permitiera determinar específicamente los rubros de ingresos y conceptos de

gastos que corresponden al Sector Salud, la cual es identificada actualmente como “*Detalle Sectorial*” dentro del reporte de la categoría CUIPO. Así mismo, entregó un listado detallado de conceptos de gastos del Sector Salud, homólogo a la estructura anterior de conceptos del FUT, que es utilizado dentro de esta variable y que se constituye en un apoyo para el reporte de información del gasto del componente de Inversión del Sector Salud por parte de las Entidades Territoriales.

Actualmente, esta variable se encuentra implementada en el reporte de “*Ejecución – Ingresos*” y “*Ejecución – Gastos*”; para el caso del reporte “*Ejecución – Ingresos*”, este campo toma un solo valor que permite identificar el “*FONDO LOCAL DE SALUD*”; y para el reporte de “*Ejecución - Gastos*”, se utiliza el mencionado listado detallado, el cual se encuentra publicado en la página de internet del CHIP y puede ser consultada ingresando a la página en la siguiente ruta: CHIP / Categorías / Información de Apoyo CUIPO / Archivo ayuda Salud CUIPO o a través del siguiente enlace: [https://www.chip.gov.co/descarga/2022_10_11 - Archivo Ayuda Salud CUIPO.xlsx](https://www.chip.gov.co/descarga/2022_10_11_-_Archivo_Ayuda_Salud_CUIPO.xlsx).

A partir del contexto expuesto, se encuentra que el Formulario Único Territorial ha sido reemplazado de manera gradual por el reporte de la Categoría CUIPO y el Catálogo CCPET. Por tal motivo, la Categoría FUT Fondo Local de Salud estuvo vigente hasta el primer semestre de 2022 y a partir de esta fecha la ejecución de los Fondos de Salud se reportó a través de la Categoría CUIPO, mientras que la Categoría Tesorería del Sector Salud aún se mantiene vigente.

En este contexto, se señala la estructura de ingresos de las Cuentas Maestras del Fondo Local de Salud.

11.1.3.1 Subcuenta de Régimen Subsidiado de Salud

Los recursos del régimen subsidiado, de conformidad con el Decreto 971 de 2011 compilado en el Decreto 780 de 2016, son girados a las Entidades Promotoras de Salud – EPS y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS, mediante el mecanismo denominado Liquidación Mensual de Afiliados – LMA, que consiste en la liquidación del valor de las Unidades de Pago por Capitación – UPC que corresponden a cada EPS por entidad territorial de acuerdo con la afiliación y novedades de la afiliación que son reportadas por las EPS a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUa y validadas por las entidades territoriales (MSPS, Decreto 780, 2016).

Los recursos producto de la liquidación de la UPC del régimen subsidiado, en virtud de lo establecido en el artículo 29 de la Ley 1438 de 2011, en concordancia con el artículo 66 de la Ley 1753 de 2015, son objeto de giro directo desde la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, en nombre de la entidad territorial a las EPS, y en nombre de estas últimas a las IPS y a los

proveedores de servicios y tecnologías en salud. En este contexto, las entidades territoriales deben realizar la ejecución de los recursos girados con situación y sin situación de fondos, en virtud de la LMA que publica mensualmente ADRES, de acuerdo con lo definido en el parágrafo del artículo 2.3.2.2.3 del Decreto 780 de 2016.

Fuentes:

- **Sistema General de Participaciones – SGP.** Los recursos de la participación para salud del SGP corresponden al 24,5% de las asignaciones sectoriales⁵¹. De la participación para el sector salud, 87% se destinan para el componente de aseguramiento en salud de los afiliados al Régimen Subsidiado, los cuales se asignan y distribuyen por entidad territorial mediante los Documentos de Distribución emitidos por el DNP y conforme a los criterios establecidos en la normatividad vigente.
- **Cajas de Compensación Familiar – CCF** que administran el Régimen Subsidiado.
- **Presupuesto General de la Nación – PGN y ADRES.** Recursos que aporta la Nación.
- **Ingresos Corrientes de Libre Destinación y Esfuerzo Propio.** Ingresos de la entidad territorial sin destinación específica utilizados para financiar el Régimen Subsidiado.
- **Rentas Territoriales.** Mínimo el 50% de los 8 puntos porcentuales del imponible de cervezas y sifones; Imponible de cigarrillos y tabaco elaborado; Mínimo el 50% del porcentaje del imponible de licores, vinos y aperitivos destinado a salud; Monopolio de licores que los departamentos deben destinar para financiar la salud. El 75% del IVA de licores, vinos y aperitivos, que es recaudado por la Nación con tarifa del 5% y luego girado a los departamentos. Los impuestos y derechos de explotación de los juegos de suerte y azar, previo descuento del valor destinado por ley a pensiones, funcionamiento e investigación. Los recursos de los premios no reclamados.
- **Otros Recursos.** Recursos de capital de este componente.

11.1.3.2 Subcuenta de Prestación de Servicios de Salud en lo No Cubierto con Subsidios a la Demanda

En esta subcuenta se incluyen los gastos por concepto de i) la atención a la población no afiliada, ii) los recursos para concurrir en la financiación de los gastos de operación de la prestación de servicios de salud de las ESE o de los administradores de infraestructura pública destinada a la prestación de servicios de salud, ubicadas en zonas alejadas o de difícil acceso que sean monopolio en servicios trazadores y no

⁵¹ Las asignaciones sectoriales corresponden al 96% del SGP, teniendo en cuenta que el 4% es destinado para asignaciones especiales, de conformidad con lo establecido en la Ley 715 de 2001.

sostenibles por venta de servicios, y iii) pago de deuda por concepto de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC prestados a los afiliados al régimen subsidiado hasta el 31 de diciembre de 2019.

Fuentes

- **Sistema General de Participaciones – SGP Subsidio a la oferta.** De la participación para el sector salud, 3% se destinan para el subcomponente del Subsidio a la Oferta, los cuales se asignan y distribuyen por entidad territorial mediante Documentos de Distribución emitidos por el DNP y conforme con los criterios establecidos en la normatividad vigente. Estos recursos son asignados para concurrir en la financiación de la operación de la prestación de servicios de salud y tecnologías efectuadas por las IPS o administradores de infraestructura pública, ubicadas en zonas alejadas o de difícil acceso que sean monopolio en servicios trazadores y no sostenibles por venta de servicios.
- **Excedentes de la cuenta maestra del régimen subsidiado,** bajo las condiciones determinadas en la normatividad vigente
- **Excedentes del SGP de prestación de servicios en lo no cubierto con subsidios a la demanda,** causados al cierre de la vigencia 2015 y bajo las condiciones determinadas en la normatividad vigente
- **Excedentes del SGP de Salud Pública generados a 31 de diciembre de 2019⁵²,** bajo las condiciones determinadas en la normatividad vigente
- **Excedentes de rentas cedidas en virtud de lo definido en el artículo 4 de la Ley 1797 de 2016,** bajo las condiciones determinadas en la normatividad vigente
- **Rentas territoriales.** Mínimo el 25% de los 8 puntos porcentuales del impuesto al consumo de cervezas y sifones; mínimo el 25% del imptoconsumo de licores, vinos y aperitivos y de las rentas del monopolio de licores que los departamentos deben destinar para financiar la salud; derechos de explotación de los juegos de suerte y azar, con destino a la prestación de servicios en lo no cubierto con subsidios a la demanda, en los porcentajes y bajo las condiciones determinadas expresamente por ley para su aplicación.
- **Otros recursos.** Recursos de capital de este componente.

⁵² Circular 44 de 2021

11.1.3.3 Subcuenta de Salud Pública Colectiva

Corresponde a los recursos destinados a financiar el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC) y las acciones de Gestión de la Salud Pública (GSP) relacionadas con las competencias de salud pública de las Entidades Territoriales asignadas en la Ley 715 de 2001 y sus modificatorias.

Fuentes

- **Sistema General de Participaciones –SGP.** De la participación para el sector salud, 10% se destina para el subcomponente de acciones de salud pública, el cual se asigna y distribuye por entidad territorial en cada vigencia, mediante los Documentos de Distribución emitidos por el DNP y conforme con los criterios establecidos en la normatividad vigente.
- **Rendimientos financieros del SGP subcomponente de salud pública.**
- **Transferencias nacionales para la cofinanciación de Enfermedades Transmitidas por Vectores – ETV, Tuberculosis – TBC y enfermedad de Hansen.**
- **Otras transferencias que realice la nación para actividades de salud pública.**
- **Ingresos por venta de servicios del laboratorio de salud pública.**
- **Rentas territoriales.** Rentas del monopolio de licores, vinos y aperitivos, y de los derechos de explotación de los juegos de suerte y azar, que no estén por ley destinados al aseguramiento y a la prestación de servicios, en los porcentajes y bajo las condiciones determinadas expresamente por ley para su aplicación.
- **Otros recursos y recursos propios.** Recursos de capital de este componente y otros recursos de la ET que no tengan destinación específica y sean destinados para financiar las acciones en Salud Pública.
- **Recursos no comprometidos del SGP subcomponente de Salud Pública de vigencias anteriores.**

11.1.3.4 Subcuenta de Otros Gastos en Salud

La subcuenta de otros gastos en salud solo podrá manejarse a través de dos (2) cuentas bancarias según el concepto de gasto: de inversión en salud o de funcionamiento; los gastos de funcionamiento conforme a lo definido por el Estatuto Orgánico de Presupuesto y, ii) los gastos de inversión, los cuales incluyen la financiación los Programas Territoriales de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Empresas Sociales del Estado – ESE, los programas de saneamiento fiscal y financiero de las IPS públicas viabilizados por el MHCP, y los recursos para el mejoramiento de la

infraestructura y dotación de la red pública de Instituciones Prestadoras de Servicios de salud.

Fuentes para Gastos de Funcionamiento

- **Rentas cedidas.** El porcentaje definido por la entidad territorial para funcionamiento, el cual no puede exceder el 25%.
- **Ingresos corrientes de libre destinación.** Son ingresos de la entidad territorial sin destinación específica para el sector salud.
- **Recursos de balance.** Son ingresos de capital provenientes de la liquidación del ejercicio fiscal del año anterior para este componente.
- **Otros recursos.** Son recursos de impuestos o rentas territoriales sin destinación específica.

Fuentes para Gastos de Inversión

- **Ingresos corrientes de libre destinación.** Corresponde a ingresos de la entidad territorial sin destinación específica.
- **Recursos de balance.** Son ingresos de capital provenientes de la liquidación del ejercicio fiscal del año anterior para este componente.
- **Excedentes de la cuenta maestra del régimen subsidiado,** bajo las condiciones determinadas en la normatividad vigente
- **Excedentes del SGP de la cuenta maestra de prestación de servicios a 31 de diciembre de 2015,** en virtud de lo definido en el artículo 21 de la Ley 1797 de 2016.
- **Excedentes de rentas cedidas,** de conformidad con lo establecido en el artículo 4 de la Ley 1797 de 2016.
- **Recursos nación.** Transferidos por la Nación para financiar los gastos de inversión de las entidades territoriales.
- **Recursos Lotto en línea.** Los recursos acumulados en el Fondo Nacional de Pensiones de las Entidades Territoriales – FONPET provenientes del Lotto en Línea no requeridos para la financiación de obligaciones pensionales del sector salud.

11.2 Financiamiento de la Salud Pública

El sistema de salud colombiano garantiza las atenciones y prestaciones de servicios de salud a través de un sistema de aseguramiento que reconoce dos estructuras de organización para el flujo de recursos: El sistema contributivo que establece una organización basada en una administración del riesgo financiero delegada a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y estas a su vez generan el flujo de recursos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Este sistema

es financiado a través de la mancomunación de recursos realizada por tres partes, i) el empleado, ii) el empleador y ii) y recursos de la nación. Por otro lado, el sistema subsidiado que reconoce a las Entidades Territoriales como administradoras del riesgo financiero y asignación de recursos a las Empresas Sociales del Estado o en su efecto a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Este sistema es financiado de manera solidaria por los aportes realizados por la Nación a través de los recursos del sistema.

Con relación al acceso a servicios y tecnologías en salud para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de todas las prioridades de eventos de interés en salud pública, estos se financian a través de tres mecanismos que son gestionados por el aseguramiento (MSPS, 2021):

a) Mecanismo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Es una prima de riesgo definida por el Ministerio de Salud y Protección Social por región, grupos de edad y sexo. La UPC financia todas las tecnologías y servicios de salud tipo medicamentos, procedimientos, que incluyen los dispositivos médicos. Para el año 2021 el país disponía de más de 45 billones de pesos para la financiación de estas tecnologías y con la actualización de los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, efectuada mediante la Resolución 2809 de 30 de diciembre de 2022, el porcentaje de medicamentos y procedimientos financiados con esta fuente es del 93,6% y 96,9%, respectivamente. Este mecanismo de pago financia actualmente las acciones individuales descritas y propuestas en la resolución 3280 de 2018 que implementan las Rutas Integrales de Promoción y Mantenimiento y la Ruta Integral de Salud Materno Perinatal.

b) Presupuestos máximos es un mecanismo de financiación para las tecnologías y servicios de salud que no pueden ser financiadas por los mecanismos descritos previamente. Este mecanismo financia tecnologías que incluyan medicamentos en normas farmacológicas y no tengan alternativa terapéutica respecto a los medicamentos disponibles a nivel nacional. Así mismo, los medicamentos vitales no disponibles que no tengan definido los valores de referencia, los medicamentos adquiridos por compra centralizada o riesgo compartido.

11.3 Gestión Financiera de la Salud Pública de las Entidades Territoriales

A nivel territorial, la implementación del PDSP se concreta a través del Plan Territorial de Salud – PTS, instrumento estratégico e indicativo de política pública en salud del nivel departamental, distrital y municipal, que permite a las entidades territoriales contribuir con el logro de las metas estratégicas del Plan Decenal de Salud Pública.

Los recursos necesarios para la efectiva implementación del Plan Territorial de Salud son programados en el componente de inversión plurianual, el cual debe ser coherente y consistente con el Plan Financiero Territorial de Salud, que hace parte integral del Plan Plurianual de Inversiones del Plan de Desarrollo Territorial. Estos recursos deben ser ingresados y ejecutados desde las subcuentas del Fondo Local de Salud de acuerdo a la norma.

El Plan Financiero Territorial de Salud es el instrumento de planeación, que integra y consolida la información sobre los requerimientos de recursos y fuentes de financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, a nivel nacional, departamental, distrital y municipal. Constituye el instrumento de programación, seguimiento y control de los recursos territoriales destinados al sector salud, en articulación con el marco fiscal de mediano plazo de la respectiva entidad; así mismo, debe estar armonizado con el Plan Territorial de Salud y el Plan Decenal de Salud Pública.

El Plan Financiero Territorial de Salud deberá definir, integrar y consolidar las fuentes y usos de los recursos nacionales, departamentales, distritales y municipales, destinados a financiar las acciones en salud a cargo de las entidades territoriales de orden departamental, distrital y municipal, de acuerdo con la normatividad vigente e involucrar la totalidad de los recursos sectoriales del Fondo Local de Salud.

Bibliografía

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013-2015). *IV Estudio Nacional de Salud Bucal, ENSAB IV*. Colombia.
- Akubadaura. (2021). *Alcances y evolución jurídica del derecho a la consulta previa en Colombia*. . <https://akubadaura.org/wp-content/uploads/2021/08/INFORME-Alcances-y-evolucion-juridica-del-derecho-a-la-consulta-previa-en-Colombia-1-1.pdf>.
- Allanson E, M. M. (2015). *Causes of perinatal mortality and associated maternal complications in a South African province: challenges in predicting poor outcomes*. *BMC Pregnancy and Childbirth*.
- Alzate, D. (2020). *Concentración de la tierra y las Zonas de Interés de Desarrollo Rural, Económico y Social (Zidres) en los Montes de María. María La Baja y Carmen de Bolívar*. *Prolegómenos*, 23(46), e00114117.
- Ansah, J. P., Koh, V., Bayer, S., Harper, P., & Matchar, D. (2018). *Healthcare Human Resource Planning Springer International Publishing* .
- Arcaya MC, A. A. (2015). Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Glob Health Action.*, 8:27106.
- Arrubla & Zuluaga. (2022). *Memory, Trauma and Processing Work*. *Acta de Investigación Psicol*, 12(2), 52:64.
https://scholar.google.com.co/citations?view_op=view_citation&hl=es&user=aSjMgfcAAAAJ&citation_for_view=aSjMgfcAAAAJ:Wp0glr-vW9MC.
- Asamblea Nacional Constituyente . (1991). *Constitución Política de Colombia*. Bogotá.
- Baez, Á. (2017). *Universidad Católica*. Obtenido de <https://repository.ucatolica.edu.co/server/api/core/bitstreams/3729c844-f289-485f-9099-4f5f2dca35e6/content>
- Birch.S, Kephart, G., Murphy, G., O'Brien-Pallas, L., Alder, R., & Mackenzie, A. (2009). *Health Human Resources Planning and the Production of Health: Development of an Extended Analytical Framework for Needs-Based Health Resources Planning*. *J Public Health Manag Pract* Noviembre ; 15(6): S56.
- Borde, E. (2022). *Violencia urbana como sintoma: Determinación social de los procesos salud-enfermedad y muerte en Bogotá y Río de Janeiro*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Borde, E., & Torre, M. (2017). *El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública*, 264-275. Rio de Janeiro: Saude Debate V 41 N. Especial. Obtenido

- de
<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/HGfY5tF58zqHVtrWtYXkpkn/?format=pdf&lang=es>
- Braveman P, E. S. (2011). The social determinants of health: coming of age. . *Annu Rev Public Health.* , 32:381–398.
- Braveman P, K. N. (2000). Health inequalities and social inequalities in health. *Bull World Health Organ.* , 78:232–235.
- Braveman P, T. E. (2002). Social inequalities in health within countries: not only an issue for affluent nations. . *Soc Sci Med.*, 54:1621–35. .
- Braveman. (2003). Monitoring equity in health and healthcare: a conceptual framework. *J Health Popul Nutr.*, 21(3):181–192.
- C., T. (2007). Ciudad informal COLOMBIANA. *Bitácora*, 11(1), 53:93.
- Centro Nacional de Memoria Histórica. . (2022). *Hacer memoria para recuperar el ser kamëntšá: Raspachines víctimas y lecciones de la amdre tierra para pervivir.*
- CEPAL. (2021). Obtenido de Acerca de evaluación de políticas y programas públicos: <https://www.cepal.org/es/temas/evaluacion-de-politicas-y-programas/acerca-evaluacion-politicas-programas-publicos>
- CEPAL. (2021). *Las personas afrodescendientes y el COVID-19: develando desigualdades estructurales en América Latina.* México, DF.
- CEPAL, Naciones Unidas. (2015). *La planificación participativa para lograr un cambio estructural con igualdad.* CEPAL. Obtenido de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/39055/7/S1501278_es.pdf
- Cerón, V. (2019). *Propuesta de Indicadores de Cambio Climático y Salud para los Países de la Región Andina.* Organismos andino de Salud - convenio Hipólito Unanue. Lima.
- Comisión de la Verdad. (2022a). *Impacto Psicosocial. Glosario.* https://comisiondelaverdad.co/transparencia/informacion-de-interes/glosario?ordering=tterm&direction=asc&theme=table&show_grid_image=1.
- Comisión de la Verdad. 2022b. (s.f.). *Enfoque de acción sin daño.*
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). . (2020). *Afrodescendientes y la matriz de la desigualdad social en América Latina: retos para la inclusión.* Santiago de Chile.
- Comisión Para el Esclarecimiento de la Verdad, I. C. (2022c). *No es un mal menor. Niñas, niños y adolescentes en el conflicto armado.*
- Comisión Para el Esclarecimiento de la Verdad, la Convivencia y la No Repetición (Director). (2021). *Violencia reproductiva en el conflicto armado colombiano: Una verdad pendiente.* . <https://www.youtube.com/watch?v=GIsHlr7MdVE&t=5255>.
- Comisión para el Esclarecimiento de la verdad, la convivencia y la no repetición. (2022). *Capítulo Hallazgos y recomendaciones.*
- Comisión Para el Esclarecimiento de la Verdad, la Convivencia y la No Repetición. (2022a). *Hallazgos y Recomendaciones de la Comisión de la Verdad de Colombia.*

- Comisión Para el Esclarecimiento de la Verdad, la Convivencia y la No Repetición. (2022b). *Mi cuerpo es la verdad. Experiencias de mujeres y personas LGBTIQ+ en el conflicto armado.*
- Comisión Para el Esclarecimiento de la Verdad, la Convivencia y la No Repetición. (2022d). *Sufrir la guerra y rehacer la vida. Impactos, afrontamientos y resistencias.*
- Congreso de Colombia. (2011). *Ley 1448 de 2011 por la cual se dictan medidas de atención asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones.*
- Congreso de Colombia. Ley 70 de 1993. (1993). *Ley 70 de 1993.*
[https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=7388.](https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=7388)
- Congreso de la República. (2015). Ley 1751. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Obtenido de <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
- Congreso de la República de Colombia. (2011). Ley 1438. Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf
- Correa, M. e. (2012). *Habitantes de la calle y tuberculosis: una realidad social en Medellín. Eleuthera, 6, 101-126.*
- Corte Constitucional. (1992). *Sentencia T- 426 .* Bogotá.
- Corte Constitucional. (1998). *Sentencia SU-747.* Bogotá.
- Cuenta de Alto Costo (CAC). (2020). *Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión y la diabetes mellitus en Colombia.* Bogotá.
- Cuenta de Alto Costo (CAC). (2020). *Situación de salud del VIH en Colombia.* Bogotá.
- DANE. (2006). *Censo General de 2005.* Bogotá D.C.
- DANE. (2019). *Población gitana o Rrom de Colombia.* Obtenido de Resultados del censo nacional de población y vivienda 2018:
<https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/grupos-etnicos/comunicado-grupos-etnicos-poblacion>
- DANE. (2019). *Población indígena de Colombia. Resultados del censo nacional de vivienda 2018.* Bogotá D.C.
- DANE. (2019). *Población negra, afrocolombiana, raizal y palenquera. Resultados del Censo Nacional de Población y Vivienda 2018.* Bogotá D.C.
- DANE. (2020). *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-2020>
- DANE. (2020a). *Caracterización de la población campesina en Colombia: Encuesta de Cultura Política 2019.*
- DANE. (2021a). *La Información del DANE en la toma de desiciones regionales. Pereira-Risaralda.* chrome-

- extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/planes-departamentos-ciudades/210924-InfoDane-Pereira-Risarald.
- DANE. (2021b). *Mortalidad Materna en Colombia en la última década y el efecto del Covid-19 (Informes de Estadística Sociodemográfica Aplicada.)*.
- DANE. (2019). *Población indígena de Colombia. Resultados del censo nacional de vivienda 2018*. Bogotá D.C.
- Defensoría del pueblo. (2013). *¿Qué es el Estado social y democrático de Derecho?* Bogotá.
- Defensoría del pueblo. (2020). *Alerta Temprana 041 2020*. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://alertasstg.blob.core.windows.net/alertas/041-20.pdf.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística . (2019). *Ocupados por perfil ocupacional _ total nacional 2019*.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2018). *Censo Nacional de Población y Vivienda* . Obtenido de Geovisor CNPV 2018.: <http://geoportal.dane.gov.co/geovisores/sociedad/cnpv-2018/>.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE). (2018). *Proyecciones de población calculadas con base en los resultados del Censo Nacional de Población y Vivienda 2018*. Obtenido de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>
- Departamento Nacional de Planeación. (2011). *Guías para la gestión pública territorial. Planeación para el desarrollo integral en las entidades territoriales: El plan de desarrollo 2012-2015*. Bogotá.
- Departamento Nacional de Planeación. (2014). *Guía metodológica para el seguimiento y la evaluación a políticas públicas*. Obtenido de Departamento Nacional de Planeación: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Sinergia/Documentos/CartillaGuiaparaSeguimientoyEvaluaciónAgo13.pdf>
- Departamento Nacional de Planeación. (2017). *Guía para el seguimiento de Políticas Públicas*. Obtenido de https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Sinergia/Documentos/Guia_para_seguimiento_Politicas_Publicas.PDF
- Departamento Nacional de Planeación. (2018). *Guía para el seguimiento de políticas públicas* . Bogotá: DNP.
- Departamento Nacional de Planeación. (2018). *Guía para la construcción y análisis de indicadores*. Bogotá: DNP.
- DNP . (2021). . *Documento CONPES. Política Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas. Junio de 2021*.
- DNP. (2008). *CONPES 113*. Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.minagricultura.gov.co/Normatividad/Conpes/Conpes%20113%20de%202008.pdf

- DNP. (s.f.). *Pueblo Rrom –Gitano– de Colombia: haciendo camino al andar*. Obtenido de <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKewjTt4WnkpL2AhVyRjABHer4ABIQFnoECAMQAQ&url=https%3A%2F%2Fcolaboracion.dnp.gov.co%2FCDT%2FDesarrollo%2520Territorial%2FPueblo%2520Rrom%2520Gitano.pdf&usg=AOvVaw3a20nxdEdAAx8MYnN-5RM>
- (2022). *Espacio Nacional de Consulta Previa de las Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras [Internet]*. Dirección de Asuntos para Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras. 2022 Available from: <https://www.>
- Espinoza Saucedo, G. (14 de marzo de 2016). *Consejo Regional Indígena del Cauca - CRIC*. Obtenido de <https://www.cric-colombia.org/portal/el-territorio-indigena/>
- Fajardo, D. (2018). *Agricultura, campesinos y alimentos (1980—2010)*. . Universidad de Externado.
- 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. .
- Fundación para la cooperación Synergia, Universidad Nacional de Colombia, COSUDE, GIZ, PNUD. (2011). *Acción sin daño como aporte a la construcción de paz: propuesta para la práctica*.
- García-Balaguera, C. (2018). *La salud como derecho en el postconflicto colombiano*. Rev. Salud Pública. 20 (6): 771-777.
- Garzón M, G. R. (2014). *Indicadores y condiciones de salud en un grupo de trabajadores informales ‘venteros’ del centro de Medellín (Colombia) 2008 – 2009*. . Rev. Investigaciones Andina, 28(16), 35:47.
- Gomez, R. (2022). *Soberanía sanitaria: una política prioritaria para las democracias*. Univ. Salud Vol.24 no.1 Pasto Jan/Apr.2022.
- Gómez-García, C., & Builes-Velásquez, A. (2015). *El derecho fundamental a la salud y la política de acceso al sistema: una mirada desde la Ley Estatutaria 1751*. . Revista de la facultad de derecho y ciencias políticas – UPB. 48 (128).
- González Fernández, A., & Genes Martínez, A. (2017). Artículos de opinión determinantes culturales de la salud. Opinión novel cultural determinants of health. Novel opinion. Colombia. Obtenido de <https://revistas.unicordoba.edu.co/index.php/avancesalud/article/view/1217>
- Grupo de Memoria Histórica. (2013). . *¡Basta Ya! Colombia: Memorias de guerra y dignidad*. Imprenta Nacional.
- Grupo de Memoria Histórica. (2013). *¡Basta Ya! Colombia memorias de guerra y dignidad*.
- Hernandez, M. (2008). *Desigualdad, inequidad e injusticia en el debate actual en salud: posiciones e implicaciones*.
- Humboldt, I. (2021). *Evaluación nacional de biodiversidad y servicios ecosistémicos*. <http://humboldt.org.co/evaluacion-nacional/index.html>.

- Humboldt, I. (2022). *Territorios colectivos y biodiversidad. Biodiversidad*. .
<http://reporte.humboldt.org.co/biodiversidad/2015/cap4/406/#seccion1>.
- Instituto Geográfico Agustín Codazzi. (2005). *Atlas de Colombia 2005*. Bogotá: Imprenta Nacional.
- Instituto Nacional de Cancerología. (2017). *Atlas de Mortalidad por cáncer de mama en Colombia*.
- Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud. (2015). *Observatorio Nacional de Salud. Obtenido de Desigualdades Sociales en Salud en Colombia. informe técnico*. Inst Nac Salud: [http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/SiteAssets/Paginas/publicaciones/6to informe ONS.pdf](http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/SiteAssets/Paginas/publicaciones/6to%20informe%20ONS.pdf)
- IPBES. (2020). *Workshop on Biodiversity and Pandemics: workshop report*. .
<http://doi.org/10.5281/zenodo.4147318>.
- IPCC. (2014). *Climate Change 2014: Impacts, Adaptation, and Vulnerability. Part B:*. United Kingdom and New York: Cambridge University Press.
- Jaramillo-García, O. (2018). *Gramáticas sociales en los márgenes: Formas de gobierno de la vida en el barrio Las Brisas de la ciudad de Pereira*. Revista de Antropología y Sociología: VIRAJES, 20(1), 149–174. <https://doi.org/10.17151/rasv.2018.20.1.8>.
- Jurisdicción Especial Para la Paz, Comisión Para el Esclarecimiento de la Verdad, la Convivencia y la No Repetición, & Stadicicians for Human Right. (2022). *Informe metodológico del proyecto conjunto JEP-CEV-HRDAG de integración de datos y estimación estadística*.
- Kawachi I, S. S.-F. (2002). A glossary for health inequalities. *J Epidemiol Community Health*, 56:647–52.
- Krieger, N. (2011). *Epidemiology and the People's Health: Theory and Context*. Oxford University Press.
- Kunjumen, T., Okech, M., Diallo, K., Mcquide, P., Zapata, T., & Campbell, J. (2022). *Global experiences in health workforce policy, planning and management using the Workload Indicators of Staffing Need (WISN) method, and way forward*. New York: Health; 19 (1): 4.
- Laurel, A. (1994). Sobre la concepción biológica y social del Proceso salud enfermedad En Rodríguez M. Lo biológico y social. Washington: OPS 1:13.
- Macias, I., Rocco, V., Rojas, J., Baeza, M., Arévalo, C., & Munilla, V. (2020). *Formation in Interprofessional Education in Nursing and Medical Students Globally Scoping Review*. Invest Educ Enferm : 38 (2): e06. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v38n2e06>.
- Mamyrbayeva M, I. N. (2015). *Epidemiological Aspects of Neo-natal Mortality Due To Intra-uterine Infection in Kazakhstan*. . Iran J Public Health.
- Marmot M, A. J. (2014). Social determinants of health equity. . *Am J Public Health*, 104(suppl 4):S517–S519. .
- Mendinueta M, H. Y. (2020). *Estilos de vida en trabajadores del sector informal*. . Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica, 39(1), 21:25.

- Meyer PA, P.-A. A. (2013). Conclusion and future directions: CDC Health Disparities and Inequalities Report—United States, 2013. . *MMWR Surveill Summ.* , 62(suppl 3):184–186.
- Milanovic. (2012.). *The haves and the have-nots: a brief and idiosyncratic history of global inequality.* . New York: Basic Books.
- Ministerio de Protección Social. (2008). . *Diagnóstico nacional de condiciones de salud y trabajo de las personas ocupadas en el sector informal de la economía de 20 departamentos de Colombia y propuesta de monitoreo de éstas condiciones.*
- Ministerio de Salud y Protección de Salud. . (2013). *Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021. La salud en Colombia la construyes tú.* .
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PD SP.pdf>.
- Ministerio de Salud y Protección Social . (2019). *Participación Social: orientaciones para su desarrollo en el marco d ela gestión de la salud pública y del PIC.* Bogotá.
- Ministerio de Salud y Protección Social . (2020). ASIS. Obtenido de
<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiLrcTdII72AhV2H0QIHejPC0EQFnoECAoQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.minsalud.gov.co%2Fsites%2Frid%2FLists%2FBibliotecaDigital%2FRIDE%2FVS%2FED%2FPSP%2Fasis-2020-colombia.pdf&usg=AOvVaw3Xaz6k>
- Ministerio de Salud y Protección Social & COLCIENCIAS. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Tomo I.* https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Publicaciones/Publicaciones/CO031102015-salud_mental_tomol.pdf.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Orientaciones para la Intersectorialidad.* Bogotá.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Política de partición social en salud. Resolución 2063.*
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Evaluación de Procesos e Institucional Del Plan Decenal de Salud Pública (2012-2021).*
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Lineamientos técnicos para la articulación de las medicinas y las terapias alternativas y complementarias, en el marco del sistema general de seguridad social en salud.*
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Boletines Poblacionales: Población Indígena. Oficina de Promoción Social.* Bogotá D.C.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Boletines Poblacionales: Población NARP: Oficina de Promoción Social.* Bogotá D.C. .
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Boletines Poblacionales: Población Rrom: Oficina de Promoción Social.* Bogotá D.C.
- 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. (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.*
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). *Análisis Situacional de Salud, ASIS. Colombia. 2021.* chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/analisis-situacion-salud-.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). Resolución 050 de 2021. Colombia. Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-050-de-2021.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. (2022). *Cambios en la tendencia de la morbimortalidad durante la pandemia por COVID-19 en Colombia: Explorando la sindemia COVID-19.* Bogotá, Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (14 de Junio de 2022). Resolución 1035. *Resolución 1035. Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 con sus capítulos diferenciales.*
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). *Modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo en Salud para una Colombia Potencia Mundial de la Vida.*
- Ministerio de Salud y Protección Social, 2017a. (s.f.). *Estrategia de atención psicosocial a víctimas del conflicto armado en el marco del PAPSIVI.* Bogotá.
- 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/PSP/informe-avanc.](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/informe-avanc)
- Ministerio de Salud y Protección Social. . (2016). *Perfil de Salud de la Población Indígena, y medición de desigualdades en salud. Colombia 2016.* Bogotá D.C.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 1005. (2022). *Por el cual se reglamenta la organización y funcionamiento de la Comisión Intersectorial de Salud Pública.* .
- Ministerio de Salud y Protección Social. Oficina de Promoción Social. (2023). *Documento de trabajo. Enfoques y estrategias que sustentan la operación del Modelo de Salud.* Bogotá.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1035 de 2022. (s.f.). Resolución 1035. *Resolución 1035. Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 con sus capítulos diferenciales.*
- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 295 de 2023. (s.f.). . *Por la cual se modifican los artículos 3,8,11,14,16 y 18 de la resolución 518 de 2015 en relación*

- con la gestión de la salud pública, las responsabilidades de las entidades territoriales y de los ejecutores del Plan de salud públic.* Bogotá.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 295 de 2023. (2023). . *Por la cual se modifican los artículos 3,8,11,14,16 y 18 de la resolución 518 de 2015 en relación con la gestión de la salud pública, las responsabilidades de las entidades territoriales y de los ejecutores del Plan de salud públic.* Bogotá.
- Ministerio de Trabajo. (2022). *Consejos Comunitarios.*
- Ministerio del Interior-Ministerio de Hacienda y crédito público. (2018). *Decreto 1372. Espacio nacional Consulta previa Comunidades Negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras.*
- MSPS. (2016). Decreto 780.
- MSPS. (2017a). *Estrategia de atención psicosocial en el marco del PAPSIVI.*
- MSPS. (2019). *Lineamiento para el cuidado de la salud mental y las armonías espirituales de los pueblos y comunidades indígenas en el marco del SISPI, en articulación con la política nacional de salud mental y la política integral para la prevención y .*
- MSPS. (2021). . *Lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud (p. 106).*
- MSPS. (2021). *Estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste del riesgo para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación, recursos para garantizar la financiación de tecnologías y servicios de salud en los regímenes Contributivo y Subsidiado. Dirección de Regu. MSPS.*
- MSPS. Dirección de medicamentos y tecnologías en salud. (2018). *Lineamientos técnicos para la articulación de las medicinas y las terapias alternativas y complementarias.*
- MSPS. 2017b. (s.f.). *Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del conflicto armado (Oficina de Promoción Social (ed.)). Oficina de Promoción Social.*
- Muñoz, A. &. (2013). . *Salud, trabajo e informalidad en el Cauca, Colombia.* Rev. Fac. Nac. Salud Pública, 31(1), 9:18.
- Murray CJL, G. E. (1999). Critical reflection – health inequalities and social group differences: what should we measure? . *Bull World Health Organ.* , 77:537–44. .
- National Association of County & City Health Officials. (2014). *Expanding the Boundaries: Health Equity and Public Health Practice.* Washington, DC: National Association of County & City Health Officials.
- Observatorio Nacional de Salud - Instituto Nacional de Salud. (2017). *Consecuencias del Conflicto Armado Interno.*
<https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/9%20Consecuencias%20del%20Conflicto%20Armado%20en%20la%20Salud%20en%20Colombia.pdf>.
- OEA. (2016). *Guía para la formulación de Planes de Etnodesarrollo en Consejos Comunitarios. Bogotá D.C.; 2019.* Plan de Acción del Decenio de las y los

- Afrodescendientes en las Américas (2016-2025). Washington D.C.; 2016. MinInterior.].
- OIT. (1989). *Convenio Núm. 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales (p. 134)*.
- OMS. (2017). *El modelo de la OMS como orientador en la salud pública a partir de los determinantes sociales*. .
- OPS. (2010). *Determinantes Ambientales y Sociales de la Salud*.
- Oquendo, C. (2020, abril). *El hambre como bandera*. *El País*.
<https://elpais.com/sociedad/2020-04-17/el-hambre-como-bandera.html>.
- ORAS-CONHU. (2018). *Análisis de la situación de salud de los afrodescendientes en los países andinos*. <https://orasconhu.org/es/content/an%C3%A1lisis-de-la-situaci%C3%B3n-de-salud-de-los-afrodescendientes-en-los-pa%C3%ADses-andinos>.
- Organización Mundial de la Salud - Organización Panamericana de la Salud. (22 de mayo de 2020). *Repositorio Institucional para el intercambio de la información*. Obtenido de Iris PAHO: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52286?locale-attribute=es>
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Estadísticas Sanitarias Mundiales*. Obtenido de <http://www.who.int/whosis/whostat/>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030*. Disponible en:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254600/A69_R19-sp.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Plan de acción sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud 2018-2023*. Disponible en:
<https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2018/CD56-10-s-PdA-RH.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción*. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53125>.
- Organización Mundial de la Salud. (30 de Marzo de 2022). Obtenido de Strategic preparedness, readiness and response plan to end the global COVID-19 emergency in 2022: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-WHE-SPP-2022.1>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
- Organización mundial de la Salud. . (2014). *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014. Parte II. 9 estadísticas demográficas y socioeconómicas*.
- Organización Panamericana de la Salud - OPS. (s.f.). Obtenido de <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/uh-governance-es.html>
- Ortega. (2019). *Justicia Social en el Sistema de Salud Colombiano. Concepciones, retos y posibilidades de reforma*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

- Penman-Aguilar A, B. K. (2014). Background and rationale. . *MMWR Surveill Summ.* , 63(suppl 1):3–4.
- Penman-Aguilar A, T. M. (2016). Measurement of Health Disparities, Health Inequities, and Social Determinants of Health to Support the Advancement of Health Equity. . *J Public Health Manag Pract.*, 22 Suppl 1(Suppl 1):S33-S42.
- Pereira cómo vamos, Stocholm Environment Institute, & International Institute for Sustainable Development . (2020). *Seguridad Territorial. Tasa de Homicidios. Pereira Territorio Sostenible. Datos Abiertos Para Una Implementación Local de La Agenda 2030.*
- Perez Velasquez, E. (2019). Gobernabilidad y territorio: un derecho desde la resistencia indígena en el resguardo los almendros municipio de el bagre Antioquia. Medellín, Colombia. Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/19167/1/PerezEver_2019_GobernabilidadTerritorioAlmendros.pdf
- Pérez, C. A. (2019). *¿Qué es justicia social? Una nueva historia de su significado en el discurso jurídico transnacional.* Revista Derecho del Estado (43). doi:10.18601/01229893.n3.04
- Pérez-Flores, M. &. (2021). *Socioeconomic inequalities in mortality due to cardiovascular diseases: Pacific Region of Colombia, 2002-2015.* . *Ciênc. Saúde Coletiva*, 26(supple 3). <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.02562020>.
- Presidencia de Colombia. (2010). *Decreto 2957 de 2010 Por el cual se expide un marco normativo para la protección integral de los derechos del grupo étnico Rom o Gitano.*
- Presidencia de la República. (2014). Decreto 1953 de 2014. Colombia. Obtenido de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=59636>
- Procuraduría General de la Nación. (2021). *Ciclo de Políticas Públicas.* Obtenido de Procuraduría General de la Nación: <https://www.procuraduria.gov.co/sip/Ciclo-de-Politicas-Publicas.page>
- Ramírez, A., Rocha Beltrán, D., Durango Suárez, L., & Rodríguez Álvarez, S. (2016). *Implicaciones de la ley estatutaria 1751 de 2015 sobre las entidades promotoras de salud del régimen contributivo.* . *Revista CES Derecho.* 7 (2) .
- Rebolledo, O., & Rondón, L. (2010). Reflexiones y aproximaciones al trabajo psicosocial con víctimas individuales y colectivas en el marco del proceso de reparación. *Rev. Estud. Soc.*, 36(1), 40–50.
- Robles, J. L. (2021). *Enfoque diferencial. Origen y alcances. (Ministerio de Salud y Protección Social (ed.).*
- Rodríguez-Pacheco. (2019). Efectos del cambio climático en la salud de la población colombiana. *Duazary*, 16 (2): 319-331.
- Rrom. (2021). . *O’LASHO LUNGO DROM. Plan de Vida del Pueblo Rrom colombiano (Primera Ed).* Pueblo Rrom.

- Rrom, M. N. (2022). *Plan de Vida del Pueblo Rrom colombiano - O'LASHO LUNGO DROM*. Bogotá D.C .
- Rudolph L, C. J.-M. (2013.). *Health in All Policies: A Guide for State and Local Governments*. . Washington, DC/Oakland, CA: American Public Health Association/Public Health Institute.
- Secretaría Distrital de Planeación . (2017). *Guía para la adopción e implementación de políticas públicas del Distrito*. 52. .
- Sigerist J, M. (2006). *Social inequalities in Health, New Evidence and policy implications*. Oxford University Press.
- Suárez, T. (2010). *Síntesis de documentos sobre interculturalidad en salud dirigido a agentes comunitarios e institucionales (Oficina de Promoción Social (ed.))*. Ministerio de la Protección Social.
- Subcomisión Nacional de Salud. (2019). Documento del Sistema Indígena de Salud propio e intercultural "SISPI" con sus generalidades técnicas y operativas para la implementación a nivel nacional en los pueblos y comunidades indígenas. Bogotá, Colombia.
- Tarde, G. (1884). *Qu'est-ce qu'une société?* *Revue Philosophique*, XVIII, 489–510.
- Torres, C. (2007). *Ciudad informal COLOMBIANA*. . Bitácora, 11(1), 53:93.
- Torres-Melo, J. S. (2013). *Introducción a las políticas públicas Conceptos y herramientas desde la relación entre Estado y ciudadanía*. . Bogotá. D.C: Ediciones IEMP. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/admon/files/empre>.
- UNESCO. (2001). Declaración Universal de la UNESCO sobre la diversidad cultural. <https://www.unesco.org/es/legal-affairs/unesco-universal-declaration-cultural-diversity>.
- UNESCO. (2002). *Declaración Universal sobre la Diversidad Cultural (p. 66)*.
- UNESCO. (2013). *Salvaguardia del patrimonio cultural inmaterial de los afrodescendientes en América Latina*. México, DF; 2013.
- UNESCO, & UNAL. (2013). *Competencias Interculturales Marco conceptual y operativo*. UNAL.
- UNICEF. (2020). *Día mundial de la Justicia Social*. Obtenido de <https://www.unicef.es/educa/dias-mundiales/dia-mundial-de-la-justicia-social>
- Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas - UARIV. (2022). *Hechos Victimizantes*. UARIV – Red Nacional de Información. . <https://www.unidadvictimas.gov.co/es/registro-unico-de-victimas-ruv/37394>.
- Universidad de los Andes. (2021). *Propuesta metodológica para el desarrollo técnico del sistema de monitoreo y seguimiento del PDSP 2022-2031*. Bogotá.
- Universidad Nacional de Colombia - UNAL. (2014). Aportes desde el enfoque de acción sin daño y el enfoque diferencial étnico a la elaboración de diagnósticos para planes de salvaguarda étnica. Obtenido de <https://www.bivipas.unal.edu.co/bitstream/123456789/724/1/Trabajo%20Final%20Martin%20Reyes.pdf>

- US Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. (20 de 07 de 2021). *(Social determinants).Healthy People 2020.* . Obtenido de <http://www.healthypeople.gov/2020/leading-health-indicators/2020-lhi-topics/Social-Determinants>.
- Vega R, R. C. (2019). *Salud sin fronteras. Plan Comunitario de Salud Rural.*
- Viáfara-López CA, P.-Q. G.-O. (2021). . *Inequidad por la condición étnico-racial en el aseguramiento de salud en Colombia: Un estudio de corte transversal.* . Rev Panam Salud Publica, 45(e.18). <https://doi.org/doi.org/10.26633/RPS>.
- Villamil Ruiz , J. (2020). *Universidad Andina Simón Bolívar.* Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/<https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/7428/1/T3224-MEC-Villamil-La%20territorialidad.pdf>
- Walsh, C. (2007). Interculturalidad, colonialidad y educación. *Revista Educación y pedagogía, XIX (48) Mayo-agosto.* .
- World Health Organization. (18 de 07 de 2021). *What are social determinants of health?* Obtenido de http://www.who.int/socialdeterminants/sdh_definition/en.
- World Health Organization. . (2013.). *Handbook on Health Inequality Monitoring With a Special Focus on Low- and Middle-Income Countries.* . Geneva, Switzerland: World Health Organization.