



**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

**PROSPERIDAD  
PARA TODOS**



Universidad  
**Externado**  
de Colombia

# Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021

## Estrategia PASE a la Equidad en Salud

### Lineamiento Conceptual

Bogotá, abril 25 de 2014



**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

**PROSPERIDAD  
PARA TODOS**



Universidad  
**Externado**  
de Colombia



**ALEJANDRO GAVIRIA URIBE**  
*Ministro de Salud y Protección Social*

**FERNANDO RUIZ GÓMEZ**  
*Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios*

**NORMAN JULIO MUÑOZ**  
*Viceministro de Protección Social*

**GERARDO BURGOS BERNAL**  
*Secretario General*

**MARTHA LUCÍA OSPINA MARTÍNEZ**  
*Directora de Epidemiología y Demografía*

**DOLLY ESPERANZA OVALLE**  
*Directora de Oficina de Tecnologías de la información y la Comunicación TIC*

**LAURA PAREJA AYERBE**  
*Coordinadora de Oficina Asesora de Comunicaciones*

## **Plan Decenal de Salud Pública:**

*La salud en Colombia la construyes tú*

Ministerio de Salud y Protección Social

### **Elaboración**

#### **Ministerio de Salud y Protección Social**

Martha Lucia Ospina Martínez

Jacqueline Acosta

Nancy Londoño

#### **Fondo de Población de las Naciones Unidas**

Maritza Pomares

Gloria Milena Gracia

Julio Cesar Vergel

#### **Universidad Externado de Colombia**

Norma Rubiano

Juan Andrés Castro

### **Colaboraron por parte del Ministerio de Salud y Protección Social**

#### **Equipo Técnico**

##### **Dirección de Epidemiología y Demografía**

Margie Simone Martínez

Sistema de Monitoreo y Evaluación

Arlin Martha Bibiana Pérez Hernández

Alba Liliana Navarrete Ávila

#### **Análisis de Situación de Salud**

María Belén Jaimes Sanabria

Luz Stella Ríos Marín

Sonia Liliana Guzmán Rodríguez

Astrid Berena Herrera López

Claudia Marcela Moreno Segura

***Equipo Técnico***

***Oficina de Tecnologías de la información y la Comunicación TIC***

Patricia Delgado Rodríguez

Luz Emilse Rincón Medrano

Luz Dary Baquero

***Fondo de Población de las Naciones Unidas***

Paulo Javier Lara

Natalia Rincón

Alan Aguia

***Universidad Externado de Colombia***

Alejandro González

Oscar Rodríguez Cortés

Fabián Díaz

Rafael Navarro

Orlando Velasco

Sandra Paola Agudelo

Ivonne Montaña

Lina María Martínez

Daniel Torres

Nadia Cabrera

Jhon Viasús

***Corrección de estilo***

William Castaño Marulanda

# ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN.....	9
1. LA SALUD Y LA PLANEACIÓN TERRITORIAL DE LA SALUD EN EL MARCO DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2012-2021.....	13
1.1. <i>Evolución histórica del concepto de salud</i> .....	13
1.2. <i>La salud en el PDSP 2012-2021</i> .....	14
1.3. <i>Las dimensiones de la salud en el PDSP 2012-2021</i> .....	16
1.3.1. Dimensión ambiental.....	17
1.3.2. Dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles.....	18
1.3.3. Dimensión convivencia social y salud mental.....	19
1.3.4. Dimensión seguridad alimentaria y nutricional.....	20
1.3.5. Dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos.....	20
1.3.6. Dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles.....	21
1.3.7. Dimensión salud pública en emergencias y desastres.....	22
1.3.8. Dimensión salud y ámbito laboral.....	22
1.3.9. Gestión diferencial de poblaciones vulnerables.....	23
1.3.10. Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud.....	25
1.4. <i>Gestión de salud orientada a resultados</i> .....	29
2. ESTRATEGIA PASE A LA EQUIDAD EN SALUD.....	37
2.1. <i>¿Qué es la Estrategia PASE a la Equidad en Salud?</i> .....	37
2.2. <i>Los cuatro elementos que componen la Estrategia</i> .....	38
2.2.1. Estructura normativa.....	38
2.2.2. Modelo conceptual.....	39
2.2.3. Desarrollo metodológico, pedagógico y técnico.....	40
2.2.4. Estructura logística y operativa.....	42
3. BASE CONCEPTUAL DE LA ESTRATEGIA PASE A LA EQUIDAD EN SALUD.....	44
3.1. <i>Los principios del modelo BIT PASE</i> .....	44
3.2. <i>Los fundamentos del modelo BIT PASE</i> .....	45
3.2.1. La condición humana y el desarrollo.....	45
3.2.2. Dimensiones del desarrollo.....	47
3.2.3. Tensiones en las interacciones entre las dimensiones del desarrollo.....	50
3.2.4. Configuraciones territoriales.....	50
4. ELEMENTOS CONCEPTUALES DE LA ESTRATEGIA PASE A LA EQUIDAD EN SALUD.....	52
4.1. <i>Los determinantes de la salud</i> .....	52
4.2. <i>Determinantes estructurales e intermediarios</i> .....	53
4.3. <i>De los determinantes individuales a los territoriales</i> .....	55

4.4. <i>Cómo se expresan y cómo actúan los determinantes estructurales e intermediarios de la salud</i> .....	56
4.5. <i>Desigualdades e inequidades en salud</i> .....	58
4.6. <i>Las dimensiones del desarrollo y la salud</i> .....	60
4.6.1. La dimensión poblacional y la salud.....	60
4.6.1.1. Cuando la dinámica demográfica se convierte en un determinante de la salud.....	63
4.6.1.2. Las desigualdades e inequidades en salud asociadas a la dinámica demográfica.....	67
4.6.2. La dimensión ambiental y la salud.....	67
4.6.2.1. Cuando la dinámica ambiental se convierte en un determinante de la salud.....	70
4.6.2.2. Las desigualdades e inequidades en salud asociadas a la dinámica ambiental.....	74
4.6.3. La dimensión social y la salud.....	74
4.6.3.1. Cuando la dinámica social se convierte en un determinante de la salud.....	77
4.6.3.2. Las desigualdades e inequidades en salud asociadas a la dinámica social.....	81
4.6.3.3. Papel de la autoridad sanitaria.....	82
4.6.4. La dimensión económica y la salud.....	85
4.6.4.1. Cuando la dinámica económica se convierte en un determinante de la salud.....	87
4.6.4.2. Las desigualdades e inequidades en salud asociadas a la dinámica económica.....	90
4.7. <i>Las tensiones en salud</i> .....	92
4.8. <i>Configuraciones en salud y ejes estructurales del territorio</i> .....	98
4.9. <i>Salida Estratégica de PASE a la Equidad en Salud</i> .....	101
 BIBLIOGRAFÍA.....	 108
 GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	 114
 ACRÓNIMOS, SIGLAS Y ABREVIATURAS.....	 133
 LISTADO DE FIGURAS.....	 135
 LISTADO DE TABLAS.....	 136
 ANEXOS.....	 137
Anexo I: Normas para el proceso de elaboración y ejecución de los PTS.....	137
Anexo II: Hitos 2012-2013: Inicio periodo Constitucional Territorial 2012-2015 y Adopción PDSP 2012-2021.....	143

# INTRODUCCIÓN

La Constitución de 1991 estableció como fines del Estado la promoción del desarrollo integral, el fortalecimiento de la democracia participativa y pluralista y la garantía de los derechos humanos. Así mismo, organizó el Estado bajo un modelo unitario, descentralizado y con autonomía de sus entidades territoriales.

A través de la Ley 1444 de 2011 se crea el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). En su regulación, el Decreto 4107 de 2011 determina que dentro de las funciones y objetivos que están en el marco de sus competencias se encuentran la formulación, adopción, dirección, coordinación, ejecución y evaluación de la política pública en materia de salud, salud pública, y promoción social en salud, así como la participación en la formulación de las políticas en materia de pensiones, beneficios económicos periódicos y riesgos profesionales, que se desarrolla a través de la institucionalidad que comprende el sector administrativo.

De este modo, el MSPS debe dirigir, orientar, coordinar y evaluar el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y el Sistema General de Riesgos Profesionales (MSPS 2011). Dentro de sus más de treinta funciones designadas, sobresalen las siguientes:

- Formular la política, dirigir, orientar, adoptar y evaluar la ejecución, planes, programas y proyectos del Gobierno Nacional en materia de salud, salud pública, riesgos profesionales, y de control de los riesgos provenientes de enfermedades comunes, ambientales, sanitarias y psicosociales, que afecten a las personas, grupos, familias o comunidades.
- Formular, adoptar y coordinar las acciones del Gobierno Nacional en materia de salud en situaciones de emergencia o desastres naturales.
- Formular y evaluar las políticas, planes, programas y proyectos en materia de protección de los usuarios, de promoción y prevención, de aseguramiento en salud y riesgos profesionales, de prestación de servicios y atención primaria, de financiamiento y de sistemas de información, así como los demás componentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- Promover, de conformidad con los principios constitucionales, la participación de las organizaciones comunitarias, las entidades no gubernamentales, las instituciones asociativas, solidarias, mutuales y demás participantes en el desarrollo de las acciones de salud.
- Promover la articulación de las acciones del Estado, la sociedad, la familia, el individuo y los demás responsables de la ejecución de las actividades de salud, riesgos profesionales y promoción social a cargo del Ministerio.
- Asistir técnicamente en materia de salud, y promoción social a cargo del Ministerio, a las entidades u organismos descentralizados

territorialmente o por servicios. (Decreto 4107 de 2011).

Esta última función le corresponde a la Dirección de Epidemiología y Demografía para diversos temas que, además y de manera particular, tiene en sus manos la puesta en marcha del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021, entendido como

la política de salud pública esencial del Estado que reconoce y garantiza la salud como un derecho fundamental, una dimensión central del desarrollo humano y un instrumento indispensable para lograr la paz y la equidad social, con bienestar integral y calidad de vida, a través de la acción de todos los sectores que están involucrados directamente con los determinantes sociales de la salud. (MSPS 2013: 59)

Para la puesta en funcionamiento del PDSP en el nivel territorial, el MSPS definió el diseño e implementación de la Estrategia PASE a la Equidad en Salud, con la contribución del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Universidad Externado de Colombia (UEC), mediante la adaptación conceptual y metodológica del Modelo BIT PASE (Balance de las Tensiones que se generan en las Interacciones entre la Población, el Ambiente, la organización Social y la Economía) y la Estrategia PASE al Desarrollo, diseñados por estas entidades.

La Estrategia PASE a la Equidad en Salud busca brindar elementos conceptuales, normativos, metodológicos, pedagógicos, técnicos y operativos a las entidades territoriales, para la formulación, implementación, monitoreo y evaluación de Planes Territoriales de Salud (PTS) que cumplan con los objetivos estratégicos propuestos en el PDSP.

Para brindar asistencia técnica a las entidades territoriales en la formulación, implementación, monitoreo y evaluación del PDSP, el MSPS desarrolló el modelo de Asistencia Técnica Regional Unificado (ATRU) que busca, mediante actividades de formación, asesoría y acompañamiento, asistir a las entidades territoriales para poner en marcha los siguientes procedimientos específicos: comunicación y mercadeo social; movilización social para el desarrollo; análisis de situación de salud; incidencia política y técnica, planeación estratégica; planeación operativa; monitoreo, seguimiento y evaluación, en busca del cumplimiento de los grandes objetivos del PDSP.

La implementación del PDSP sólo puede lograrse en el marco de una amplia cooperación transectorial, por tal razón, la propuesta del modelo BIT PASE y la estrategia de asistencia técnica y formación activa<sup>1</sup> PASE al Desarrollo

---

<sup>1</sup> Se trata de la formación y transformación de los equipos técnicos tanto en lo concerniente a competencias y habilidades como a lo que atañe a criterios y principios para la acción, en un proceso de construcción



pueden contribuir notablemente a la consecución de este objetivo, pues han sido desarrollados, justamente, para lograr la formulación de políticas públicas integrales e integradas, en donde la acción de los distintos sectores se enfoque al servicio de las metas y objetivos de política concertados.

Dado que el modelo BIT PASE brinda las herramientas necesarias para lograr una comprensión integral del territorio, y que el PDSP aboga por la lectura de determinantes sociales de la salud, poniendo el acento en la comprensión de los diversos factores que interactúan en un territorio y que dan como resultado condiciones o situaciones específicas de salud, la materialización de los propósitos de los próximos (PTS) implica aproximaciones que trascienden la actuación sectorial y avanzan hacia la confluencia de los diversos sectores de la sociedad, tanto institucionales como comunitarios. En este sentido, la concreción de los objetivos y metas establecidos en el PDSP requiere del ajuste institucional para que puedan confluir diversos sectores y la comunidad de manera armónica en la gestión pública de la salud.

Tomando en consideración lo hasta aquí dicho, el presente documento expone los conceptos fundamentales de la Estrategia PASE a la Equidad en Salud, para aportar al entendimiento de la propuesta que este nuevo paradigma plantea en cuanto la comprensión de la salud y los modos de implementar una política que mejore el acceso a este derecho por parte de la población colombiana.

En armonía con lo anterior, el primer capítulo del presente escrito pone en contexto las propuestas y posibilidades de la Estrategia por medio de una breve presentación de la evolución histórica del concepto de salud y de la manera como ésta se entiende en el PDSP 2012-2021. En este capítulo también se explica la importancia de la planificación y la gestión en salud, se exponen las dimensiones de la salud contempladas en el PDSP y posteriormente se hace referencia a la formulación de los PTS en el marco del PDSP, 2012-2021.

El segundo capítulo brinda una completa definición de la Estrategia PASE a la Equidad en Salud, explica su estructura normativa, su modelo conceptual y su desarrollo metodológico, pedagógico y técnico.

En el capítulo tercero se expone la base conceptual de la Estrategia a través de la descripción del Modelo BIT PASE, sus principios y fundamentos. Se realiza luego una presentación detallada de las cuatro dimensiones del desarrollo (poblacional, ambiental, social y económica) y de las tensiones que se producen en su interacción, para cerrar con la formulación del concepto de configuración territorial.

---

conjunta de responsabilidades, sentidos y conocimiento colaborativo inmerso, a su vez, en procesos horizontales de aprendizaje.

Por último, el capítulo cuarto muestra en profundidad los elementos conceptuales de la Estrategia PASE a la Equidad en Salud, las nociones de determinantes estructurales e intermediarios y cómo actúan éstos en la salud. Así mismo, ofrece un pormenorizado desglose sobre las relaciones que se establecen entre las dimensiones del desarrollo y la salud, cómo se transforman en determinantes de la salud las dinámicas del desarrollo y cómo a partir de la interacción entre éstas y la salud surgen las desigualdades e inequidades. Aborda luego el tema de las tensiones en salud y prosigue con una aproximación teórica acerca de las configuraciones en salud y los ejes estructurales del territorio. Para finalizar, se realiza una breve y precisa exposición sobre la Salida Estratégica de PASE a la Equidad en Salud.

Los demás elementos que componen la Estrategia, como el marco normativo, los desarrollos metodológicos, técnicos y pedagógicos, así como la estructura operativa y logística, serán objeto de desarrollo posterior.

# 1. LA SALUD Y LA PLANEACIÓN TERRITORIAL DE LA SALUD EN EL MARCO DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA (PDSP) 2012-2021

## 1.1. Evolución histórica del concepto de salud

A lo largo de la historia la salud ha sido abordada conceptualmente desde múltiples perspectivas que se han visto influidas por el enfoque epistemológico y la comprensión del ser humano en cada época. Durante mucho tiempo las aproximaciones al concepto de salud se ligaron a la interpretación de la génesis de la enfermedad; así, en épocas remotas, la concepción mágico/religiosa que atribuía el origen de la enfermedad a condiciones sobrenaturales comprendía la salud desde la misma perspectiva, en donde dioses, brujos y chamanes eran quienes tenían la capacidad de restablecerla.

Escritos como el Papiro Ebers, la Biblia, el Corán y el Talmud permiten evidenciar cómo, además del manejo de las enfermedades internas, a partir de la aparición de plagas, pestes, contagios y epidemias que afectaban a poblaciones enteras, se empiezan a desarrollar conceptos y acciones de control social, como el lavado de manos y los alimentos, la circuncisión, el aislamiento de enfermos y la inhumación (López-Moreno et ál. 2000 y Vergara 2007).

Hipócrates atribuye la aparición de enfermedades al ambiente mal sano (miasmas) y señala la influencia del modo de vida y el ambiente en la salud de la población, es así como en su texto *Aires, aguas y lugares* anota que: “la dieta, el clima y la calidad de la tierra, los vientos y el agua son los factores involucrados en el desarrollo de las enfermedades en la población, al influir sobre el equilibrio del hombre con su ambiente” (Quevedo 1990). Entre los siglos IV y XVII la hegemonía de la Iglesia católica influyó también en este concepto, desde esta visión la enfermedad y la salud significaron tanto el castigo como el perdón divino (Quevedo 1990).

Durante los siglos XVII y XIX, el empirismo clínico y el descubrimiento de los microorganismos relacionaron la enfermedad con la acción de un agente externo de tipo biológico, éste fue considerado, erróneamente, como el origen de todos los procesos patológicos.

En el enfoque biologicista, los esfuerzos por demostrar la transmisibilidad de los padecimientos y por concretar la enfermedad en una realidad visible, palpable y medible (la lesión) influyeron considerablemente en la manera de entender y abordar el concepto salud-enfermedad. Surgieron así las explicaciones causales de la enfermedad (unicausal y multicausal), el análisis de su historia natural (agente, huésped y ambiente) y la clasificación anatómica de las

patologías, lo que se convirtió en un obstáculo epistemológico que llevó a considerar la existencia de la enfermedad a partir del momento en que aparecía la lesión y se manifestara por medio de los signos. En este sentido, la salud fue entendida como la ausencia de lesiones y de sus signos (Quevedo 1990).

La concepción de la salud integral se ligó a un concepto más comprensivo, holístico y ecológico del ser humano, que incluye factores ambientales, sociales y económicos como dimensiones relacionadas con la salud. De otra parte, el surgimiento de nuevas posturas, como aquellas que indican que la enfermedad es una realidad construida, en la que participan no sólo elementos somáticos del ser humano, sino también elementos psíquicos y sociales, se relacionan con la definición de salud propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Constitución, aprobada en 1948,<sup>2</sup> en donde es considerada como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de enfermedad o dolencia” (OMS 1946). Esta definición se enriqueció con lo propuesto en la Declaración de Alma-Ata,<sup>3</sup> en 1978, en donde se reconoció la salud como “un derecho humano fundamental” que busca “el logro del grado más alto posible de salud”, cuya realización “exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud” (Alma-Ata 1978).

Actualmente se retoman los planteamientos de la medicina social que durante la Revolución Industrial en Europa dejó en evidencia la relación problemática entre la enfermedad y la sociedad, sacando a relucir problemas como el hambre, la pobreza, las excesivas horas de trabajo y el hacinamiento. Estos planteamientos fueron retomados en el siglo XX por la disciplina llamada *sociología médica* y por el movimiento de *medicina social*. Sus postulados señalan que la enfermedad tiene un carácter histórico y social y que “el proceso salud-enfermedad colectiva determina las características básicas sobre las cuales gravita la variación biológica individual”, es decir, que la historia social de un individuo condiciona su biología y determina la probabilidad de que éste enferme de un modo particular (Alma-Ata 1978).

## **1.2. La salud en el PDSP 2012-2021**

El PDSP 2012-2021 reconoce las diferentes aproximaciones conceptuales sobre la salud que se han elaborado a través de la historia y las integra a la definición propuesta por la OMS, de este modo, la reconoce como un derecho fundamental, acogiendo el enfoque de los derechos económicos, sociales y culturales. La comprende, entonces, como un hecho ligado a las condiciones y posiciones de los distintos actores sociales que, de acuerdo al enfoque diferencial,

---

<sup>2</sup> Constitución de la Organización Mundial de la Salud, aprobada en la Conferencia Internacional de Salud de 1946, y que entró en vigor el 7 de abril de 1948.

<sup>3</sup> La Declaración de Alma-Ata se llevó a cabo en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata, actualmente Almaty (capital de la entonces República Socialista Soviética de Kazajistán), del 6 al 12 de septiembre de 1978.

se encuentran inmersos en específicas dinámicas culturales, económicas, políticas, étnicas, de género, de ciclo de vida o de vulnerabilidad.

Adicionalmente, retoma la definición incluida en la Ley 1122 de 2007 en donde se establece que

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

De igual manera, recoge los elementos esenciales, principios, derechos y deberes de la Ley estatutaria en salud que tiene por objeto “garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección”.

El PDSP 2012-2021 corresponde a la respuesta política del Estado en el marco de la estrategia de atención primaria en salud,<sup>4</sup> para alcanzar la equidad en salud, la cual se logra cuando “todas las personas alcanzan su potencial de salud independientemente de sus condiciones sociales, culturales y económicas” (MSPS 2013: 27) y se convierte “en pacto social y un mandato ciudadano que define la actuación articulada entre actores y sectores públicos, privados y comunitarios para crear condiciones que garanticen el bienestar integral y la calidad de vida en Colombia” (MSPS 2013: 28).

Así, el PDSP es la carta de navegación que plantea la línea de trabajo para dar respuesta a los desafíos actuales en salud pública en busca de lograr la reducción de la inequidad en salud; de este modo, tal y como lo indica en sus objetivos estratégicos, busca: “1) avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud; 2) mejorar las condiciones de vida y salud de los habitantes; y 3) mantener cero tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitable” (MSPS 2013: 28).

Además, el PDSP plantea como retos, en el marco del sistema de protección social, la consolidación de las capacidades técnicas en los ámbitos nacional y territorial para la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de las

---

<sup>4</sup> Artículo 6, Ley 1438 de 2011: “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”.

intervenciones, de acuerdo con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) (ONU 2000); respondiendo a los compromisos internacionales del país, así como a la normatividad vigente correspondiente de nuestro Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), especialmente la Ley 1438 de 2011 que lo reforma respondiendo a los principios del mismo (universalidad, solidaridad, igualdad, obligatoriedad, prevalencia de derechos, enfoque diferencial, equidad, calidad, eficiencia, participación social, progresividad, libre escogencia, sostenibilidad, transparencia, descentralización administrativa, complementariedad y concurrencia, corresponsabilidad, irrenunciabilidad, intersectorialidad, prevención y continuidad) y brinda los elementos necesarios para cumplir con las competencias y funciones del Ministerio de Salud y Protección Social definidos en el Decreto 4107 de 2011, así como las competencias territoriales definidas en la Ley 1438 de 2011.

Sumado a lo anterior, el PDSP adapta el modelo conceptual de la Comisión sobre Determinantes Sociales, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que reconoce como *determinantes estructurales* las políticas sociales globales nacionales y locales, la cultura y los valores sociales y las políticas públicas, vinculándolas a la posición socioeconómica, las costumbres y tradiciones, el enfoque de derechos y el enfoque diferencial. De igual manera, incorpora como *determinantes intermediarios* sus dimensiones prioritarias, consideradas como aspectos fundamentales deseables de lograr para la salud y el bienestar de todo individuo, las condiciones materiales de los entornos, los comportamientos, modos y estilos de vida, así como los servicios de salud y sociales.

De acuerdo a los anteriores planteamientos, el PDSP busca “la afectación positiva de los determinantes estructurales de la salud (equidad social), sentar las bases para un cambio en el enfoque de la gestión en salud (capital social y desarrollo humano) y mejorar las condiciones de vida y salud (determinantes intermediarios de la salud)” a través del fortalecimiento de la acción transectorial, la participación social, las alianzas público-privadas y el desarrollo de las capacidades humanas (MSPS 2013: 82).

### **1.3. Las dimensiones de la salud en el PDSP 2012-2021**

Según el diseño del PDSP los objetivos estratégicos se despliegan en acciones e intervenciones para ocho **dimensiones prioritarias** para la vida que “representan aspectos fundamentales deseables de lograr para la salud y el bienestar de todo individuo, sin distinción de género, etnia, ciclo de vida, nivel socioeconómico o cualquier otro aspecto diferencial” (MSPS 2013: 87), estas dimensiones son: Salud ambiental; Vida saludable y condiciones no transmisibles; Convivencia social y salud mental; Seguridad alimentaria y nutricional; Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos; Vida saludable y enfermedades transmisibles; Salud pública en emergencias y desastres; Salud y ámbito laboral. Estas dimensiones están entrelazadas por dos **dimensiones transversales**: Gestión

diferencial de poblaciones vulnerables que da cuenta de los desarrollos diferenciales específicos de individuos y colectivos (etapa de ciclo vital, género, etnia, condición de discapacidad, víctimas de conflicto armado interno) y, Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la gestión de la salud, relacionada con el fortalecimiento institucional y de los servicios de salud (autoridad sanitaria).

Las anteriores dimensiones constituyen elementos técnicos y políticos, ordenadores del abordaje y la actuación sectorial, transectorial y comunitaria. Tanto la acción sectorial como la transectorial deberán dar respuesta a las tensiones entre las dimensiones del desarrollo, que limitan restringen o impiden el acceso a una vida larga y saludable, modificando así los determinantes de la salud.

### 1.3.1 Dimensión ambiental

Esta dimensión incluye dos componentes: hábitat saludable y situaciones de salud relacionadas con condiciones ambientales. Las acciones en esta dimensión deben afectar positivamente los determinantes ambientales de la salud.

El componente de **hábitat saludable** busca reducir las inequidades relacionadas con:

- Acceso a agua potable, coberturas de acueducto, alcantarillado y aseo.
- Calidad del agua y gestión de residuos sólidos y líquidos.
- Calidad del aire, ruido, radiaciones electromagnéticas, urbanismo, ruralidad, movilidad, condiciones de vivienda y espacios públicos.
- Riesgo biológico asociado a la presencia de vectores y tenencia de animales.
- Sustancias y productos químicos, residuos peligrosos, nanotecnologías y dispositivos médicos.
- Producción limpia.
- Promoción de la salud de los trabajadores, promoción de entornos de trabajo saludables y prevención de riesgos laborales.
- Protección y recuperación de entornos y ecosistemas estratégicos.
- Agendas, acuerdos y convenios sobre salud ambiental.
- Control y vigilancia sanitaria en terminales portuarias y puntos de entrada (MSPS 2013: 170-179).

El componente **situaciones de salud relacionadas con condiciones ambientales** incidirá en situaciones de interés en salud pública interviniendo los factores, riesgos y daños de orden social, sanitario y ambiental, para modificar la carga ambiental de la enfermedad, incluye la identificación y abordaje de:

- Eventos de interés en salud pública relacionados con condiciones ambientales.



- Carga ambiental de enfermedades prioritarias.
- Nuevas amenazas para la salud provenientes de factores ambientales (MSPS 2013: 179).

Para el logro de los objetivos de esta dimensión, los distintos sectores de la administración pública tienen claras competencias en materia de protección y preservación de las fuentes hídricas, la calidad del aire, la protección en zonas de riesgo y amenaza, la promoción de ecosistemas verdes, entre otras; así como sobre la vigilancia y control de actividades económicas y sociales degradantes del medio ambiente.

### 1.3.2. Dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles

Esta dimensión incluye dos componentes: modos condiciones y estilos de vida saludables y condiciones crónicas prevalentes.

En el componente de **modos condiciones y estilos de vida saludables** se propician entornos cotidianos que favorezcan una vida saludable, así como los determinantes que afectan el modo de vida de la sociedad y definen estilos de vida no saludables; incluye:

- La promoción de un marco político y normativo para favorecer positivamente las condiciones de vida y bienestar.
- La garantía de infraestructuras, bienes y servicios saludables.
- El desarrollo de aptitudes para un mejor control sobre la salud y el medio ambiente.
- El fortalecimiento de la movilización, construcción de alianzas y desarrollo de redes de apoyo por una cultura que promueva y proteja la salud (MSPS 2013: 184).

Las acciones en este componente son de competencia de los sectores con responsabilidad sobre el medio ambiente, así como de los responsables de la prestación de bienes servicios sociales y económicos. Incluye una importante cooperación por parte de la participación ciudadana y de la sociedad civil.

En el componente **condiciones crónicas prevalentes** las acciones se orientan a promover el acceso y abordaje efectivo de las Enfermedades No Transmisibles (ENT) y las alteraciones de la salud bucal, visual y auditiva, en los servicios de salud y otros servicios sociales, interviniendo los determinantes sociales de la salud, los factores de riesgo y el daño acumulado para disminuir la carga de enfermedad evitable y discapacidad.



Dentro de los objetivos de este componente se incluye:

- Mejorar la capacidad de respuesta del SGSSS, para la prevención, control, intervención y atención integral de las ENT y las alteraciones de la salud bucal, visual y auditiva.
- Desarrollar capacidades para la investigación en salud y la vigilancia, control y evaluación de la gestión y resultados.
- Promover estrategias de servicios socio-sanitarios para un envejecimiento activo y de atención a grupos vulnerables (MSPS 2013: 189).

### **1.3.3. Dimensión convivencia social y salud mental**

Esta dimensión incluye dos componentes: promoción de la salud mental y la convivencia, y prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia.

El componente **promoción de la salud mental y la convivencia busca:**

- El fomento de la cultura del autocuidado y la corresponsabilidad social en torno a la salud mental.
- Aumentar la incidencia en la transformación de imaginarios sociales y culturales para la generación de comportamientos y entornos que puedan proteger la salud mental y la convivencia social.
- La promoción de factores protectores de la salud mental y la convivencia social en individuos y poblaciones que poseen riesgos específicos.
- Intervenir positivamente, a través de procesos de acción transectorial, los determinantes psicosociales de la salud y la calidad de vida de la población víctima del conflicto (MSPS 2013: 195).

Incluye un amplio trabajo transectorial con los sectores a cargo de la prestación de servicios sociales, en especial el sector educación y cultura, así como la institucionalidad encargada de proveer justicia y protección a los ciudadanos.

El componente **prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y diferentes formas de violencia** está orientado a:

- Intervenir factores de riesgo.
- Garantizar la atención integral de problemas y trastornos mentales.
- Mitigar y superar el impacto de diferentes formas de violencia sobre la salud mental.
- Identificar en la población víctima del conflicto armado las necesidades, efectos y daños que requieren atención psicosocial sectorial y transectorial.

- Fortalecer las redes institucionales y comunitarias para la atención psicosocial de las víctimas del conflicto en Colombia (MSPS 2013: 198).

#### 1.3.4. Dimensión seguridad alimentaria y nutricional

Esta dimensión incluye tres componentes: disponibilidad y acceso a alimentos, consumo y aprovechamiento biológico, e inocuidad y calidad de los alimentos.

El componente **disponibilidad y acceso a alimentos** apunta a garantizar:

- La adecuada oferta de alimentos prioritarios establecidos en el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional.
- El acceso al grupo de alimento prioritario (MSPS 2013: 202).

Ello exige una fuerte intervención del Estado, tanto para aumentar la producción y la productividad agropecuaria, como para disminuir el porcentaje de población por debajo de la línea de pobreza e indigencia, condiciones sin las cuales difícilmente pueda lograrse la seguridad alimentaria y nutricional.

El componente **consumo y aprovechamiento biológico** incluye dentro de sus objetivos:

- Lograr que la población consuma una alimentación completa, equilibrada, suficiente y adecuada.
- Mejorar el nivel de aprovechamiento y utilización biológica de los alimentos.

Contempla además acciones para garantizar que los alimentos no causen daño al consumidor, a través de:

- El desarrollo de un marco institucional para promover la participación coordinada de las entidades públicas y de la ciudadanía.
- El perfeccionamiento del marco regulatorio para la protección de la salud de las personas y los derechos de los consumidores.
- La modificación del sistema de inspección vigilancia y control de los alimentos para tener una mayor capacidad de respuesta ante una crisis alimentaria.
- La promoción de prácticas de autocontrol en la cadena de producción de la industria alimentaria (MSPS 2013: 206).

#### 1.3.5. Dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos

Esta dimensión incluye dos componentes: promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género, y prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos.

El componente **promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género** está orientado a garantizar el ejercicio de los derechos relacionados con la sexualidad y la reproducción. Centra su acción en el fortalecimiento de la institucionalidad para la coordinación y promoción de los derechos sexuales y reproductivos; en la inclusión de programas pertinentes en los instrumentos de planeación territorial; y en la garantía de educación sexual a los niños y adolescentes (MSPS 2013: 209).

Este componente plantea para el logro de sus objetivos:

- Desarrollar estrategias de **prevención** y atención integral, humanizada y de calidad.
- Garantizar el acceso a la atención preconcepcional, prenatal, del parto y del puerperio, así como a la prevención del aborto inseguro.
- Mejorar la salud y promover el acceso a servicios integrales en salud sexual y reproductiva en la población de adolescentes y jóvenes.
- Garantizar la atención integral a las víctimas de violencia de género y sexual.
- Garantizar el acceso a la prevención y a la atención integral de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH/Sida. (MSPS 2013: 209-212).

### 1.3.6. Dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles

Esta dimensión tiene tres componentes: enfermedades emergentes, reemergentes y desatendidas; enfermedades inmunoprevenibles y condiciones o situaciones endemoepidémicas.

El componente de enfermedades emergentes, reemergentes y desatendidas se plantea como objetivos:

- Reducir la carga de enfermedades como tuberculosis, infección respiratoria aguda y la enfermedad de Hansen.
- Reducir la carga de enfermedades re-emergentes y desatendidas.
- Vigilar y controlar las enfermedades generadas por patógenos, condiciones nuevas y reemergentes.
- Reducir la carga de infecciones asociadas a la atención en salud y contener la resistencia de antimicrobianos (MSPS 2013).

De otra parte, el componente de **enfermedades inmunoprevenibles** apunta a disminuir el riesgo de enfermedad y muerte por enfermedades prevenibles por vacuna, y el componente de **enfermedades endemoepidémicas** busca prevenir, controlar o minimizar los riesgos que propician la aparición de eventos que se caracterizan por presentar endemias focalizadas, escenarios variables de transmisión y patrones con comportamientos seculares, temporales, estacionales y cíclicos en poblaciones de riesgo a través de:

- La reducción de la carga de Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV): malaria, dengue, leishmaniasis, enfermedad de Chagas.
- La promoción, prevención, vigilancia y control de las enfermedades transmitidas por animales vertebrados: encefalitis, rabia, leptospirosis, brucelosis, toxoplasmosis y otras (MSPS 2013: 224-226).

### 1.3.7. Dimensión salud pública en emergencias y desastres

Esta dimensión propende por la protección de individuos y colectivos ante los riesgos de emergencias o desastres que tengan impacto en salud pública, procurando reducir los efectos negativos en la salud humana y ambiental. Incluye dos componentes: gestión integral del riesgo en emergencias y desastres, y respuesta en salud ante situaciones de urgencia, emergencias en salud pública y desastres.

El componente **gestión integral del riesgo en emergencias y desastres** comprende:

- La generación de espacios de información y conocimiento sobre el riesgo de desastres y la planificación, atención, seguimiento y evaluación.
- La reducción del riesgo de desastres actuales y futuros.
- La ampliación y mantenimiento de las capacidades básicas de vigilancia y respuesta en el marco del Reglamento Sanitario Internacional 2005.
- El suministro seguro, oportuno y suficiente de sangre y componentes sanguíneos en los centros de atención hospitalaria.

Por su parte, el componente de **emergencias en salud pública y desastres** busca fortalecer la respuesta implementando estrategias de atención, reconstrucción y recuperación (MSPS 2013: 232).

### 1.3.8. Dimensión salud y ámbito laboral

Esta dimensión busca el bienestar y protección de la salud de los trabajadores, incluye dos componentes: seguridad y salud en el trabajo, y situaciones prevalentes de origen laboral.

El componente **seguridad y salud en el trabajo** se ocupa de gestionar en los ámbitos laborales (formal e informal) entornos saludables, a través de:

- La caracterización de poblaciones laborables vulnerables del sector formal e informal de la economía.
- El desarrollo de estrategias para facilitar el acceso al sistema general de riesgos laborales.
- El fomento de una cultura preventiva.

- La ejecución de un plan de acción de promoción y prevención dirigido a poblaciones laborales vulnerables (MSPS 2013: 237).

El componente de **situaciones prevalentes de origen laboral** se orienta a disminuir los accidentes de trabajo, evidenciar las enfermedades laborales y fortalecer el proceso de calificación de origen y pérdida de la capacidad laboral. Además, se plantea como objetivos:

- Fortalecer la determinación del origen de la enfermedad diagnosticada y favorecer su registro en el sistema de información en salud.
- Definir la política nacional de investigación científica sobre seguridad y salud en el trabajo.
- Identificar e intervenir problemas emergentes o sin intervención en materia de salud laboral.

Además de las 8 dimensiones prioritarias, el PDSP incluye 2 dimensiones transversales: **Gestión diferencial de poblaciones vulnerables** y **Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la gestión de la salud**.

### 1.3.9. Gestión diferencial de poblaciones vulnerables

En cumplimiento a lo establecido por el Gobierno Nacional en relación con el reconocimiento de las diferencias sociales y la aplicación de medidas en favor de aquellos grupos sociales en los que esas diferencias significan desventaja o situación de mayor vulnerabilidad, el PDSP incluye como objetivos en esta dimensión: “atender los determinantes particulares que conllevan inequidades sociales y sanitarias persistentes en la primera infancia, infancia y adolescencia; envejecimiento y vejez; salud y género; salud en poblaciones étnicas; discapacidad y víctimas del conflicto”; y “fomentar buenas prácticas de gestión y desarrollo de capacidades que favorezcan la movilización social de todos los sectores (...) en la planeación y control social de la ejecución de intervenciones y recursos” (MSPS 2013: 248). Los objetivos, metas y estrategias diferenciales propuestas en esta dimensión se complementan con las acciones incluidas en las ocho dimensiones prioritarias.

Los objetivos propuestos para cada grupo poblacional se presentan a continuación:

#### **Desarrollo integral de niños, niñas y adolescentes**

- Lograr la construcción de políticas públicas sectoriales y transectoriales orientadas a alcanzar el desarrollo integral de niños, niñas y adolescentes.
- Garantizar que el sector salud se constituya como un entorno que reconozca a las niñas, niños y adolescentes como sujetos de derecho.

- Lograr en los territorios la identificación de prioridades de política pública para esta población.

### **Envejecimiento y vejez**

- Reconocer el impacto del envejecimiento poblacional como fenómeno irreversible que debe ser abordado con efectividad.
- Promover el envejecimiento activo durante todo el curso de la vida y en todos los ámbitos cotidianos.
- Fortalecer la participación e integración social de la población mayor para un ejercicio efectivo de la ciudadanía.
- Fortalecer la atención integral y la prestación de servicios para la población mayor de 60 años.
- Desarrollar seguimiento y evaluación a los procesos de implementación de las políticas públicas de envejecimiento y vejez, así como de apoyo y fortalecimiento a las familias.
- Establecer el sistema de garantía de la calidad de las instituciones de promoción y protección social que prestan servicios a las personas mayores.

### **Salud y género**

- Promover condiciones que favorezcan el acceso a la atención efectiva en salud de los hombres y mujeres durante el transcurso de su vida.
- Garantizar la adecuación de los servicios de salud con perspectiva de género.

### **Salud en poblaciones étnicas**

- Asegurar las acciones diferenciales en salud pública para los grupos étnicos garantizando el goce efectivo del derecho a la salud, mejorar las condiciones de vida y salud de esta población y lograr cero tolerancia frente a morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables.

### **Discapacidad**

- Prevenir la discapacidad en la población general y garantizar que las personas con discapacidad disfruten del derecho al más alto nivel posible de salud.
- Promover los procesos de inclusión social de las personas con discapacidad.
- Promover el reconocimiento de las personas con discapacidad como sujetos de derecho.
- Promover estrategias de información, educación y comunicación en salud accesibles para las personas con discapacidad.

- Cualificar la gestión de información en discapacidad.
- Brindar información y formación a las personas que trabajan en el sector salud y en otros sectores, sobre la discapacidad y sus particularidades frente al derecho a la salud.

### **Víctimas del conflicto armado interno**

- Asegurar las acciones diferenciales en salud pública entre la población víctima del conflicto armado para garantizar el acceso, a mejorar las condiciones de vida y salud así como a lograr un nivel de cero tolerancia frente a morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables.

### **1.3.10. Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud**

Esta dimensión tiene como objetivo

lograr que las autoridades sanitarias nacionales y locales recuperen, desarrollen o perfeccionen, sus capacidades básicas para actuar como planificadores e integradores de las acciones relacionadas con la producción de la salud dentro y fuera del sector salud, y de la respuesta propia del sector, teniendo en cuenta dos tipos de capacidad: *la capacidad de medios (...)* y la capacidad de resultados. (MSPS 2013: 285-286)

Con el fortalecimiento de la autoridad sanitaria se espera disminuir, por una parte, “el riesgo primario en la población, es decir, la aparición de nueva morbilidad” y “la incidencia en los eventos”; y por otra, “controlar el riesgo técnico” o la “disminución de la incidencia de los eventos” derivados de fallas de atención en los servicios de salud y de la mayor carga de enfermedad por mortalidad y discapacidad evitable (MSPS 2013: 286).

Como estrategias para lograr los anteriores objetivos se incluyen: fortalecimiento de la regulación, la conducción, la gestión administrativa y financiera, la vigilancia epidemiológica y sanitaria, así como el desarrollo de estrategias para garantizar el aseguramiento y la provisión adecuada de servicios de salud (MSPS 2013: 286).

El fortalecimiento de la regulación incluye los siguientes aspectos:

- Plan de fortalecimiento de la rectoría nacional de la salud pública que comprende la formulación e implementación del PDSP, el fortalecimiento de la promoción de la salud, la reestructuración de los programas nacionales como Estrategias de Gestión Integrada (EGI), la implementación del Plan de recuperación de capacidades sanitarias básicas de las entidades territoriales, el desarrollo de la Estrategia Nacional de Comunicación en Salud y la actualización del Sistema Nacional de Vigilancia.



- Desarrollo del Sistema Integral de Información de la Protección Social (Sispro), labor que plantea la generación de una *bodega de datos única* en salud, el desarrollo del proceso de mejoramiento continuo de fuentes primarias de información y la definición de una agenda nacional única de estudios poblacionales en salud.
- Desarrollo del sistema de gestión del conocimiento en salud que defina la creación de un comité de investigaciones en salud; contribuya a la generación de alianzas entre el MSPS, instituciones de educación superior y demás actores pertinentes para el desarrollo de investigación y formación en salud pública y sistemas de salud; y que logre el posicionamiento de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS).
- Estrategia de articulación transectorial que plantea la puesta en marcha de la Comisión Intersectorial de Salud Pública, la abogacía con otros sectores para la reducción de inequidades sociales a través del abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud y la gestión para el fortalecimiento de las Comisiones Nacionales.
- Estrategia de armonización de la cooperación internacional para el PDSP, que comprende la gestión de oferta y demanda de cooperación internacional, el fortalecimiento de las capacidades de gestión en cooperación y relaciones internacionales, así como las relaciones internacionales del sector salud.

Por su parte, el fortalecimiento de la conducción comprende las siguientes estrategias:

- El Análisis de Situación de Salud (ASIS), con enfoque de determinantes sociales, que propone el desarrollo de una guía metodológica nacional y el acceso al Sispro.
- Fortalecimiento de las capacidades locales de gestión de la salud pública, tarea que comprende el desarrollo del Curso de fortalecimiento de las competencias indelegables de la autoridad sanitaria, así como el desarrollo de la “Caja de herramientas” para la gestión territorial.
- Fortalecimiento de medios y recursos territoriales para el ajuste de la política del talento humano en las entidades territoriales y el desarrollo de la metodología para la estimación de personal requerido.
- Normalización de las acciones colectivas para la salud pública, actividad que comprende el direccionamiento, acompañamiento metodológico y técnico para el rediseño de las intervenciones colectivas en salud pública; la definición por parte del MSPS de los mecanismos y condiciones para la prestación o desarrollo de las intervenciones colectivas de salud pública con las Empresas Sociales del Estado, universidades, profesionales independientes, entre otros; así como el desarrollo de estándares de calidad y procesos de verificación en relación con las acciones colectivas para la salud pública



Dentro de las estrategias para fortalecer la *gestión administrativa y financiera* se encuentran:

- Control del exceso de demanda, exceso de frecuencias de uso y sobrecosto en los servicios de salud; cometido que incluye el fortalecimiento de prácticas de buen gobierno en el sector salud, así como el desarrollo y apropiación de mecanismos administrativos, fiscales y sancionatorios para el control adecuado de los recursos para la salud y de la evasión de la afiliación al SGSSS.
- Desarrollo de un mecanismo de seguimiento al costo por patología, que comprende la publicación del rango de frecuencias de uso por tipo de servicio, el desarrollo de sistema de seguimiento al comportamiento estadístico y epidemiológico de tecnologías trazadoras y el desarrollo del Programa Nacional de Gestión del Policonsultador.
- Garantía de suficiencia del reconocimiento per cápita en el sistema, meta que incluye ajuste de primas para la ampliación del Plan Obligatorio de Salud (POS); ajuste de primas con incorporación de mayor número de variables predictoras del costo en salud; la inclusión y exclusión dinámica de patologías a la denominación o listado de alto costo, así como la implementación de mecanismos de incentivos financieros por resultados en Gestión del Riesgo en Salud y obtención de resultados en salud.
- Plan de saneamiento fiscal y financiero que plantea la definición del plan de salvamento a las Empresas Sociales del Estado (ESE) y el plan de saneamiento y reestructuración financiera de las entidades territoriales.
- Desarrollo del Sistema de Evaluación de Costo-Beneficio / Efectividad de Tecnologías en Salud y los mecanismos de referenciación de mercado. Tareas que definen la implementación del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud; la formulación, adopción y evaluación de una política de dispositivos médicos y tecnologías biomédicas, así como el desarrollo de la Política Farmacéutica Nacional.

Las *Estrategias para el Fortalecimiento de la Vigilancia Epidemiológica y Sanitaria* incluyen:

- Plan de recuperación de las capacidades básicas del sistema de vigilancia y respuesta en salud pública e Inspección, Vigilancia y Control (IVC), que define la consolidación, desarrollo y direccionamiento de todos los componentes de la vigilancia y la formulación del Plan de recuperación de la Red Nacional de Laboratorios departamentales.
- Proceso de actualización y modernización del Sistema Nacional de Vigilancia (Sivigila), que plantea el desarrollo y promueve la actualización de instrumentos, modelos de vigilancia del sistema y sus subcomponentes, vigilancia en salud pública y vigilancia sanitaria, y el componente de IVC.

Finalmente, y dentro de las *estrategias para garantizar el aseguramiento y provisión adecuada de servicios de salud* se encuentra:

- Gestión de la oferta de servicios, tarea que define el desarrollo del estudio nacional de la suficiencia de la red de servicios; la actualización y desarrollo de los estándares de habilitación y calidad; el direccionamiento y asistencia técnica para el desarrollo del enfoque de gestión de riesgo en salud; los flujos de información entre el MSPS, las Secretarías de Salud, las aseguradoras, o quien haga sus veces, y los prestadores de servicios de salud; el desarrollo e implementación de modelos diferenciales de atención y de prestación de servicios; el desarrollo e implementación de modelos especiales de cuidado integral a las víctimas de las diferentes formas de violencia social y a personas con enfermedades huérfanas y cáncer; el fortalecimiento de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), la promoción de mecanismos de participación ciudadana para el control de la provisión de servicios de salud y la gestión de los recursos para la atención en salud de la población pobre no cubierta con subsidios a la demanda.
- Política Farmacéutica Nacional, labor que plantea el desarrollo de un mecanismo de monitoreo sobre el cumplimiento efectivo del acceso universal a la prestación de servicios farmacéuticos esenciales y el fortalecimiento del sistema de alertas (farmacovigilancia).
- Eliminación de barreras de acceso a servicios de salud, lo que comprende la eliminación de barreras de acceso por negación de la atención debido a deudas entre asegurador y prestador; eliminación de barreras de acceso por falta de oportunidad o falta de oferta; eliminación de barreras de acceso por dispersión geográfica y limitaciones en vías y medios de comunicación; y eliminación de barreras de acceso por no cobertura.
- El Modelo Atención Primaria en Salud, que plantea el desarrollo de un modelo de atención adaptado a las condiciones territoriales, una estrategia de operador integrado para el manejo de la población y el aseguramiento en zonas especiales, el desarrollo de redes regionales con integración de servicios básicos y servicios de alta complejidad, el énfasis en la atención al medio ambiente y a la intervención de los determinantes sociales de la salud y la redefinición de procesos operativos entre entidades territoriales, prestadores y aseguradores.
- Política Nacional del Talento Humano en Salud, con la que se quiere promover los cambios normativos orientados a establecer las condiciones e incentivos, así como los requerimientos de talento humano de las entidades territoriales necesarios para la implementación del PDSP. Además, busca definir, desarrollar e incorporar en los procesos de educación formal y continua el perfeccionamiento de las competencias del talento humano requeridas para el fortalecimiento e implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS).

- Estrategia para incrementar la resolutivead<sup>5</sup> y disponibilidad de talento humano en salud, labor que persigue la definición del plan de fortalecimiento de la resolutivead del médico general ya egresado; el plan de fortalecimiento del plan académico para médicos generales en formación; las acciones para incrementar la disponibilidad de médicos en territorio rural disperso; las acciones para incrementar la formación y disponibilidad de especialistas; las acciones para aumentar la disponibilidad de personal de salud en las comunidades étnicas; las estrategias para promover la apertura de programas y cupos para la formación de los perfiles requeridos para la implementación del PDSP y la estrategia de (APS); y el diseño y ejecución de un programa de formación para parteras comunitarias y agentes comunitarios.
- Implementación del Mecanismo de Evaluación de Actores del Sistema por Resultados en Salud, para la generación y publicación de un tablero de indicadores específicos para cada tema priorizado en el Plan.

#### **1.4. Gestión de salud orientada a resultados**

El nuevo enfoque de la salud, los objetivos planteados por el PDSP y su abordaje a través de las dimensiones transversales y prioritarias anteriormente mencionadas requieren de un cambio en la gestión de las autoridades sanitarias y las administraciones territoriales, quienes ahora no sólo tienen el reto de alcanzar los resultados sectoriales, sino el desafío de movilizar y articular esfuerzos y recursos de la comunidad y de los demás sectores que tienen responsabilidades y competencias frente a las condiciones poblacionales, ambientales, sociales y económicas de las cuales depende la salud.

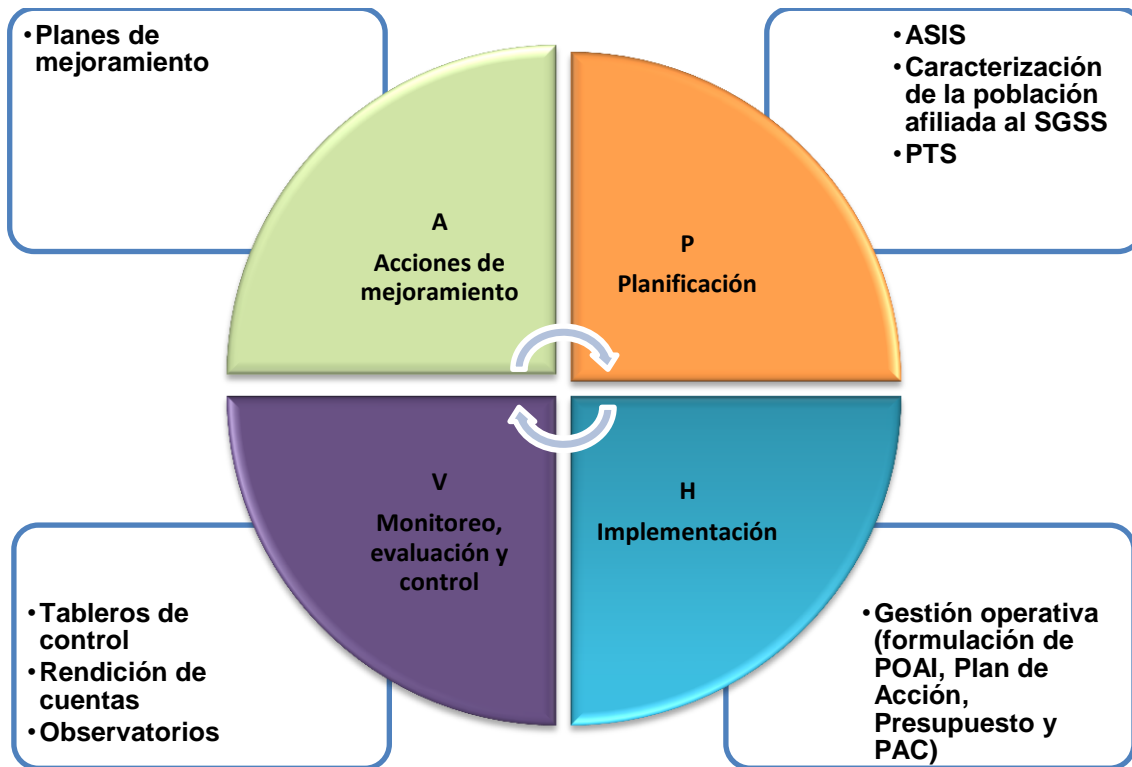
De acuerdo con lo anterior, tanto los procesos como los instrumentos del ciclo de la gestión de la salud (figura 1) deben ajustarse a partir del nuevo enfoque, lo cual supone, entre otras cosas, consolidar el carácter de pacto social del PDSP y lograr su apropiación y posicionamiento por parte de otros actores y sectores a través de estrategias de comunicación, incidencia política, abogacía y movilización. Cabe anotar que los procesos de gestión de la salud deben ser

---

<sup>5</sup> Posibilidad efectiva de dar respuesta a los problemas de salud.

realizados conforme a los principios de coordinación <sup>6</sup> , concurrencia <sup>7</sup> , complementariedad<sup>8</sup> y subsidiariedad.<sup>9</sup>

Figura 1. Ciclo de la gestión de salud



### a. Planificación

En este contexto, **la planificación** se entiende como el proceso participativo a través del cual se identifican y visualizan tanto las transformaciones requeridas para hacer más equitativa la salud y el desarrollo humano, mejorar las

<sup>6</sup> Coordinación: las autoridades de planeación del orden nacional, regional y las entidades territoriales deben garantizar que exista la debida armonía y coherencia entre las actividades que realicen de manera interna y en relación con las demás instancias territoriales para efectos de la formulación, ejecución y evaluación de sus planes de desarrollo.

<sup>7</sup> Concurrencia: cuando dos o más autoridades de planeación que posean facultades de distintos niveles deban desarrollar actividades en conjunto con miras al logro de un propósito común, su actuación tendrá que ser oportuna y deberá procurar la mayor eficiencia, respetándose mutuamente los fueros de competencia de cada una de ellas.

<sup>8</sup> Complementariedad: en el ejercicio de sus competencias en materia de planeación, las autoridades de este ámbito deben actuar en colaboración con otras autoridades dentro de su órbita funcional, con el fin de que el desarrollo de aquéllas tenga plena eficacia.

<sup>9</sup> Subsidiariedad: las autoridades de planeación del nivel más amplio deben apoyar transitoriamente a aquellas que carezcan de capacidad técnica para la preparación oportuna del plan de desarrollo.

condiciones de la misma y disminuir la carga de enfermedad, como las estrategias y los medios para alcanzarlas.

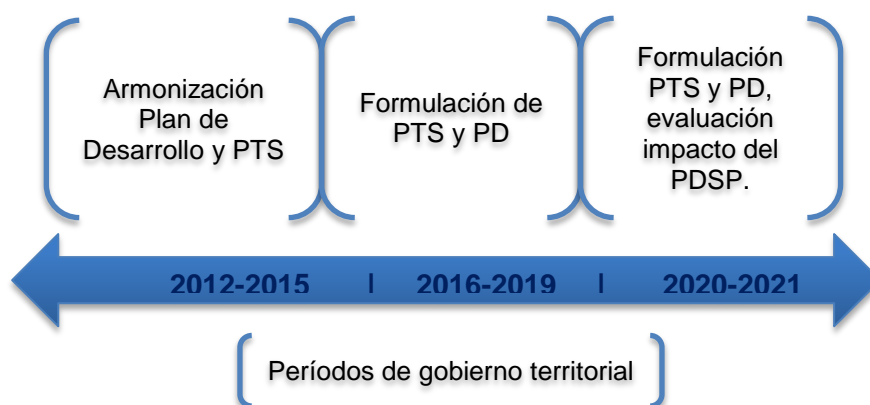
Este proceso, además de darle un norte al territorio hacia el cual orientar su gestión, contribuye a hacer un uso pertinente, efectivo y oportuno de los recursos, al permitir prever, bajo una secuencia lógica, las estrategias, acciones e intervenciones que deben adelantarse para alcanzar la visión de futuro compartida en materia de salud y desarrollo humano. Así mismo, brinda claridad frente a los roles que deben asumir los diferentes sectores y actores, la asignación de los recursos necesarios, la ubicación de las acciones e intervenciones a realizar y los beneficiarios de las mismas.

El proceso de planificación se concreta en los PTS, los cuales, tal como lo establece la Resolución 1841 de 2013, deben ser elaborados por los departamentos, distritos y municipios, con base en sus competencias y las necesidades, condiciones y características de su territorio, para adaptar y adoptar los contenidos definidos en el PDSP.

Estos Planes se constituyen en un pacto social de mediano plazo, en donde se define la actuación articulada entre actores y sectores públicos, privados y comunitarios, para avanzar durante los períodos de gobierno hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud, mejorar condiciones de vida y salud y disminuir la carga de enfermedad existente, en armonía con el Plan de Desarrollo vigente.

De acuerdo con lo anterior, cada mandatario define su contribución al PDSP con base en los compromisos que haya adquirido en su Programa de Gobierno y a la impronta por la cual quiere que recuerden su Administración. Por ello, el cumplimiento del PDSP requiere de tres generaciones de PTS: la primera inicia con los actuales gobernantes, quienes deben realizar un ejercicio de armonización con los Planes de Desarrollo y los Planes de Salud Territoriales vigentes; la segunda, parte con las próximas Administraciones territoriales, es decir, en el período 2016-2019; y la tercera, tiene una duración de dos años, dado el horizonte del PDSP.

Figura 2. Generaciones de los PTS



No obstante, teniendo en cuenta que las políticas de corto y mediano plazo son insuficientes para modificar de manera estructural las cada vez más aceleradas y cambiantes circunstancias del desarrollo, se requiere que desde la formulación del primer PTS se defina la visión de salud deseable y posible que sirva de referente para promover la continuidad de las intervenciones durante las siguientes Administraciones, sin embargo, dicha visión debe actualizarse en cada Administración, con base en la nueva impronta, los avances en el cumplimiento del PTS anterior y las transformaciones que haya habido en el territorio.

Por otra parte, es importante anotar que los PTS deben ceñirse tanto a los principios definidos en la Ley 152 de 1994 como a lo establecido en la Resolución 1841 de 2013; lo que significa que para responder a la diversidad del territorio y abordar de manera integral los múltiples enfoques de la salud (de derecho<sup>10</sup>, diferencial<sup>11</sup>, poblacional<sup>12</sup> y el modelo conceptual de los determinantes sociales de la salud), su formulación debe fundamentarse en la autonomía de las entidades territoriales. Para ello, es necesario reconocer y comprender el territorio y su contexto —pues las condiciones y las situaciones que se presenten en materia de salud varían de acuerdo con las interrelaciones que existan y hayan existido entre el sector salud y las diferentes dimensiones del desarrollo—, por consiguiente el análisis de la situación en salud y la caracterización de la población afiliada al SGSSS se constituyen en insumos fundamentales.

De igual manera, en el marco del principio de coordinación, los PTS deben armonizarse con los de otros sectores y niveles de gobierno, como se ilustra en la figura 3. En otras palabras, deben: 1) contribuir con el cumplimiento de los objetivos plasmados tanto en la visión de país como en los ejercicios de visión de largo plazo del territorio al cual pertenecen; 2) concurrir en el logro de las metas de desarrollo a través de su articulación con los planes de desarrollo del respectivo nivel de gobierno y de los demás niveles, lo cual, a su vez, le da posibilidad de acceder a los recursos públicos disponibles durante el período de gobierno; 3) facilitar el trabajo transectorial a partir de su armonización con los planes de poblaciones especiales y con los planes sectoriales del territorio, y 4) integrar sus resultados y productos con la planificación físico territorial, a través de su articulación con el Plan de Ordenamiento Territorial (POT), en el caso municipal y distrital.

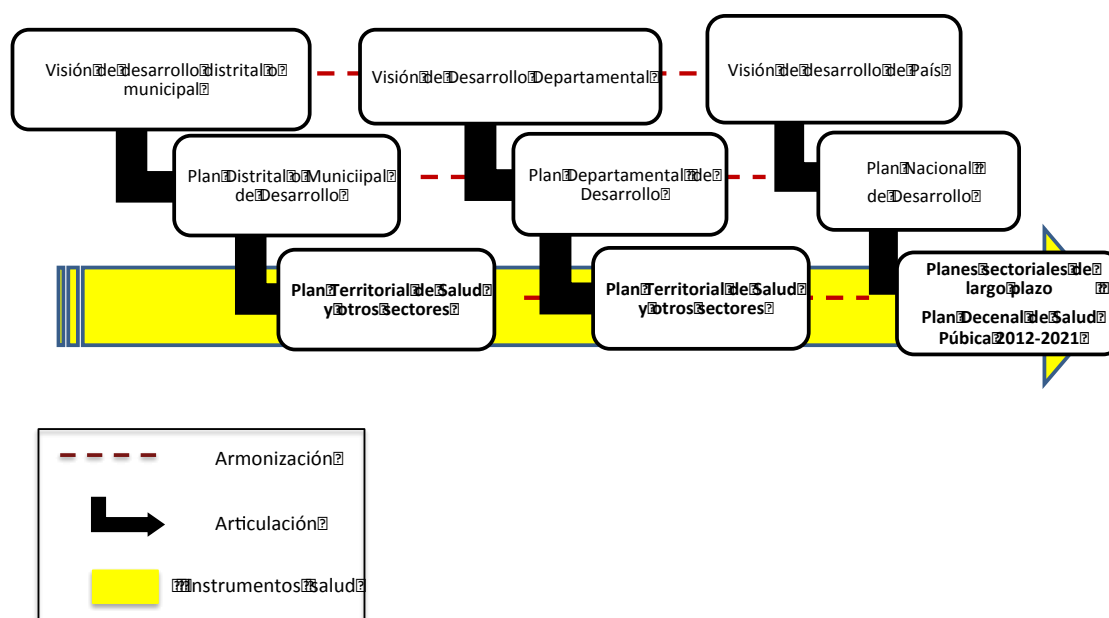
---

<sup>10</sup> Entendido como el “disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”. Es inherente a la persona, es irrevocable, inalienable e irrenunciable, es igualitario y universal para todos los seres humanos, es atemporal e independiente de los contextos sociales e históricos, por lo cual es un tema de la ética de la función pública, la ética del autocuidado y la equidad (MSPS 2013: 60).

<sup>11</sup> “Supone el reconocimiento de la equidad e inclusión de los ciudadanos excluidos de los derechos y libertades” que permite el ejercicio de “una ciudadanía desde la diferencia en escenarios de una democracia participativa” (MSPS 2013: 63).

<sup>12</sup> “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” (MSPS 2013: 73).

Figura 3: Armonización y articulación de los PTS con los instrumentos de planificación estratégica



Adicionalmente, los PTS deben ser viables, sostenibles y coherentes, lo cual implica, entre otras cosas, ser consistentes con los planes financieros territoriales de salud<sup>13</sup> y guardar armonía y equilibrio con las dimensiones prioritarias y transversales incluidas en el PDSP. Además, deben contemplar criterios para beneficiar a las personas en condiciones y situaciones de vulnerabilidad.

De otra parte, los PTS también deben elaborarse de manera participativa, dado que mejorar las condiciones y las situaciones de salud requiere del concurso de diferentes sectores y actores. Otra característica de estos planes es su condición evaluable, es decir, que contienen objetivos y metas, con respectivos indicadores y líneas de base, así como un esquema de monitoreo y evaluación que permite medir el estado de logros esperados en salud y adoptar las medidas necesarias para garantizar su cumplimiento.

Por último, para avanzar con la formulación de los PTS no sólo es necesario considerar las capacidades institucionales, sino que también se requiere del trabajo articulado entre las entidades territoriales de salud y las secretarías de planeación, o quien haga sus veces, con el fin de garantizar la pertinencia, oportunidad, continuidad e integralidad de las acciones e intervenciones que se

<sup>13</sup> De acuerdo con la Resolución 4015 de 2013, son 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, con base en los subsidios a la demanda, la prestación de los servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, y la salud pública.



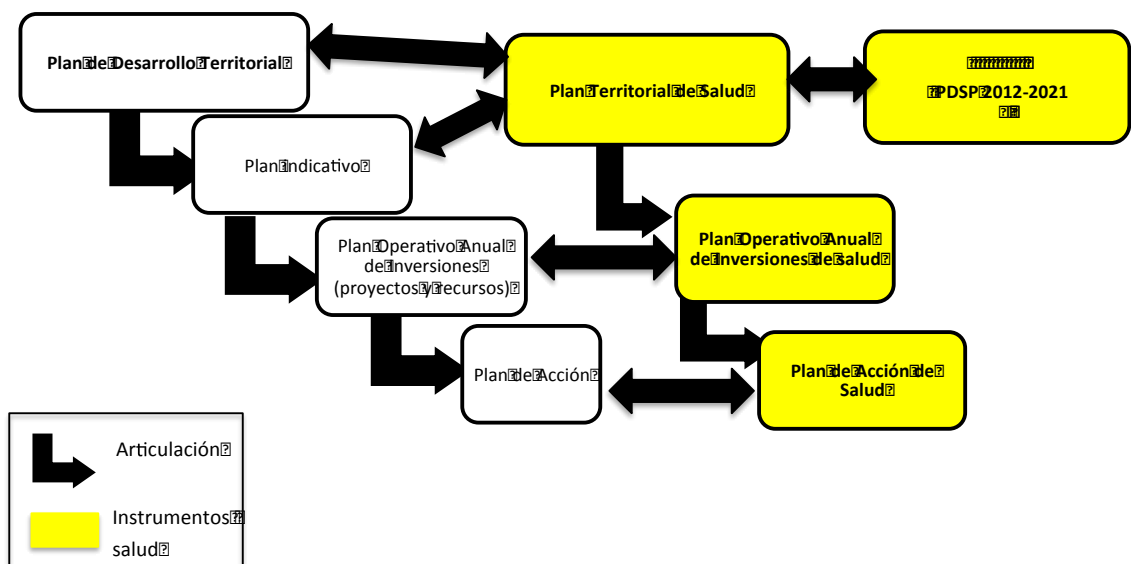
adelanten. Así mismo, es indispensable contar con una ruta lógica para su formulación, para esto el MSPS, con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas y la Universidad Externado de Colombia, diseñó la Estrategia PASE a la Equidad en Salud, la cual se presenta en los siguientes apartados.

### b. Implementación

La **implementación**, por su parte, es el momento en donde se lleva a cabo lo planificado, esto implica que la Secretaría de Salud, o quien haga sus veces, debe realizar las inversiones necesarias para el cumplimiento de los objetivos estratégicos del PDSP, esto puede ser de manera directa o a través de terceros, lo que implica gestionar proyectos y recursos, adelantar procesos de contratación, ejecutar presupuestos y realizar abogacía con otros sectores y niveles de gobierno que tengan compromisos cuyo cumplimiento redunde en efectos positivos sobre la salud.

Este proceso supone, además de la creación de comités y espacios transectoriales, la definición de lineamientos, metodologías y herramientas que no sólo faciliten las labores de abogacía en la búsqueda de efectos positivos sobre la salud, sino que también ayuden a la articulación de los PTS con los instrumentos de planificación operativa y financiera (ver figuras 4 y 5).

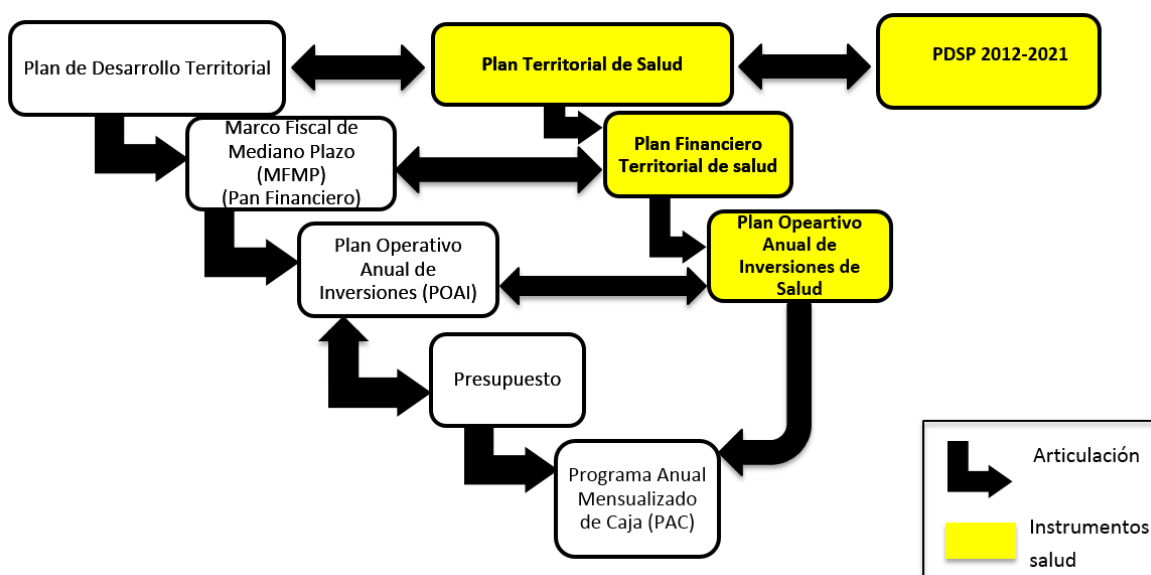
Figura 4: Armonización y articulación de los PTS con los instrumentos de planificación operativa





La importancia de articular los PTS con los instrumentos de planeación operativa radica en que las inversiones que se realicen para dar cumplimiento a las metas previstas en el PTS deben soportarse en el presupuesto y los proyectos inscritos y viabilizados en el Banco de Programas y Proyectos (POAI), los que a su vez deben ser el referente para definir tanto las intervenciones que se adelantarán durante el respectivo año de gobierno (Plan de acción), como los bienes, obras y servicios que se contratarán durante la vigencia (Plan de adquisiciones)<sup>14</sup>.

Figura 5: Armonización y articulación de los PTS con los instrumentos de planificación financiera



Por último, y con el fin de asegurar la viabilidad del PTS, es necesario que éste se articule con los instrumentos de planificación financiera: el Plan Financiero Territorial de Salud<sup>15</sup>, el Marco Fiscal de Mediano Plazo (MFMP)<sup>16</sup> y el POAI. Este último, como puede apreciarse en las figuras 4 y 5, constituye tanto el engranaje

<sup>14</sup> El Plan Anual de Adquisiciones es una herramienta utilizada para facilitar a las entidades estatales identificar, registrar, programar y divulgar sus necesidades de bienes, obras y servicios; y para diseñar estrategias de contratación basadas en agregación de la demanda que permitan incrementar la eficiencia del proceso de contratación. Véase: Guía para elaborar el plan de adquisiciones. Colombia compra eficiente. Disponible en: <http://www.colombiacompra.gov.co/sites/default/files/manuales/manualpaa.pdf>, consultado el 25 de abril de 2014.

<sup>15</sup> Es el instrumento que, de acuerdo con el artículo 4 de la Resolución 4015 de 2013, deben presentar Departamentos y Distritos a la Dirección de Financiamiento Sectorial del MSPS, o la dependencia que haga sus veces, cada cuatro años de manera coincidente con los períodos institucionales de gobernadores y alcaldes.

<sup>16</sup> “El MFMP permite guiar la gestión en un período mínimo de 10 años, busca que las decisiones financieras se tomen bajo una mayor responsabilidad y garantizando la sostenibilidad fiscal. El Plan Financiero, componente fundamental del MFMP, es un instrumento de planificación que parte de un diagnóstico, determina objetivos, estrategias y metas de ingresos y gastos, para sanear las finanzas territoriales y lograr los objetivos del año en el cual se está planeando y para el período de gobierno, de acuerdo con lo definido en el Plan de Desarrollo” (DNP 2011).

entre la planificación financiera y la planificación operativa, como el punto de partida para formular el presupuesto<sup>17</sup> y el posterior Programa Anual Mensualizado de Caja (PAC)<sup>18</sup>.

### **c. Monitoreo, evaluación y control**

En este proceso se valoran de manera continua y sistemática los avances y dificultades en el logro de los objetivos y metas previstas en el PTS, se hace un análisis exhaustivo del funcionamiento, evolución e impacto de las políticas y se realizan ejercicios de rendición de cuentas, en los cuales se informa, explica y recibe retroalimentación para mejorar o corregir las estrategias que se están adelantando, con base en los resultados alcanzados.

Frente a este proceso, el MSPS se encuentra diseñando los lineamientos y herramientas respectivas.

### **d. Acciones de mejoramiento**

A partir de los resultados obtenidos en el proceso anterior, las entidades territoriales deben adelantar y documentar **acciones de mejoramiento**, para retroalimentar la gestión y contribuir con el cumplimiento de los PTS, y por tanto, del PDSP.

---

<sup>17</sup> Teniendo en cuenta que en el POAI se programa y registra el gasto público, su forma de financiación y las reglas de juego para su ejecución, este instrumento permite a la entidad territorial poner en ejecución los programas, subprogramas y proyectos definidos en el PTS que se enmarcan en las dimensiones y componentes del PDSP 2012-2021 (DNP 2010) y que se articulan con los programas, subprogramas y proyectos del Plan de Desarrollo Territorial.

<sup>18</sup> Es el monto máximo mensual de fondos disponibles para las entidades financiadas con los recursos del presupuesto de la entidad territorial.

## 2. ESTRATEGIA PASE A LA EQUIDAD EN SALUD

### 2.1. ¿Qué es la Estrategia PASE a la Equidad en Salud?

La Estrategia PASE a la Equidad en Salud es un conjunto orgánico de elementos normativos, conceptuales, metodológicos, técnicos y operativos que se entretejen de manera armónica para garantizar la formulación integral de planes territoriales de salud. Esta Estrategia fue diseñada con el fin de fortalecer la capacidad conceptual, operativa y técnica de las entidades territoriales para la formulación de sus PTS, acorde con el PDSP 2012-2021 y la armonización de los planes de salud vigentes para el período 2012-2015.

La adaptación del Modelo BIT PASE a los requerimientos del marco estratégico del PDSP incluyó tanto su adecuación conceptual como la adecuación de la estrategia PASE al Desarrollo, que permite aplicar exitosamente el modelo en la práctica de la planeación local.<sup>19</sup>

Dado que el PDSP representa un cambio de paradigma en la forma de comprender la salud y la planeación territorial, y que su desarrollo e implementación en las entidades territoriales exige el desarrollo de nuevo conocimiento, nuevas destrezas, nueva información y nuevas herramientas, la Estrategia PASE a la Equidad en Salud incluye cuatro elementos que deben combinarse armónicamente a fin de lograr no sólo la formulación técnica de planes territoriales de salud, sino también la generación de capacidades y competencias en las entidades territoriales para la planeación en salud, con el fin de asegurar su integralidad y transectorialidad, así como la participación activa de las administraciones y de la sociedad civil en la producción colaborativa de nuevo conocimiento.

La estrategia incluye el modelo conceptual; los desarrollos metodológicos, técnicos y pedagógicos para la formación de capacidades; la estructura normativa que da soporte a la acción en salud y una estructura logística y operativa para el desarrollo del proceso de formulación en las entidades territoriales. Esta estrategia se articula con/y es uno de los elementos del Modelo de Asistencia Unificada que el MSPS ha puesto en marcha para la provisión de asistencia técnica en diversos campos a las entidades territoriales.

---

<sup>19</sup> La adaptación del modelo se realizó con base en la estrategia utilizada para la aplicación del Modelo BIT PASE a la formulación de planes de desarrollo y de ordenamiento territorial denominada “PASE al Desarrollo”, que puede consultarse en línea en la plataforma [www.pasealdesarrollo.org](http://www.pasealdesarrollo.org)

## 2.2. Los cuatro elementos que componen la Estrategia

Figura 6. Estrategia PASE a la Equidad en Salud



### 2.2.1. Estructura normativa

La Estrategia tiene en cuenta que Colombia es un Estado Social de Derecho, lo cual significa que “busca realizar la justicia social y la dignidad humana mediante la sujeción de las autoridades públicas a los principios, derechos y deberes sociales de orden constitucional”<sup>20</sup>.

De acuerdo con lo anterior, PASE a la Equidad en Salud se rige por lo establecido en la Constitución y la Ley; de hecho, su origen yace en la necesidad de apoyar a los territorios para que cumplan con el mandato que les establece la normatividad vigente, particularmente la Resolución 1841 de 2013, en relación con la formulación de los PTS, como mecanismo para alcanzar las metas definidas en el PDSP 2012-2021.<sup>21</sup>

En este sentido y considerando que los PTS contribuyen con el cumplimiento de los fines del Estado establecidos en la Carta Magna, la Estrategia

<sup>20</sup> Sentencia C-1064 de 2001, MM.PP. Manuel José Cepeda Espinosa y Jaime Córdoba Triviño (S.V., Magistrados Jaime Araujo Rentería, Alfredo Beltrán Sierra, Rodrigo Escobar Gil y Clara Inés Vargas Hernández.

<sup>21</sup> El PDSP a su vez no sólo se sustenta en normas y políticas nacionales e internacionales, sino que responde a lo dispuesto por la Ley 1438 de 2011.

contempla tanto las competencias que la normatividad vigente le asigna a los diferentes niveles de gobierno, como los deberes que le fija a los ciudadanos, fundamentándose en que el logro de dichos fines es corresponsabilidad de todas y todos los colombianos y sus instituciones. Al respecto, es importante anotar que dada la estructura estratégica y las finalidades que se trazó el Plan Decenal de Salud Pública, la Estrategia no solo se soporta en las competencias del sector de la salud y protección social, sino en las de los demás sectores.

Adicionalmente, la Estrategia se sustenta en las leyes orgánicas de planificación y ordenamiento territorial, Ley 152 de 1994 y Ley 1454 de 2011, respectivamente, buscando integrar la planificación en salud con la planificación del desarrollo y con la planificación física-territorial, lo cual además de garantizar la posibilidad de acceder a recursos públicos, contribuye a que se cumpla con el objetivo de los PTS de incorporar la equidad sanitaria en todas las políticas públicas territoriales.

Para ilustrar lo anterior, en el Anexo I se relacionan algunas de las normas que la Estrategia considera deben tenerse en cuenta tanto en el proceso de elaboración y ejecución de los PTS, como en la definición de las respectivas estrategias y fuentes de financiamiento.

La forma como se liga la estructura normativa con el desarrollo metodológico se hará explícita en cada uno de los instructivos y aplicativos elaborados para la formulación de planes territoriales de salud, teniendo en cuenta que la identificación de las condiciones territoriales de salud consideran tanto las dimensiones, objetivos y componentes definidos en el PDSP, así como el marco de competencias de las entidades territoriales en materia de salud y desarrollo desde el cual se organiza la respuesta de las entidades territoriales.

### **2.2.2. Modelo conceptual**

Como se ha mencionado anteriormente, la Estrategia PASE a la Equidad en Salud se soporta conceptualmente en el Modelo para el análisis de Balances, Interacciones y Tensiones entre las dinámicas Poblacionales, Ambientales, Sociales y Económicas (BIT PASE), del cual emergen una serie de postulados, principios y fundamentos en relación con la concepción de desarrollo, la población y la planeación que han sido adoptados en el marco de la adaptación del Modelo a las condiciones del PDSP y de la Estrategia PASE a la Equidad en Salud.

En el presente documento se presentan los fundamentos del modelo conceptual BIT PASE y su adaptación a las condiciones del PDSP 2012-2021, incluyendo una serie de ejemplos que facilitan la comprensión de la Estrategia PASE a la Equidad en Salud (ver Capítulo 3: Base conceptual de la Estrategia PASE a la Equidad en Salud).

### 2.2.3. Desarrollo metodológico, pedagógico y técnico

El tercer elemento de la Estrategia PASE a la Equidad en Salud se deriva del modelo conceptual del que parte. Éste asume una serie de principios y fundamentos que buscan la comprensión integral en los procesos de planeación, de suerte que la **metodología** se expresa en una secuencia lógica, sistemática y ordenada, de procesos, momentos y pasos para los que se dispone de una batería de herramientas técnicas y tecnológicas que permiten a los grupos de trabajo territoriales la concreción satisfactoria de planes coherentes, consistentes e integrales.

La Estrategia Pase a la Equidad en Salud es un modelo que, desde la perspectiva de la determinación general, comprende los procesos de salud-enfermedad como el producto de las interrelaciones entre situaciones y circunstancias presentes en un contexto concreto, en el cual cada evento se da como resultado de las condiciones de posibilidad que emergen de particularidades específicas que están determinadas social e históricamente (Matus 1987, en Lip y Rocabado 2005).

Los desarrollos metodológicos, al igual que en el caso del modelo conceptual, requirieron adaptaciones a fin de responder a las necesidades y condiciones estratégicas y normativas del PDSP (ver Capítulo 4). El conjunto de métodos, así como las herramientas y aplicativos que facilitan la formulación del Plan, se detallan en la guía metodológica que hace parte de la “caja de herramientas” dispuesta para la formulación de planes territoriales de salud.

Ahora bien, **pedagógicamente** la Estrategia se basa en las corrientes del constructivismo y el construccionismo social, perspectivas bajo las cuales se asume que el conocimiento y la realidad son construcciones sociales basadas en ejercicios dialógicos. En la Estrategia estos postulados se traducen en la construcción de conocimiento **colaborativo**<sup>22</sup> y **cooperativo**<sup>23</sup>; es decir, que tanto el aporte de saberes como el de las prácticas técnicas locales son valorados de forma equitativa, sin privilegiar uno u otro; por el contrario, son puestos en diálogo en busca de un fin común: la construcción de apuestas de desarrollo a partir del reconocimiento de las condiciones vigentes y la comprensión integral de cada territorio.

Partiendo de los anteriores presupuestos, puede aseverarse que la construcción de conocimiento colaborativo y cooperativo solamente es posible

---

<sup>22</sup> En un proceso de aprendizaje cooperativo se da una división de tareas para posteriormente integrarlas en la consecución de un objetivo (Scagnoli 2005).

<sup>23</sup> En un proceso de aprendizaje colaborativo las partes se comprometen a aprender algo juntas. Lo que debe ser aprendido sólo puede conseguirse si el trabajo del grupo es realizado en colaboración. La comunicación y la negociación son claves en este proceso (Gros 2000). En este tipo de aprendizaje se promueven relaciones horizontales entre iguales, independientemente de los roles asumidos o de los cargos establecidos, predominando las posturas de diálogo y compromiso permanente entre las partes.

dentro del contexto de procesos amplios de participación social. Así lo entiende el documento del PDSP, que marca un hito importante en los procesos de planeación de políticas por su carácter altamente participativo, y de la misma forma se asume en la Estrategia PASE a la Equidad en Salud, que considera la participación activa como uno de los principios inherentes a los procesos de formulación de cualquier tipo de política o instrumento de planeación.

Es por tal razón que se ha adoptado la propuesta del modelo BIT PASE, que concibe la participación como un proceso social que se orienta hacia la transformación de las relaciones de los sistemas de organización social, política, institucional y comunitaria. Por esto, al ser un principio que dirige la acción planificadora, la participación cobra sentido como medio para la formulación de grandes consensos sobre el desarrollo y la convivencia en el territorio.<sup>24</sup>

Por otra parte, la construcción de conocimiento colaborativo requiere democratizar los espacios de aprendizaje. De allí que, teniendo en cuenta que la estrategia busca el fortalecimiento de capacidades, las personas que brindan asistencia técnica forman parte de una relación de aprendizaje y formación. En este sentido, los equipos que se vinculan a la Estrategia como parte del proceso de asistencia técnica no hacen procesos de capacitación, sino que asumen realmente procesos de formación y transformación; es decir, dejan de lado las lógicas instrumentales para dar paso a la construcción conjunta de sentidos y conocimientos en procesos horizontales.

De esta forma se configura un nuevo escenario en las relaciones de poder, al pasar de posturas de expertos a posturas de cooperación para la toma de decisiones. En este caso, se promueven relaciones horizontales entre iguales, independientemente de los roles asumidos o de los cargos establecidos, predominando las posturas de colaboración, diálogo y compromiso permanente entre las partes. Así, cada persona asume una actitud de responsabilidad frente a su propio proceso de fortalecimiento de capacidades, frente a las personas con las que comparte el proceso, frente a las decisiones y los destinos de la entidad territorial y frente a los productos establecidos en la Estrategia.

Por su parte, el **componente técnico** está destinado a fortalecer a los grupos de trabajo territoriales en las maneras de hacer y concreta en el quehacer cotidiano la Estrategia PASE a la Equidad en Salud. Aquí, la estrategia para la formulación de planes territoriales de salud se materializa en una secuencia lógica de momentos y pasos, cada uno de los cuales incluye eventos, actividades y procesos técnicos que deben darse a su vez en cada uno de los territorios, y que pueden desarrollarse de manera independiente para cada una de las entidades territoriales o para entidades agrupadas en regiones.<sup>25</sup> Por lo tanto, cada equipo

---

<sup>24</sup> Tomado del Documento de Adaptación Conceptual del Modelo BIT PASE a las condiciones del PDSP. Convenio de cooperación 745 de 2013. Bogotá: UNFPA-MSPS.

<sup>25</sup> La Estrategia PASE a la Equidad en Salud incluye una secuencia de tres momentos: *identificación, comprensión y respuesta*, que se desglosan en 10 pasos que permiten la formulación integral de planes

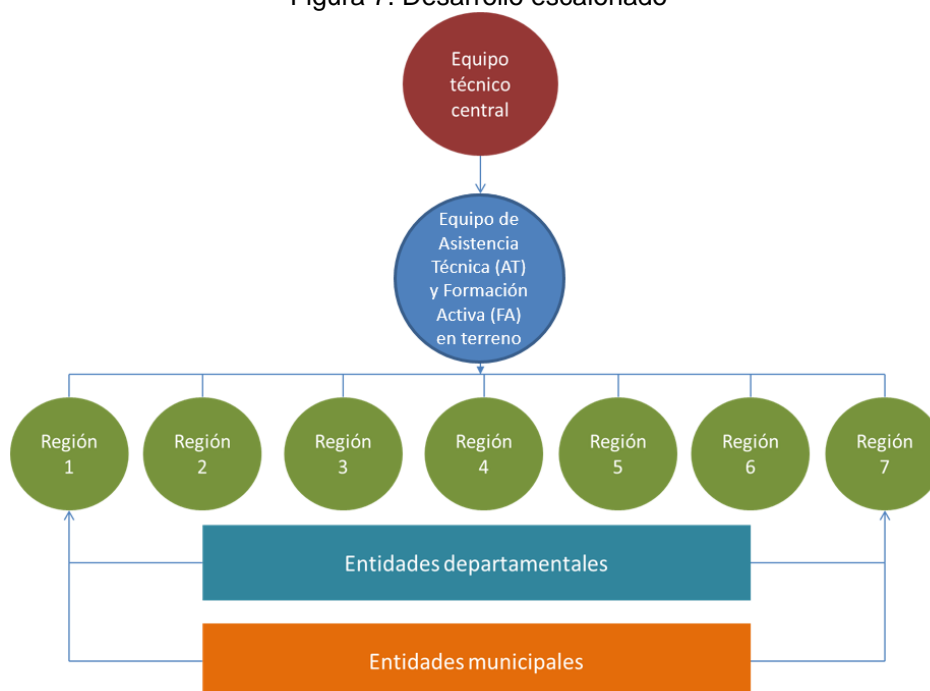
técnico tendrá a su disposición una caja de herramientas e información, así como una plataforma virtual asistida para el desarrollo de sus actividades. En la Guía metodológica se detallan los procesos momentos y pasos del componente técnico con sus respectivos aplicativos e instrumentos.

#### 2.2.4. Estructura logística y operativa

Para hacer posible el desarrollo de la Estrategia en todos los territorios del país, ésta se realiza de manera escalonada desde el nivel nacional hacia las entidades departamentales que, a su vez, tienen la competencia de brindar asistencia técnica a las entidades municipales. De este modo, el equipo técnico de asistencia regional unificada que el MSPS haya dispuesto tiene a su cargo el soporte a las entidades departamentales. Éstas, por su parte, asumen la responsabilidad de la asistencia técnica en el nivel municipal.

En este sentido, los equipos de asistencia regional actúan en cooperación con los equipos departamentales para el desarrollo de procesos de asistencia técnica que permitan la formulación de los planes territoriales de salud en el nivel municipal. Posteriormente, los equipos departamentales construyen sus documentos a partir de los aprendizajes y productos de sus municipios.

Figura 7. Desarrollo escalonado



territoriales de salud. Esta secuencia se desarrolla en la Guía Metodológica para la Formulación de Planes Territoriales de Salud que hace parte de la presente caja de herramientas.



Finalmente, la estructura logística y operativa organiza la participación y articulación de las actividades de asistencia técnica en las entidades territoriales, en donde confluirán los recursos materiales, técnicos e institucionales aportados por el conjunto de la institucionalidad bajo la coordinación y dirección del MSPS. De manera que cada una de las entidades territoriales deberá construir un plan de trabajo que contemple el propio alistamiento institucional, la formulación estratégica, operativa y financiera del PTS, así como el monitoreo, evaluación y control del mismo. El modelo de asistencia técnica unificada que el MSPS despliega en las distintas entidades territoriales se detalla en el Anexo II.

### 3. BASE CONCEPTUAL DE LA ESTRATEGIA PASE A LA EQUIDAD EN SALUD

El modelo BIT PASE surge en el año 2002 para dar respuesta a la necesidad de incorporar las dinámicas poblacionales en los procesos de ordenamiento territorial y planeación del desarrollo en Colombia, como producto del convenio entre la UEC y el UNFPA. Recoge los acuerdos adoptados en las Conferencias Internacionales de Población y Desarrollo (en particular la de El Cairo, celebrada en 1994) que instan a los países a reconocer y considerar las complejas relaciones que se tejen entre las dinámicas demográficas y los procesos de desarrollo, de suerte que éstos garanticen la sostenibilidad de la población y la sustentabilidad de la base ambiental que la soporta.

El modelo BIT PASE permite observar e interpretar de manera simultánea un número muy importante de elementos, presentes en los territorios, que interactúan entre sí de diversas maneras, dando lugar a multiplicidad de intercambios con efectos que en algunas ocasiones se realimentan y en otras se contrarrestan, hechos que generan puntos críticos en el sistema. Su potencial cobra mayor importancia cuando al volumen de elementos en juego se suma la velocidad de los intercambios en el tiempo, de manera que se tiene un sistema de alta complejidad y aumentan las dificultades a la hora de intentar una comprensión global e integral del territorio en cuestión.

El modelo BIT PASE ofrece una alternativa sencilla para abordar el desarrollo territorial, cuando en un mismo espacio geográfico se entrelazan las dinámicas demográficas con las dinámicas ambientales, sociales y económicas, y cuando un número importante de actores institucionales, comunitarios, públicos y privados intervienen en estas dinámicas con funciones, responsabilidades y competencias diversas.

#### 3.1. Los principios del modelo BIT PASE

Para orientar la toma de decisiones de política pública y dirimir los usuales conflictos entre intereses de muy diverso origen, el modelo BIT PASE adopta un conjunto de principios que garantizan la necesaria coherencia entre los postulados y las respuestas de la acción planificadora. Estos principios son:

- Todas las formas de vida, humana y no humana, constituyen valores fundamentales.
- El movimiento en el *sistema hombre-naturaleza* está determinado por tensiones (contradicciones) al interior de cada una de las dimensiones del desarrollo (la poblacional, la ambiental, la económica y la social) y entre éstas.
- La actividad humana tiene un papel determinante en la transformación intencionada de la trama planetaria de la vida.

- La sociedad humana tiene una responsabilidad ético-política en la conservación, reproducción o destrucción de la vida en el planeta y de la suya propia.
- El carácter finito del planeta y las leyes de la física imponen límites al crecimiento poblacional y económico.
- Los límites al crecimiento biológico y técnico son los mismos límites de los ecosistemas de los cuales depende el ser humano.
- La *autonomía* de las poblaciones humanas frente al ambiente biofísico natural y al construido es relativa, pues éstos se encuentran en estrecha relación de interdependencia.
- Las sociedades humanas tienen la capacidad para regular sus propias relaciones y su relación con el sistema planetario de la vida.

### 3.2. Los fundamentos del modelo BIT PASE

El modelo BIT PASE aborda la comprensión del sistema hombre-naturaleza como un sistema abierto con múltiples entradas y salidas, cuyo comportamiento resulta del juego de diversas interacciones entre los individuos y entre éstos y la base ambiental, para la producción y reproducción de los bienes y servicios necesarios para el mantenimiento y reproducción, tanto del colectivo poblacional, como de su organización social y de su base económica y ambiental.<sup>26</sup>

El modelo BIT PASE se basa en una concepción de la población, de la condición humana y del desarrollo, que permite comprender de manera integral el juego de relaciones que determina un momento histórico particular en el desarrollo de una colectividad. En la Estrategia PASE a la Equidad en Salud, esta concepción permite comprender de manera integral el juego de relaciones que determinan la situación de salud en una comunidad específica y generar una respuesta de política pública integral. La comprensión integral del juego de interrelaciones implica la identificación de las cadenas de determinación que configuran condiciones específicas de salud producto de contextos y momentos históricos específicos.

#### 3.2.1 La condición humana y el desarrollo

Desde el modelo BIT PASE se entiende que, como seres vivos, los humanos comparten con las demás especies las leyes de la biología y mantienen una estrecha interdependencia con el resto de la naturaleza de la cual hacen parte. Pero los humanos no están determinados únicamente por la biología. Su condición como seres sociales dispone que sólo puedan reproducirse y sobrevivir en sociedad. El largo período de cuidado que exige el bebé antes de convertirse

---

<sup>26</sup> Véase: Rubiano, Norma y Castro, Juan Andrés (2012). “Guía para la formulación de planes de desarrollo integrales del Meta, 2012-2015”; y González, Alejandro, Rubiano, Norma y Castro, Juan Andrés (2012). “Guía para la Planificación de Municipios en Paraguay”.

en un adulto no sólo le permite madurar biológicamente, sino que también garantiza que el grupo social que lo contiene vaya socializándolo poco a poco en el conocimiento del mundo que lo rodea y, especialmente, en el conjunto de pautas de comportamiento que debe adoptar para hacer parte del grupo.

De este modo, el ser humano recibe una **historia y un lenguaje** y con ellos una particular forma de ver e interpretar el mundo; un conjunto de normas con las que regula su libertad y orienta su conducta. Durante el proceso de aprendizaje desarrolla también habilidades para **transformar el medio y construir los bienes necesarios** para su sobrevivencia biológica y social. El nuevo miembro hereda entonces no sólo una **dote biológica, sino una cultura, una ética**, una forma de interpretar el mundo y de transformarlo, así como una manera de satisfacer sus necesidades, las cuales se definen también socialmente. En este proceso desarrolla su **afectividad, toma conciencia de sí mismo y de su entorno** y adopta una particular forma de interpretar el pasado, comprender el presente y definir el futuro.

Por ello los humanos se definen como seres **biosociales** cuya **condición humana** incluye ocho aristas o elementos de un todo indisoluble que los definen como seres humanos. Así, son por excelencia seres **sociales, conscientes** de sí y del entorno, productores de **conocimiento, transformadores (trabajadores), seres expresivos, afectivos, ético-políticos, históricos y trascendentes**.

Estas características de lo humano no se adquieren y no pueden perderse porque son parte constitutiva de la especie. Por esto, el desarrollo humano integral va más allá de la adquisición de competencias o habilidades, o de la satisfacción de una lista de necesidades reconocidas socialmente. Cuando se habla del desarrollo de la población humana, se entiende que aquello que se desarrolla es justamente su condición humana, es decir, aquello que nos constituye como seres humanos.<sup>27</sup> El desarrollo humano se define entonces como **el despliegue integral de la condición humana en toda su magnitud**.

Ahora bien, según esta concepción, el hombre no es el centro del desarrollo sino uno de sus elementos, sin duda determinante pero no el principal. El desarrollo del hombre sólo se hace posible cuando logra desplegar al máximo todo el potencial de su condición humana y mantenerse en equilibrio con el desarrollo de la naturaleza. Puesto que el hombre sólo puede vivir y reproducirse en sociedad, ha creado instituciones, códigos, un aparato jurídico e instancias de poder que dirimen el devenir del colectivo social. **El despliegue de la condición humana** dependerá de la capacidad de la organización social (Estado-comunidades) para garantizar las **condiciones de posibilidad** para que tanto individuos como comunidades puedan desarrollarse en armonía con la base

---

<sup>27</sup> Sobre este punto véase: González, Alejandro (2009). "Modelo BIT PASE. Guía para el análisis de la dinámica demográfica y sus interacciones con las dimensiones PASE bajo un enfoque de desarrollo integral local. Material didáctico Universidad Externado de Colombia". Bogotá: Universidad Externado de Colombia.

ambiental, su organización económica y social, y además puedan perdurar en el tiempo.

De esta forma, el modelo BIT PASE asume el desarrollo humano e integral como “**el proceso de cambio y transformación de la organización social y económica en armonía con el medio ambiente en procura del bienestar de la población**” (Rubiano 2011: 6). El desarrollo en sentido amplio queda entonces entendido como **el despliegue de las condiciones de posibilidad de la condición humana, así como de la trama planetaria de la vida**.

Es por lo anterior que el Modelo concibe el desarrollo como un **proceso integral**, en el que están comprometidas de manera simultánea y en estricta interdependencia cuatro dimensiones: la poblacional, la ambiental, la económica y la social. Dada la estrecha interdependencia que existe entre ellas, el desarrollo queda comprendido como un proceso integral de transformación de las cuatro dimensiones en el que la población, a la vez que transforma el ambiente, crea una organización económica y social, y resulta también transformada por éstas.

De igual forma, adoptar una perspectiva de desarrollo integral, implica orientar la acción institucional hacia el mantenimiento o restitución de **relaciones armónicas (equilibrios)** entre la población, su organización social y económica y su base ambiental, de manera que la entidad territorial resulte **sostenible** y pueda perdurar en el tiempo. Cuando además se respetan los ciclos de los ecosistemas, garantizando su reproducción en el largo plazo y con ello la permanencia de la población y del planeta en su totalidad, estamos hablando de **desarrollo integral sustentable**.<sup>28</sup>

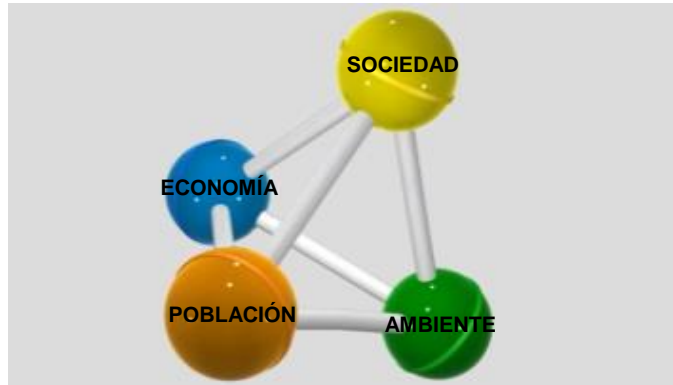
### 3.2.2. Dimensiones del desarrollo

El modelo BIT PASE parte del reconocimiento de cuatro dimensiones del desarrollo que son constitutivas de la forma de organización de la existencia humana en el planeta. Las cuatro dimensiones del desarrollo: poblacional, ambiental, social y económica, están ligadas entre sí por una intrincada trama de relaciones y forman un todo indisoluble, de cuyo equilibrio depende la supervivencia de la población y de su territorio. Esta unidad puede representarse mediante un prisma de cuatro puntas en movimiento, como lo ilustra la figura 8.

---

<sup>28</sup> Véase: González, Alejandro (2009). Video “Las poblaciones humanas”. Material didáctico. Convenio UNFPA-Universidad Externado de Colombia. Disponible en: [http://pasealdesarrollo.org/?page\\_id=93](http://pasealdesarrollo.org/?page_id=93), consultado el 6 de marzo de 2014.

Figura 8. Dimensiones del desarrollo en el Modelo BIT PASE



Fuente: Videos del Modelo PASE al Desarrollo. UNFPA-UEC. Disponible en: [www.pasealdesarrollo.org](http://www.pasealdesarrollo.org)

Cada esfera representa una de las dimensiones y las líneas que las unen constituyen las relaciones de interdependencia que las mantienen en equilibrio. En esta estructura ninguna dimensión se considera más importante que otra; si alguna de ellas se redujera sensiblemente o se tornara dominante, el equilibrio se rompería y la estructura colapsaría. Sin embargo, existen innumerables ejemplos de desequilibrios que a lo largo de la historia de la humanidad han dado cuenta de la expansión, ocaso y desaparición de imperios y civilizaciones.<sup>29</sup>

Atendiendo a la compleja trama de relaciones que se establece entre las cuatro dimensiones del desarrollo, una apuesta de desarrollo integral y sustentable necesariamente debe asegurar simultáneamente el desarrollo económico y social en armonía con el bienestar de la población y la sostenibilidad ambiental (Rubiano 2011).<sup>30</sup>

El modelo BIT PASE define la población humana como **“conjuntos orgánicos de sujetos que interactúan entre sí y con la base ambiental, para su producción y reproducción biológica y social, y al hacerlo transforman el territorio al tiempo que éste los transforma. Las poblaciones humanas son Sujeto y Objeto de sus propios procesos de desarrollo”** (González et ál. 2003).

<sup>29</sup> Véase: González, Alejandro (2009). Video “Las dimensiones del desarrollo y sus dinámicas”. Material didáctico. Convenio UNFPA-Universidad Externado de Colombia. Disponible en: [http://pasealdesarrollo.org/?page\\_id=93](http://pasealdesarrollo.org/?page_id=93), consultado el 6 de marzo de 2014.

<sup>30</sup> Véase: Declaración sobre el Derecho al Desarrollo. Adoptada por la Asamblea General en su Resolución 41/128, del 4 de diciembre de 1986, y de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, Declaración de Viena. Estas consideraciones del modelo recogen las decisiones adoptadas en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994, en la Cumbre de la Tierra realizada en Río de Janeiro en 1992, y en la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Social llevada a cabo en Copenhague en 1995. Es más, el modelo tiene en cuenta los acuerdos internacionales que reconocen el desarrollo como un derecho humano inalienable que busca la completa realización del ser humano y de los pueblos, e instan a los gobiernos a atender con la misma urgencia la promoción y protección de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales.

De esta forma, todos los colectivos poblacionales están ligados indisolublemente a un territorio del cual dependen, pues de la base ambiental obtienen los elementos necesarios para su mantenimiento y reproducción, con lo que el ambiente también resulta modificado. La **organización económica** utiliza los recursos ambientales convirtiéndolos en bienes para el consumo de la sociedad, transformando simultáneamente la base ambiental y la población. De otra parte, la **organización social y política** define cómo, cuándo y con qué propósitos se realiza la producción económica, quiénes pueden acceder a ella y bajo qué condiciones. Pero al mismo tiempo los requerimientos de la economía y del ambiente obligan a modificar los patrones de regulación y control, las creencias y los valores acerca de la sociedad y del mundo. Las reglas y normas establecidas por la cultura y las instituciones regulan las relaciones de poder y autoridad entre los distintos grupos sociales y ponen límites al uso del ambiente y la producción económica. Este juego de relaciones define finalmente qué poblaciones perdurarán en el tiempo y con qué características.

Es por todo lo anterior que la población tiene un papel determinante en la transformación del conjunto, debido a que de ella dependen inexorablemente los ecosistemas de los cuales obtiene lo necesario para su supervivencia. Este principio básico ayuda a comprender que el desarrollo humano sólo se hace posible cuando logra mantener el equilibrio hombre-naturaleza, principio del cual surgió el concepto de desarrollo integral, humano y sustentable. Esta manera de abordar el desarrollo permite fortalecer la conciencia acerca de la enorme responsabilidad que nos compete en el mantenimiento de la trama planetaria de la vida y de nuestra propia especie, y nos mueve a tomar acciones frente a ella.

Atendiendo a la compleja trama de relaciones que se establecen entre las cuatro dimensiones del desarrollo, puede concluirse que una apuesta de desarrollo integral y sustentable, necesariamente, debe asegurar simultáneamente el desarrollo económico y social, en armonía con el bienestar de la población y la sostenibilidad ambiental (Rubiano 2011).

El principal aporte del Modelo BIT PASE consiste en avanzar hacia la construcción de una propuesta conceptual y metodológica que permite concretar, en la práctica cotidiana de la planeación, el propósito de garantizar los derechos humanos, así como de lograr un desarrollo integral y sustentable. Por ello, el Modelo hace énfasis en la generación de alternativas novedosas para superar, mantener o recrear nuevos equilibrios y avanzar hacia la construcción de una sociedad más equitativa y solidaria, en donde la población establezca relaciones armónicas con su base ambiental y la organización social y económica garanticen tanto la preservación de las mismas como el despliegue de las condiciones de posibilidad de la existencia humana, en armonía con la trama planetaria de la vida.



### 3.2.3. Tensiones en las interacciones entre las dimensiones del desarrollo

Esta propuesta se basa en la identificación y comprensión del juego de **interacciones** que se dan en un territorio particular entre la población y las demás dimensiones del desarrollo, en particular en la identificación y comprensión de las **tensiones** que de allí se derivan. La construcción de configuraciones territoriales brinda una visión integral del territorio a partir de la cual se van a desprender los grandes retos para la planeación estratégica.

En este orden de ideas, una **tensión** se define como “el conjunto de presiones provenientes de una o varias dimensiones del desarrollo, que actúan en diferentes direcciones, generando cierto grado de estrés gracias al cual se mantienen o transforman las dinámicas demográficas, ambientales, sociales y/o económicas” (González y Rubiano 2009).

Las tensiones se convierten en problemas para la planeación cuando desbordan la capacidad de respuesta de la institucionalidad y de la organización social, y se hace necesaria la movilización de recursos importantes del Estado y la sociedad para resolverlas.

Para ello el modelo BIT PASE ofrece un conjunto de aplicativos **para identificar las tensiones que se producen en la interacción entre las distintas dimensiones del desarrollo** (González et ál. 2003), valorarlas, observar sus tendencias pasadas, prever su comportamiento futuro y establecer la manera de transformarlas (Rubiano et ál. 2012a). Para comprender la dinámica propia de un territorio es necesario desentrañar la trama de relaciones que ligan entre sí el conjunto de tensiones haciendo comprensible su aparición en el tiempo, su permanencia y el papel que juegan en la definición de las posibilidades de desarrollo de la localidad. Para ello el modelo BIT PASE aborda la construcción de configuraciones territoriales (González et ál. 2010).

### 3.2.4. Configuraciones territoriales

Una **configuración** ofrece una comprensión del conjunto de interacciones y tensiones dominantes, organizándolas en una estructura lógica que facilita su interpretación al establecer una conexión de sentido entre ellas, relacionándolas temporal y espacialmente. Ofrece así una visión sintética e integral de la realidad y su cambio en el tiempo.

Una **configuración territorial** permite una comprensión global o de totalidad sobre las relaciones que jalonan la historia de una localidad. De allí van a surgir los grandes retos y oportunidades a partir de los cuales se construirá el modelo de desarrollo al cual aspira la colectividad. Una vez elaborada la configuración territorial puede iniciarse la construcción de marcos estratégicos para la planeación.



La aplicación del Modelo BIT PASE a la formulación de política pública permite concretar, en la práctica, el **enfoque poblacional**, toda vez que aborda los procesos de planeación territorial (nación, departamento, municipio) desde una perspectiva integral, al analizar sistemáticamente los intercambios entre las dinámicas de población y las dinámicas socioeconómicas y ambientales, para identificar los desequilibrios (tensiones) y las ventajas comparativas del territorio (oportunidades) que se generan en estos intercambios, e incorporar este análisis en la toma de decisiones estratégicas y en la formulación de la política pública.

El enfoque poblacional fue adoptado en el PDSP con el propósito de lograr una respuesta integral, pertinente y coherente frente a las realidades y necesidades locales en los PTS. Como abordaje conceptual y metodológico, el Modelo BIT PASE interactúa con el enfoque de Determinantes Sociales de la Salud aportando análisis explicativos sobre la manera en que éstos inciden en las condiciones de salud-enfermedad existentes a nivel territorial.

Para la aplicación del Modelo BIT PASE a la construcción de política pública, cada caso particular requerirá del despliegue de una estrategia de planeación específica que incluye: la adaptación de los elementos conceptuales del modelo a las condiciones de la política que se pretende desarrollar; los desarrollos metodológicos y técnicos, a fin de precisar los modos y métodos concretos para la formulación de política pública; una ruta definida con los momentos y los pasos del proceso que orientan la acción de los agentes planificadores; una batería (caja de herramientas) de guías, instructivos y aplicativos que faciliten la construcción del paso a paso; y una estrategia operativa para la provisión de asistencia técnica y formación activa a las entidades territoriales.

Para la aplicación del Modelo BIT PASE a la formulación de planes territoriales de salud pública el convenio MSPS-UNFPA-UEC ha desarrollado la Estrategia Pase a la Equidad en Salud. Los elementos conceptuales de esta Estrategia se expondrán en el siguiente capítulo.

## 4. ELEMENTOS CONCEPTUALES DE LA ESTRATEGIA PASE A LA EQUIDAD EN SALUD

En este capítulo se presentan los resultados de la adaptación conceptual del Modelo BIT PASE a las características específicas del PDSP 2012-2021 y la manera de abordar la planeación estratégica en los PTS. Además, se brindan elementos para la comprensión del juego de relaciones entre las dimensiones del desarrollo que sirven para explicar los conceptos de determinantes de la salud y de equidad en salud.

### 4.1. Los determinantes de la salud

Debido a que todos los seres humanos nacen, crecen, se desarrollan y mueren dentro de organizaciones sociales complejas, y que tanto el desarrollo de los individuos como de los colectivos poblacionales depende del juego de relaciones que establecen entre sí y con la dinámica demográfica y la base ambiental, sus condiciones de vida, su salud y bienestar son resultado y expresión de las características imperantes en el territorio al que pertenecen en un momento histórico específico y según un orden social dado. La OMS ha denominado a estas condiciones “determinantes de la salud”<sup>31</sup>, puesto que un orden social complejo determinado puede o no garantizar las condiciones para que se dé el despliegue de la equidad en salud y el desarrollo humano sostenible.

En el PDSP los determinantes de la salud se entienden 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” (Whitehead y Dahlgren 2006, citados en MSPS 2013: 74).

Los determinantes de la salud pueden provenir de cualquiera de las dimensiones del desarrollo, de manera que un evento o una cadena de eventos en salud pueden estar determinados por alguna de las dinámicas demográficas, ambientales, sociales o económicas, o por un conjunto de ellas cuando actúan de manera simultánea, lo que suele ser el caso más corriente. En cada territorio estos determinantes tendrán un peso mayor o menor en el estado de la salud de la población, sin que pueda establecerse de antemano una jerarquía entre ellos. El PDSP otorga un papel preponderante a los determinantes sociales, por cuanto pone el énfasis en la superación de las inequidades en salud.

---

<sup>31</sup> “Estas condiciones se conocen como determinantes sociales de la salud, un término usado para incluir determinantes sociales, económicos, políticos, culturales y medioambientales de la salud” (OMS 2011).

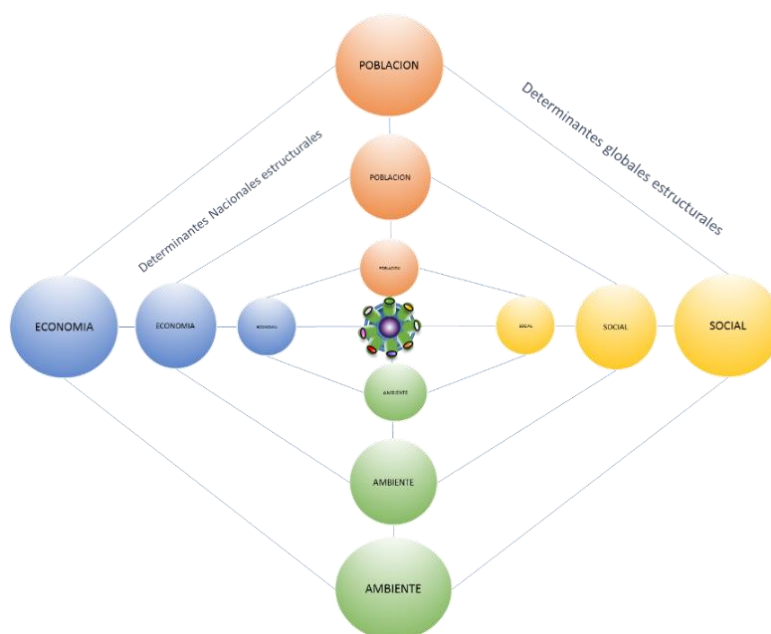
## 4.2. Determinantes estructurales e intermediarios

Los determinantes estructurales se expresan como aquellas condiciones presentes en los territorios sobre las cuales tanto los individuos como las colectividades y las instituciones locales tienen escasa o ninguna capacidad de control o transformación en el corto y mediano plazo, bien sea porque dependen de las estructuras y dinámicas macro de mayor jerarquía; porque no tienen competencias para transformarlos; porque su capacidad de respuesta es escasa o nula frente a tales condiciones o porque están fuera de su control directo (Whitehead 1991).

Estos determinantes corresponden, en general, a los patrones y modelos macro de organización económica, social, política y cultural y a las formaciones y estructuras ambientales que limitan, restringen, potencian o facilitan el logro de un estado deseable de bienestar y salud. La OMS incluye entre este grupo de determinantes, por ejemplo, “la distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios”, así como la “nefasta combinación de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una mala gestión política” (OMS 2009).

Tales determinantes se expresan, para la Estrategia Pase a la Equidad en Salud, en el gasto e inversión pública, en protección social, en la priorización regional de políticas públicas y áreas estratégicas locales, así como en la participación transectorial relacionada con la salud; lo que territorialmente puede manifestarse en aspectos como ocupación, nivel de ingreso, empleo, educación, etnia, género, ciclo vital.

Figura 9. Los determinantes



Los determinantes pueden provenir o generarse en distintos ámbitos territoriales e interactuar entre sí. De este modo, una condición o situación en la esfera global puede convertirse en un determinante para el nivel nacional, de la misma manera que condiciones nacionales pueden convertirse en determinantes para los niveles locales y viceversa.

De otra parte, los determinantes intermediarios son aquellas condiciones y situaciones presentes en el territorio<sup>32</sup>, que afectan la calidad de vida y el estado de salud, ante las cuales los individuos, los colectivos y las instituciones tienen alguna capacidad de respuesta y control en el mediano y corto plazo. Estos determinantes hacen referencia a la forma como los determinantes estructurales se expresan en el plano local y en las circunstancias materiales de la vida.

Como determinantes intermediarios pueden encontrarse: las condiciones para la vida y el trabajo; las condiciones demográficas y ambientales; la disponibilidad de servicios básicos (por ejemplo, saneamiento básico, vivienda, educación, espacio público); la seguridad alimentaria y nutricional; el sistema de salud (incluyendo su estructura local); la prestación y acceso a servicios de salud oportunos y de calidad; la existencia de inequidades, exclusión o discriminación social; las prácticas culturales y de convivencia social; la delincuencia; así como la capacidad de respuesta de las comunidades y de las administraciones públicas frente a estas condiciones.<sup>33</sup> Cabe anotar que en relación con los determinantes intermediarios siempre es posible identificar normas, reglas, políticas, así como responsabilidades, relaciones y competencias institucionales y comunitarias de las que depende la acción sobre estos determinantes en el ámbito territorial.

En todo caso, no existe una lista a priori de variables, factores o condiciones características de los sistemas sociales, económicos o ambientales que defina los determinantes estructurales o intermediarios de la salud y que pueda ser aplicada de manera general para todo tiempo y lugar. Los determinantes de la salud son construcciones que resultan de la organización política, social, económica y cultural, que cambian y tienen pesos distintos según el país, la región, la cultura y el momento histórico y en consecuencia afectan de manera diferencial, es decir, positiva o negativamente, el proceso de salud-enfermedad de una comunidad

Por consiguiente, cuando la planeación de la salud adopta el enfoque de determinantes se hace necesario identificar y comprender de manera precisa la forma como se **expresan y actúan** los determinantes de la salud en cada población y territorio. Por ejemplo, un modelo de salud —basado en el aseguramiento solidario en el que los afiliados con capacidad de pago subsidian la prestación del servicio para la población más pobre— actuaría como un

---

<sup>32</sup> “Territorio” entendido como las dinámicas sociales de apropiación y transformación de espacios geográficos con características demográficas y ambientales particulares.

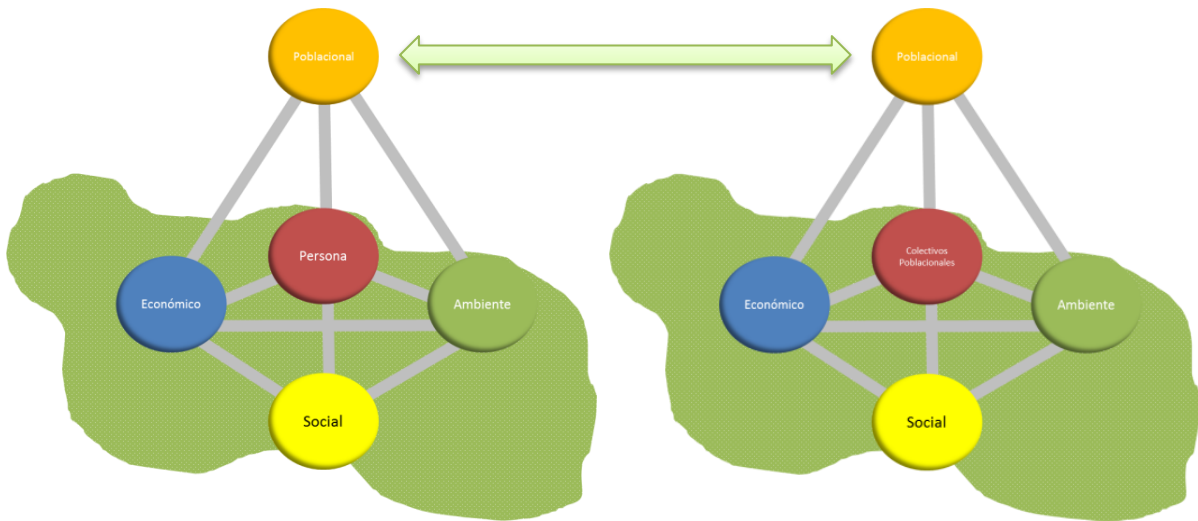
<sup>33</sup> En el PDSP en cada una de las diferentes dimensiones prioritarias se incluyen un conjunto amplio de determinantes intermediarios sobre los cuales cabe responsabilidad pública y privada.

determinante estructural que limitaría el acceso a servicios de salud cuando la población aportante es reducida, o sus niveles de ingreso son tan bajos que no se logra cubrir el financiamiento requerido para responder a la carga de morbilidad de la población. Esta situación se podría traducir en el nivel local como un determinante intermediario, expresándose en el cierre de servicios hospitalarios, el déficit de personal de salud calificado y la no disponibilidad de insumos y medicamentos.

### 4.3. De los determinantes individuales a los territoriales

El análisis de determinantes desde la perspectiva de la Estrategia PASE a la Equidad en Salud puede realizarse tanto para un individuo particular como para un colectivo poblacional en un territorio definido. En el primer caso se observará con detalle el juego de relaciones en las que se encuentra inmerso el individuo en cuestión, así como las tensiones que se dan entre cada una de sus condiciones (genéticas, laborales, de redes de apoyo, de modos y estilos de vida, etc.) y los eventos de salud que le acompañan (morbilidad, discapacidad). Se obtendrá entonces una configuración de salud-enfermedad particular para ese individuo.

Figura 10. Determinantes individuales y determinantes territoriales



Pero cuando se trata de generar procesos de planeación de los que se derivan políticas públicas, que tienen efectos en el territorio y la población que allí habita, la lectura de determinantes se debe centrar en las **características de los territorios y los colectivos poblacionales** para los que se planea y la forma en que allí se expresan los determinantes estructurales, intermediarios y proximales.

En este caso se observarán las interacciones y tensiones entre las dinámicas poblacionales y las dinámicas ambientales, económicas, sociales y

culturales asociadas a los eventos de salud de esos mismos colectivos. Aquí el trabajo consiste en ir más allá de las manifestaciones externas (síntomas) para observar los juegos de determinación que los definen, pues, por lo general, suelen tomarse decisiones con base únicamente en las características de los individuos o los territorios, pero sin haber comprendido las cadenas de eventos que determinan la aparición de los eventos de salud.

Un evento, un conjunto de eventos o una cadena de eventos en salud puede ser el resultado de una tensión específica entre alguna de las dimensiones del desarrollo y las condiciones de salud imperantes. Por ejemplo, la contaminación de las fuentes de las que se surten los acueductos aparece en el origen de enfermedades infecciosas; sin embargo, también puede ser el resultado de una tensión entre dos o más dinámicas territoriales, lo que a su vez genera efectos adversos sobre la salud del colectivo. Por ejemplo, el mal estado de las vías terciarias puede impedir el desplazamiento oportuno a los centros de atención médica, lo que podría derivar en efectos graves sobre la salud de la población.

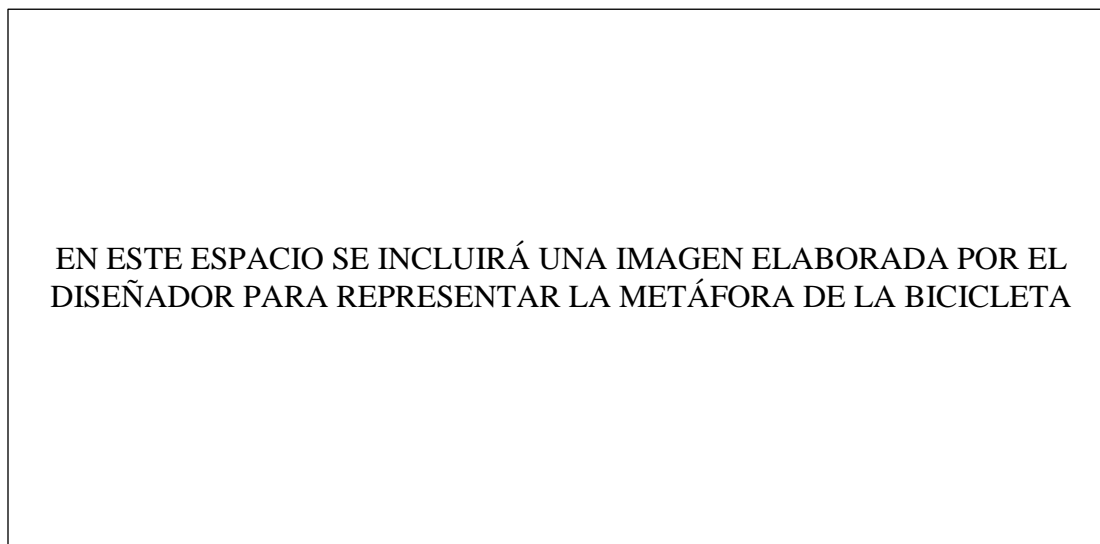
En la comprensión de los determinantes cuando se trabaja con colectivos poblacionales, es necesario tener en consideración también las características propias del colectivo, que no pueden ser observadas en los individuos particulares que lo conforman y que pueden tener efectos importantes en la salud y calidad de vida de la población. Por ejemplo, La densidad de población (habitantes por km<sup>2</sup> es una característica del colectivo que reside en un área determinada y que no puede ser observada en individuos particulares. Cuando la densidad poblacional es muy alta, se pueden presentar condiciones adversas para la salud como hacinamiento, saneamiento básico deficiente, problemas de violencia y abuso, contaminación etc.).

#### **4.4. Cómo se expresan y cómo actúan los determinantes estructurales e intermediarios de la salud**

La manera como se expresan y actúan los determinantes en los individuos, colectivos poblacionales y territorios no es observable a simple vista. Se requiere de cierto esfuerzo y de un trabajo ordenado y sistemático para identificar y comprender los mecanismos a través de los cuales los determinantes se traducen en condiciones de vida (ambientales económicas o sociales), en estilos de vida, en pautas de comportamiento y, finalmente, terminan definiendo las posibilidades de goce efectivo del derecho a la salud y mejoramiento de las condiciones de vida y salud.

Para facilitar la comprensión de estos mecanismos se utilizará como metáfora la imagen de “la bicicleta de doble tracción” (ver figura 11).

Figura 11. Determinantes de la salud estructurales e intermediarios



Se toma imagen de la bicicleta para ilustrar la forma como los determinantes estructurales interactúan con los determinantes intermediarios para finalmente expresarse en situaciones particulares de salud y calidad de vida.

Así, estructuras de producción, estructuras de poder y autoridad, estructuras de regulación y control, sistemas de creencias y valores, y la cultura (rueda delantera), actúan en las poblaciones humanas a través de señales, normas, información, mensajes (cadena de transmisión) mediante los cuales los individuos y los colectivos adoptan y estructuran sus formas de vida, sus patrones de comportamiento, de relacionamiento entre sí y con la naturaleza, sus formas de trabajo, modos y condiciones de vida, y definen sus relaciones de poder y autoridad (rueda trasera) en los territorios y espacios de vida que comparten.

Esta información fluye en doble vía (cadenas de interacción y determinación) desde los determinantes estructurales hasta los intermediarios. Se transmite mediante procesos de socialización a través de la escuela, la familia, la comunidad y el Estado, y se instaura, por una parte, mediante premios, estímulos, recompensas, incentivos o beneficios socialmente establecidos, y por otra parte, a través de sistemas de sanciones, prohibiciones y castigos; de tal manera que las comunidades terminan orientando su acción según un paradigma de desarrollo, un sistema de necesidades y un sistema de creencias y valores compartidos.

Pero también estas estructuras actúan mediante la provisión y el control de recursos, tecnología, capital y conocimiento. Para hacerlo establecen jerarquías y un orden jurídico e institucional que define los derechos y deberes para cada segmento de población, el lugar que cada uno puede ocupar en la jerarquía social y las posibilidades o restricciones al ejercicio de la libertad, el poder y la fuerza.



Las autoridades formalmente establecidas tienen a su cargo la dirección y funcionamiento del engranaje político-administrativo (pedales y dirección de la bicicleta), a fin de mantener el equilibrio del sistema y garantizar que las correas de transmisión entre determinantes estructurales e intermediarios actúen de manera adecuada y oportuna.

Sin embargo, el sistema es dinámico y no funciona de manera lineal ni en una sola dirección. Las condiciones de vida, los sistemas de creencias y los patrones de comportamiento, del mismo modo que la organización de los colectivos específicos, pueden generar demandas y presiones sobre los factores estructurales (flechas rojas) provocando la inestabilidad del sistema o la transformación del mismo.

Para el caso del sistema de salud, la autoridad sanitaria del nivel nacional y la de nivel territorial tienen competencias y obligaciones distintas. En el caso del direccionamiento nacional se encuentra el sistema de salud y protección social, mientras que a nivel local están las direcciones territoriales de salud, departamentales, distritales o municipales. Todos los niveles deben dirigir sus esfuerzos hacia el logro de los objetivos de equidad en salud, desarrollo sostenible, mejoramiento de condiciones de vida y salud, goce efectivo del derecho a la salud y cero tolerancia frente a condiciones injustas y evitables, a través de la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud.

Para la identificación de los determinantes tanto estructurales como intermediarios de la salud, la estrategia PASE a la Equidad utiliza la metodología para la identificación de tensiones que a partir de las cuales se establecen las cadenas de determinación específicas o particulares que se expresan en cada territorio.

#### **4.5. Desigualdades e inequidades en salud**

Si bien los determinantes de la salud pueden actuar de manera positiva o negativa sobre el estado de salud y calidad de vida de la población, su acción también puede expresarse en desigualdades e inequidades entre distintos grupos sociales. Para el PDSP el logro de la equidad en salud es un imperativo ético para alcanzar la justicia social, un derecho inalienable de los ciudadanos y un deber del Estado, al ser éste garante del derecho consagrado en la Constitución Política de Colombia (MSPS 2013: 128).

En toda población existen diferencias o desigualdades en el estado de salud, pero cuando estas diferencias son injustas y evitables estamos en presencia de inequidades en salud (MSPS 2013: 75). De esta manera, no toda desigualdad genera inequidad, pero toda inequidad se deriva de una desigualdad.

La equidad en salud está definida en el PDSP como “la ausencia de diferencias injustas, evitables o remediabiles de salud entre las poblaciones o



grupos definidos de manera social” (MSPS 2013: 75) y asume la posición adoptada por la Comisión sobre Determinantes de la Salud de la OMS, según la cual: “el estado de salud de una población está estrechamente relacionado con las condiciones en que las personas nacen crecen, viven, trabajan y envejecen” (OMS 2009).

Las diferencias entre grupos de población se convierten en desventajas para el disfrute de una vida plena y saludable, cuando limitan, impiden o restringen el desarrollo de las capacidades y potencialidades de los individuos y sus colectivos, así como el acceso a bienes y servicios materiales y no materiales necesarios para la vida y a servicios de salud oportunos y eficaces, de suerte que terminan enfrentando daños en la salud que son injustos y evitables.

Para calificar una situación como inequitativa es necesario examinar las causas que la han generado y juzgarlas como injustas en el contexto de lo que sucede en el resto de la sociedad (Witthehead 1991: 6).

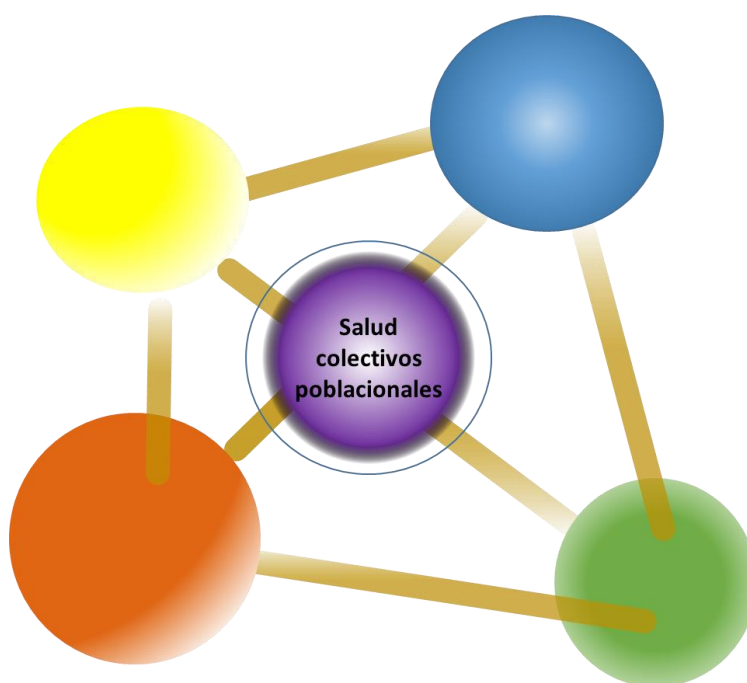
Puesto que estas condiciones y situaciones están determinadas por un complejo juego de interacciones y **tensiones**, presentes en cada momento y lugar entre las dinámicas poblacionales, ambientales, económicas y sociales, el análisis de las inequidades en salud requiere tanto de la identificación de los contextos en los cuales se desenvuelven las personas o sus colectivos como del reconocimiento de la forma en que estas condiciones actúan sobre su estado de salud y se traducen en inequidades sanitarias, lo que sólo es posible mediante un trabajo específico sobre territorios y momentos particulares. En este último caso, se hace referencia a las tensiones en salud derivadas de inequidades.

Para establecer los nexos entre las condiciones de desarrollo imperantes en un territorio y el estado de salud de la población que en él reside, la Estrategia PASE a la Equidad en Salud plantea la necesidad de identificar y documentar la **cadena de determinación**, es decir, la cadena de eventos que **generó**, en un tiempo y lugar específicos, situaciones de inequidad social, económica, poblacional o ambiental (**tensiones**), que pusieron a ciertos grupos de población en franca **desventaja** frente a otros, en cuanto a sus posibilidades y oportunidades para disfrutar de una vida larga y saludable (MSPS 2013: 128). Así mismo, resulta fundamental **identificar y valorar** aquellos factores presentes en el entorno que agudizan las situaciones de inequidad o agravan su impacto sobre la salud (**reforzadores**), y aquellos factores que coadyuvan a superar las inequidades o a minimizar su impacto sobre la salud (**liberadores**). Del balance entre las tensiones, sus reforzadores y sus liberadores resultará una valoración acerca de la gravedad de las inequidades en cuestión y de su impacto sobre la salud.

#### 4.6. Las dimensiones del desarrollo y la salud

Como se explicó anteriormente, la Estrategia Pase a la Equidad en Salud asume que el estado de salud de una población está directamente relacionado con las situaciones y condiciones presentes en un territorio particular y que ejercen influencia sobre la salud de las personas. Adaptando la propuesta del modelo BIT PASE a las necesidades del PDSP, estas condiciones y situaciones resultan del juego de interacciones que se establece en un territorio particular entre las cuatro dimensiones del desarrollo, que son expresión de la condición humana.

Figura 12. Las dimensiones del desarrollo y la salud



Atendiendo a la compleja trama de relaciones que se establece entre las cuatro dimensiones del desarrollo y la salud, resulta fácil concluir que para alcanzar el más alto nivel posible de salud y bienestar de una población es necesario asegurar simultáneamente el desarrollo económico y social en armonía con el bienestar de la población y la sostenibilidad ambiental (Rubiano 2011).

##### 4.6.1. La dimensión poblacional y la salud

Como todos los seres vivos, las poblaciones humanas tienen sus propias pautas de reproducción (natalidad y mortalidad) y se movilizan y distribuyen de cierta manera en el territorio, de este modo alcanzan un determinado tamaño y desarrollan una tasa de crecimiento y una estructura por edad y sexo particulares.

El proceso de transformación y cambio permanente de estas pautas a lo largo del tiempo se denomina la Dinámica Demográfica.

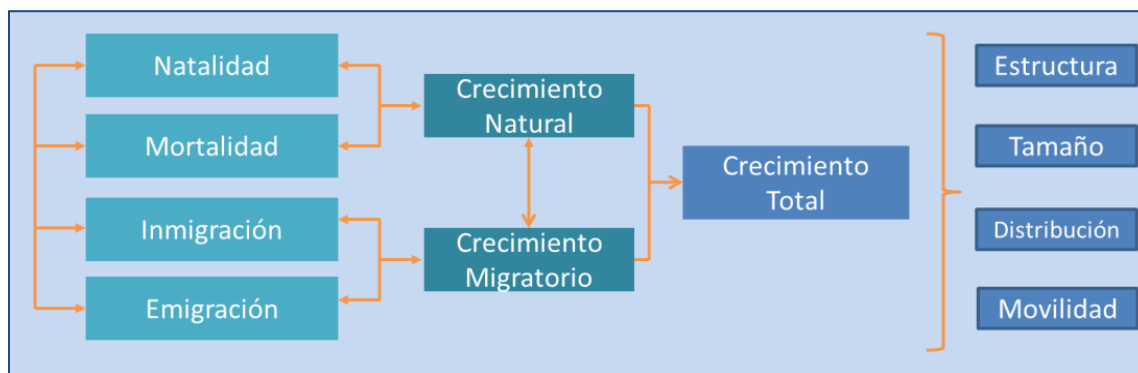
Al observar el comportamiento de una población entera en un territorio particular pueden establecerse ciertas pautas de reproducción (natalidad, mortalidad), de crecimiento o decrecimiento y de distribución y movilidad en el territorio, patrones que caracterizan a ese colectivo y que son distintos del simple resultado de la sumatoria de los eventos de individuos particulares que conforman el grupo. Obsérvese que un individuo nace o muere pero no tiene tasa de natalidad ni de mortalidad, puede entrar o salir de su localidad pero no tendrá tasas de migración y menos una tasa de crecimiento.

La combinación de los patrones de natalidad y mortalidad del colectivo permiten definir el crecimiento vegetativo de la población o su crecimiento natural. Cuando además se incluye la consideración de los movimientos migratorios (entradas y salidas) se puede establecer el crecimiento total de la población. Según la manera en que se combinen estos elementos, la población crecerá más o menos rápido, y adoptará una composición particular por edad y sexo, así como ciertas características urbanas y rurales.

Para identificar una dinámica demográfica es necesario describir el estado de la población en cada uno de estos componentes, sus tendencias en el tiempo y observar las relaciones de intercambio que se dan entre ellos.

La sobrevivencia de un colectivo poblacional depende de sus equilibrios demográficos. Esto quiere decir que si la mortalidad excede a la natalidad, o si la emigración excede a inmigración, los saldos negativos pueden ocasionar pérdidas absolutas y llegar hasta la extinción total del colectivo. De la velocidad con que se reproduce una población y de sus flujos migratorios depende la forma (estructura) que adopta la pirámide poblacional. Puesto que una vez que se instaure un patrón de fecundidad, de mortalidad o de migración su transformación tarda largos períodos de tiempo: a su vez, las estructuras de población tardarán en modificarse convirtiéndose en determinantes de la misma dinámica demográfica.

Figura 13. Elementos para identificar la dinámica demográfica



Ningún comportamiento demográfico resulta bueno o malo en sí mismo. La valoración que de éste haga el colectivo dependerá del patrón de desarrollo que haya elegido. Por ejemplo, una localidad que ha escogido como eje de su economía el turismo se beneficiará de una intensa movilidad y de una mano de obra joven y abundante para cubrir el requerimiento de los servicios hoteleros. Un municipio que opta por convertirse en un centro de servicios para la tercera edad tendrá interés en mantener un volumen importante de adultos mayores, mientras que esta situación se convertiría en un obstáculo para un municipio que quisiera posicionarse como centro de educación media. Poblaciones que han estado sometidas a catástrofes o epidemias requerirán un crecimiento rápido de la natalidad, mientras que aquellas que tienen una base ambiental precaria se beneficiarían de un crecimiento lento.

Por otra parte, cada uno de los elementos de la dinámica demográfica está determinado por la biología, pero también por las prácticas sociales, culturales y económicas del grupo; por las normas que regulan las relaciones entre individuos y colectivos; por las creencias en torno al amor, la vida y la muerte; por sus concepciones sobre la pertenencia, el progreso, la apropiación y construcción de un territorio; por las características del entorno natural o la base ambiental y, en general, por el paradigma de desarrollo que comparten.

Cuando las tendencias demográficas tienen efectos sobre otras dimensiones del desarrollo, o son afectadas por aquellas, se habla de la **dimensión poblacional del desarrollo**. Para comprender esta dimensión es necesario observar las relaciones de intercambio entre uno o varios elementos de la dinámica demográfica y otros elementos de las dinámicas ambientales, económicas y sociales. Estos intercambios pueden darse en una sola dirección (por ejemplo, cuando la población genera desechos contaminado el medio ambiente) o en doble dirección (por ejemplo, cuando el ambiente que se ha contaminado genera enfermedades en la población).

Sin embargo, las dinámicas demográficas (mediadas por las dinámicas socioeconómicas y culturales) también pueden determinar la velocidad con que se destruye o construye el medio ambiente, las posibilidades de sostenibilidad económica y las condiciones para la cohesión y el bienestar social. Así, las dinámicas demográficas pueden representar una fortaleza o una debilidad, o pueden resultar inocuas frente a la salud según las configuraciones territoriales en las cuales tienen lugar. Por ello, los análisis poblacionales se basan en la comprensión de la trama de interacciones y tensiones entre la dinámica demográfica y las demás dimensiones del desarrollo. De ahí que la relación población-ambiente-desarrollo no sea lineal y no pueda ser estandarizada para varios territorios, en cambio, obedece a las formas de interacción y organización particulares de cada localidad y está mediada por el conjunto de interacciones y tensiones entre las dimensiones PASE.

Como todos los elementos del universo, ninguna población puede crecer a ultranza. El crecimiento exacerbado de la población, o a velocidades que superan las de crecimiento y reproducción de los ecosistemas que proveen los recursos para el sostenimiento de la población, pone en riesgo la base ambiental y la realimentación natural de estos procesos puede conducir, finalmente, al colapso poblacional. La tecnología que puede potenciar la velocidad con que se extraen los recursos no renovables y se transforman las ciclos biológicos puede terminar generando ciclos negativos de realimentación hasta agotar la base ambiental y con ésta las posibilidades de sostenibilidad poblacional.

Por ello, el reto consiste en respetar, mantener o restaurar los equilibrios necesarios entre las dinámicas demográficas, ambientales, económicas y socioculturales.

La dinámica demográfica interactúa con la salud de la población de múltiples maneras. Así, la natalidad y la mortalidad son expresión clara del estado de salud de la población y resultan fuertemente determinadas por la estructura de aquella. Poblaciones envejecidas suelen tener pocas mujeres jóvenes y pocos nacimientos, mientras poblaciones jóvenes suelen tener natalidades crecientes y pocos ancianos. Las oleadas migratorias de población con historias epidemiológicas particulares pueden transformar el perfil de salud de la población receptora y generar en muy corto tiempo demandas nuevas en materia de servicios de salud para atender enfermedades no conocidas en la zona.

De la misma manera, el rápido crecimiento de la población ejercerá presión sobre las infraestructuras sanitarias, mientras que las pérdidas de población o su reubicación en el territorio pueden dejar obsoletas o subutilizadas algunas de ellas. Una población sana tenderá a crecer y reponer más rápidamente la base poblacional que una población con altas tasas de mortalidad. Por su parte, la mortalidad selectiva puede drenar los segmentos de población en edad reproductiva y contribuir así al descenso de la natalidad. Por el contrario, las malas condiciones de salud en poblaciones jóvenes con trabajos precarios se va a reflejar años más tarde en un incremento de población que llega a la vejez en pésimas condiciones de salud. Obsérvese que existe una interacción de doble vía entre dinámica demográfica y salud, y que el estudio de la mortalidad y la morbilidad por causas constituyen un desglose de dos de los aspectos claves de la dinámica demográfica.

#### **4.6.1.1. Cuando la dinámica demográfica se convierte en un determinante de la salud**

Bajo ciertas condiciones económicas, ambientales y sociales, las características y dinámicas demográficas de la población pueden **convertirse** en obstáculos o en ventajas para el logro pleno de la salud y el bienestar. Cuando esto ocurre se ingresa al campo de los determinantes de la salud asociados a las dinámicas demográficas.

De éstas dependen el tamaño y el crecimiento de la población para la que se planea; la estructura de población que define tanto las demandas de bienes y servicios como la estructura de los eventos en salud; y la distribución y movilidad de la población en el territorio que definen la localización de las infraestructuras, los servicios y los programas de salud. Cuando las dinámicas demográficas no son modificables en el corto plazo actúan como un determinante estructural que define, en buena parte, las posibilidades de intervención sanitaria.

No obstante, debido a que las dinámicas demográficas responden a las condiciones de desarrollo locales, es posible actuar sobre ciertas expresiones de la dinámica demográfica local, por ejemplo, sobre los flujos migratorios temporales, sobre la expulsión de jóvenes en edad fecunda por emigración, sobre la atracción de población adulta mayor, sobre la mortalidad asociada a accidentes de tránsito o delincuencia común, o sobre la concentración de población en ciertas áreas de la localidad. En este caso se estaría hablando de determinantes intermediarios.

Las dinámicas demográficas locales comparten rasgos y tendencias propias de las dinámicas demográficas nacionales y mundiales, pero tienen su propia especificidad e interactúan con las tendencias globales. En el ámbito local la dinámica demográfica depende, en buena parte, del juego de relaciones socioeconómicas y ambientales vigentes en el territorio, y responde, en el corto o mediano plazo, a la acción pública o privada. Por ejemplo, la mortalidad por accidentes viales, la morbilidad infantil por infecciones, o la que depende de la prestación de servicios locales.

Pero algunas expresiones de la dinámica demográfica local no pueden ser transformadas mediante la acción local pública o privada en el corto plazo, bien sea porque no tienen las competencias para hacerlo o porque dependen de decisiones en niveles superiores de jerarquía, de manera que actúan como determinantes estructurales para ese territorio. Por ejemplo, las tendencias de envejecimiento de la población.

Existen procesos de transición demográfica en curso en la mayoría de los países del mundo, con estados más o menos avanzados de envejecimiento. Esta es una tendencia global y de largo plazo jalonada por rezagos de procesos demográficos ocurridos en el siglo pasado y que no pueden modificarse en el corto o mediano plazo hasta que se cumplan los ciclos de expansión-contracción de la dinámica global.

Tales tendencias se **expresan** en el ámbito nacional con el aumento de población en los grupos mayores de 60 años, mientras se reduce la proporción, e incluso el volumen absoluto, de niños y jóvenes. Dichas tendencias **actúan** sobre las condiciones sociales cuando tienen implicaciones concretas en el envejecimiento de la fuerza de trabajo o en la lenta reposición de la misma, así como en las crecientes demandas por atención para personas mayores que llegan



a edad avanzada en condiciones de limitación física o mental y sin recursos propios.

En el nivel municipal esta tendencia puede expresarse en condiciones de vida precarias para grupos de adultos mayores que, no pudiendo ser tomados a cargo por sus familias y con escasas redes de soporte social, quedan a cargo del Estado o en situación de indigencia.

Estos son determinantes intermediarios sobre los que existe cierta capacidad de respuesta por parte de la institucionalidad local, lo que permite superar, contrarrestar o mitigar la situación de pobreza y abandono mediante subsidios y atención directa a adultos mayores en abandono. Pero el territorio no tiene competencia sobre la reducción del envejecimiento de su población, a menos que ponga en práctica políticas migratorias selectivas, hecho que, por otra parte, contraviene los derechos humanos porque se trata de un determinante estructural incluso a nivel local.

Para los individuos concretos esta tendencia puede expresarse como el conjunto de circunstancias que terminan asignando cargas familiares que no pueden ser asumidas, lo que genera conflicto familiar y lleva al abandono de los adultos mayores, esto sucede cuando los sistemas de protección social no están a la altura de las necesidades de la población que envejece.

El envejecimiento de la población de un país o de una localidad también actúa como determinante de condiciones económicas cuando tiene **implicaciones** directas sobre la disponibilidad de mano de obra adulta y cuando genera presiones sobre la oferta de trabajo y los recursos para la población adulta mayor, o sobre los subsidios requeridos para mitigar la exclusión laboral. Actúa igualmente sobre las estructuras y condiciones sociales cuando tiene **implicaciones** directas sobre las estructuras familiares, cuando genera demandas nuevas sobre las familias, tanto para el cuidado como para la atención de los adultos mayores, y cuando crea situaciones de conflicto.

Además, el envejecimiento actúa, por una parte, sobre las condiciones de salud cuando tiene implicaciones en la estructura y calidad de los servicios, y, por otra, sobre los sistemas de aseguramiento cuando genera nuevas demandas sobre los recursos, medicamentos e infraestructuras para la atención de enfermedades crónicas y degenerativas (es decir, las unidades de cuidados intensivos, las de cuidados paliativos o los centros de rehabilitación y la oferta de prótesis). En estos casos, si el sistema sanitario no responde de manera ágil y oportuna para garantizar las condiciones requeridas para el máximo disfrute posible de salud y bienestar en la vejez, el resultado, sin duda, será un incremento en la mortalidad y morbilidad de la población adulta mayor.

Para el reconocimiento y comprensión de los determinantes poblacionales de la salud es necesario comenzar **identificando** las tendencias demográficas de

mediano y largo plazo, a fin de comprender cuál es la población para la que se planea, para luego analizar qué implicaciones tiene en la demanda de bienes y servicios (salud, educación, recreación, transporte, infraestructura, etc.), qué ventajas o limitaciones representa frente a las necesidades de mano de obra, las posibilidades de creación de fuentes de trabajo o de programas de formación para jóvenes, las posibilidades de expansión económica, o los requerimientos de preservación y reproducción del ambiente.

Dentro del anterior contexto, el crecimiento de la población permite estimar la velocidad a la que el sistema de salud debe responder para satisfacer las demandas de salud de la población. La distribución de la población en el territorio ofrece criterios para la localización de la oferta sanitaria y también ayuda a comprender las diferencias entre perfiles epidemiológicos. El comportamiento de la fecundidad (intensidad y calendario) permite comprender los requerimientos en materia de salud materno-infantil. El comportamiento de la mortalidad resulta del perfil epidemiológico presente en un territorio y la estructura de población explica, en gran medida, dicho perfil, y la mayor o menor presencia de enfermedades infantiles o degenerativas, así como los requerimientos específicos de servicios de salud, de acuerdo con las características de la población. Las proyecciones de población aportan criterios para entender las tendencias futuras en las demandas de servicios de salud y la manera como estos tendrán que adaptarse a los cambios en la estructura de población y su distribución en el territorio. La comprensión de los patrones de movilidad permite entender de qué manera se propagan determinados vectores o cómo se modifica la estructura de morbilidad en momentos de crisis ambientales.

Los anteriores ejemplos dan cuenta de cómo la identificación de las tensiones entre la dinámica demográfica, otras dinámicas territoriales y el estado de salud de la población, permite reconocer las posibilidades de sostenibilidad de ésta, sus fortalezas y potencialidades, así como las condiciones que debe establecer para alcanzar los necesarios equilibrios con su territorio.

Todas las dimensiones de la salud consideradas en el PDSP tienen un referente obligatorio en alguno de los componentes de la dinámica demográfica (reproducción, mortalidad o migración), en algún segmento de la población y en las condiciones de la misma. En las dimensiones transversales, el PDSP destina un amplio espacio a la consideración de los determinantes particulares que conllevan inequidades sociales y sanitarias en primería infancia, adolescencia y en procesos de envejecimiento y vejez de la población. En consecuencia, para una lectura adecuada de las condiciones de salud, es indispensable tener suficiente claridad acerca de las características demográficas de la población en cuestión y establecer el peso de la dinámica demográfica y sus tensiones con otras dimensiones del desarrollo en el estado de salud, a fin de que las estrategias adoptadas sean pertinentes, habida cuenta de los largos plazos que requiere el cambio demográfico y de los rezagos que se generan entre el momento en que se adopta una decisión y el momento en que el efecto se hace visible en la población.



#### 4.6.1.2. Las desigualdades e inequidades en salud asociadas a la dinámica demográfica

Los análisis estadísticos y demográficos dan cuenta de las innumerables diferencias que, por naturaleza, existen entre los grupos poblacionales en cuanto a las características y tendencias de sus dinámicas poblacionales. Sin embargo, cuando en virtud de leyes, normas, reglas, políticas, prácticas económicas o sociales, conocimientos, tecnologías, creencias, saberes o valores culturales, una característica demográfica termina generando restringiendo, limitando, o impidiendo el **derecho** de ciertos grupos a un al disfrute pleno de la salud, se está en presencia de una **inequidad** en salud asociada a la dinámica demográfica. Esto sucede, por ejemplo, cuando la localización de la población en asentamientos dispersos de difícil acceso obstaculiza la provisión adecuada de servicios de salud, sin que se tomen las medidas necesarias para superarlo; también, cuando mujeres jóvenes que han iniciado a edad temprana su reproducción resultan excluidas del sistema escolar o laboral, restringiendo así su derecho a la educación o el trabajo.

De la misma manera, cuando determinados grupos de migrantes tienen dificultades para insertarse social y económicamente en sus lugares de destino y no acceden a servicios de salud, habida cuenta de la discriminación de que son objeto, se está en presencia de inequidades asociadas a dinámicas demográficas. Otro tanto ocurre cuando, por condiciones económicas o de seguridad, grupos importantes de población se ven obligados a emigrar o desplazarse con graves consecuencias para su salud y bienestar, o cuando las familias con una descendencia numerosa tienen dificultades para encontrar una vivienda adecuada, porque los patrones de construcción o los costos de las viviendas se lo impiden, o porque en ciertos espacios los niños no son bienvenidos.

Por sí misma una característica demográfica no deriva en una inequidad, excepto cuando las estructuras económicas o sociales generan exclusión o ponen en desventaja a las poblaciones que las detentan.

#### 4.6.2. La dimensión ambiental y la salud

La **dinámica ambiental** se entiende como el proceso de cambio y transformación de los ecosistemas en los cuales se asienta la población, incluyendo tanto el ambiente natural como el construido. El ambiente natural se desarrolla normalmente, según las leyes propias de la biología y la física, y tiene sus propias dinámicas o modos de comportarse en el tiempo. En estado de equilibrio, los componentes de los ecosistemas interactúan entre sí en forma regular, garantizando la autorregulación del sistema, su supervivencia y reproducción. Los elementos de la naturaleza también interactúan entre sí definiendo momentos de reproducción, propagación y expansión, así como momentos de estancamiento, contracción y desaparición. La ecología y la biología se ocupan de la descripción de estos procesos.

A diferencia de las demás especies, las poblaciones humanas deben producir los bienes y recursos necesarios para su supervivencia y reproducción, para ello interactúan con la base ambiental en una relación de doble vía (interacción) cuyos resultados generan transformaciones tanto en el territorio como en la población. Es de este modo como toda población, indefectiblemente, termina ligada a un territorio del cual depende para sobrevivir, este hecho irrefutable hace evidente la **dimensión ambiental** del desarrollo.

Ahora bien, cuando la población interviene sobre el ambiente natural puede hacerlo respetando los ciclos propios de la naturaleza de manera que se garantice su reproducción y sustentabilidad en el tiempo, o puede hacerlo sin consideración de estos ciclos, con lo cual genera severos desequilibrios en los ecosistemas y hace que éstos, con el transcurrir del tiempo, pierdan su capacidad de recuperación, se fragilicen y desaparezcan. Pero la población humana en su condición transformadora también puede crear y recrear la base ambiental de la cual se sirve, prever su desarrollo y garantizar las condiciones para su sostenibilidad y la de la vida humana.

De igual forma, la actividad humana transforma el ambiente natural en ambiente construido cuando extrae los bienes necesarios para su supervivencia y cuando construye infraestructuras (viales, industriales, sanitarias, sociales, comerciales, habitacionales, etc.), de las cuales se sirve tanto para el bienestar individual y colectivo como para el desarrollo de actividades económicas.

La identificación de la dinámica ambiental permite reconocer la clase y la calidad de los suelos, las fuentes hídricas, los tipos de fauna y flora que allí se desarrollan, los patrones climáticos y las transformaciones producidas por el hombre. Además, posibilitará el reconocimiento de las transformaciones en las infraestructuras para la producción económica, los conglomerados urbanos y las infraestructuras para la prestación de servicios sociales, culturales, institucionales y de salud.

Por todo lo anterior, el reconocimiento de la dinámica ambiental permite a los planificadores definir las condiciones de sostenibilidad de los ecosistemas y generar las acciones de control, regulación o restricción a la actividad humana a fin de preservarlos.

La relación población-ambiente no es lineal, está mediada por los patrones de producción y consumo vigentes en la sociedad, el tipo de tecnología que aquella desarrolla, el conocimiento, la cultura y las reglas que rigen las relaciones hombre-naturaleza. También lo está por el conjunto de creencias, valores y prácticas culturales, así como por el ordenamiento jurídico-institucional, factores que definen tanto las pautas de regulación y control sobre las formas de acceso, uso, apropiación, consumo, preservación, producción y distribución de los bienes y servicios ambientales, como las restricciones y sanciones cuando se generan daños ambientales. Por ello no es posible establecer fácilmente cuánta población

puede habitar en un territorio. En cada caso particular habrá que considerar la velocidad de crecimiento de la población, la de su consumo y la de reproducción de la base ambiental. Por tal razón, el criterio que siempre deberá primar a este respecto es el del equilibrio, así, el primer paso en esta dirección consiste en establecer los equilibrios y desequilibrios entre la población y su base ambiental.

De este modo, la **dimensión ambiental del desarrollo** se entiende como el juego de interacciones de doble vía entre la base ambiental (natural y construida) y la población, su dinámica económica y su dinámica social en un territorio particular.

Para efectos de la planeación integral en salud, interesa identificar y comprender las dinámicas propias tanto del ambiente natural como del construido y las relaciones que se dan entre los dos. También se deben analizar las relaciones entre la población y la base ambiental, incluyendo los impactos que su actividad económica y social genera en ella, así como los efectos que el ambiente natural y construido tienen en las condiciones de vida, en la salud y en la sostenibilidad de la población.

En este punto conviene señalar que muchas de las situaciones de salud están estrechamente asociadas a las condiciones existentes en el *ambiente natural*, como la disponibilidad de agua, aire limpio, el manejo de excretas, el manejo de residuos, las emisiones contaminantes, etc., además de la disponibilidad de tierras fértiles y de alimentos sanos. De otro lado, existe un conjunto de eventos de salud que depende de las condiciones del *ambiente construido*, como el estado de las vías, la disponibilidad de energía, el espacio público, las infraestructuras sanitarias, la educación, la recreación y el deporte, elementos que juegan un papel importante en la preservación de la salud y el bienestar de la población. De esta manera, la comprensión de las interacciones y tensiones entre las condiciones ambientales y el estado de salud de la población resulta clave para superar problemas de salud y sanitarios.

Las relaciones entre la población, su base ambiental, la organización social y económica que la soportan y la salud, en el cotidiano transcurrir de la vida, son relaciones de intercambio armónicas, lo que permite mantener el equilibrio general del sistema. Sin embargo, cuando el flujo de intercambios (información, conocimiento, recursos, tecnología, poder, autoridad) es desigual se generan tensiones entre las dimensiones del desarrollo y entre éstas y la salud. Es pertinente recordar aquí que, en sí misma, una tensión no resulta indeseable o perjudicial, de hecho es gracias a estas desigualdades que el sistema se mantiene en movimiento, evoluciona, se transforma y perdura en el tiempo.

Sin embargo, cuando una tensión desborda la capacidad de respuesta del ambiente o de la organización social puede generar una respuesta en cadena, de manera que el sistema pierde su sustentabilidad. Cuando esto sucede es necesario movilizar una ingente cantidad de recursos a fin de restaurar el equilibrio

perdido o de construir uno nuevo. Cuando se planea para lograr el “goce efectivo del derecho a la salud, mejorar las condiciones de vida y salud de los habitantes, y mantener cero tolerancia con la mortalidad y discapacidad evitable” (MSPS 2013: 85), desde una perspectiva integral y holística, es indispensable identificar y comprender las tensiones en que resultan comprometidas dos o más de las dimensiones de la salud, pues este hecho terminará afectando la salud de la población.

#### **4.6.2.1. Cuando la dinámica ambiental se convierte en un determinante de la salud**

Los **determinantes ambientales** comprenden las características y dinámicas propias de la base ambiental que sirve de soporte a la población, las cuales, al interactuar con ciertas condiciones económicas, demográficas o sociales, se **convierten** en obstáculos o en ventajas para el logro pleno de la salud y el bienestar.

Es claro que los recursos para la sobrevivencia de la población, así como de sus actividades económicas y sociales, dependen tanto de la base ambiental natural como de la construida. Una formación geológica particular, el tipo de suelos y de cobertura vegetal, la morfología del terreno, la disponibilidad de fuentes hídricas y el régimen climático, son condiciones que definen las posibilidades de la vida y de la enfermedad. De la misma manera, las condiciones de las viviendas, los servicios públicos, las infraestructuras sociales y las sanitarias son factores que se encuentran estrechamente asociados con la calidad de vida y el disfrute de una salud plena.

Ahora, si se compara con la escala humana, la transformación de la estructura y dinámica del ambiente natural se realiza muy lentamente en el tiempo, pudiendo tomar cientos de miles de años, de tal modo que para una población y territorio específicos la base ambiental actúa como un determinante de sus posibilidades de desarrollo (ver arriba los determinantes ambientales). No ocurre lo mismo con el ambiente construido por el hombre, resultado de los procesos de adaptación al ambiente natural. Estas estructuras son temporales y pueden ser modificadas en el corto y mediano plazo con facilidad. Así, los ambientes construidos sólo en circunstancias especiales y dependiendo del lapso de tiempo en consideración actuarán como determinantes de las condiciones de desarrollo.

Cuando las condiciones ambientales no son modificables en el corto o mediano plazo, o las entidades públicas y privadas no tienen competencia sobre aquellas, se está en presencia de **determinantes ambientales estructurales**. Por otra parte, cuando los colectivos poblacionales tienen capacidad de decisión y control sobre las condiciones ambientales, ya sea que se trate de la preservación y reproducción de los recursos naturales, de la construcción y dotación de infraestructuras sociales y sanitarias, de la definición de políticas de desarrollo

urbano o de uso del suelo y del acceso a bienes y servicios ambientales, se está en presencia de **determinantes ambientales intermediarios**.

Por ejemplo, el agua es esencial para la vida y de su disponibilidad, acceso y la calidad de la misma depende en buena parte el estado de salud de la población. Sin embargo, la disponibilidad de agua en una localidad depende en mucho de los procesos de cambio climático presentes a nivel global. El cambio climático es un proceso de largo plazo sobre el cual la humanidad tiene escaso conocimiento y aún menos control, todavía no se le comprende bien y las respuestas tecnológicas para hacerle frente aún están en construcción, de manera que no se puede predecir ni prevenir con exactitud la llegada de eventos ambientales adversos (huracanes, inundaciones, terremotos). La institucionalidad requerida para actuar de manera global apenas está en construcción y todavía no se avizoran acuerdos y consensos globales sobre los cambios que se deben realizar. En este caso se está en presencia de *un determinante estructural sobre el que hay escaso control*.

En lo local el cambio climático se **expresa**, por ejemplo, en los cambios en los regímenes de lluvias, vientos, temperatura y humedad locales, con efectos devastadores sobre la producción de agua, sobre las poblaciones damnificadas por inundaciones y sobre el estado de salud de la población, cuando proliferan enfermedades contagiosas, cuando se exacerban las complicaciones respiratorias o cuando una parte de la población muere como efecto de avalanchas o inundaciones. Cuando la capacidad de respuesta local se limita al manejo del riesgo pos-eventos, la atención a víctimas, la formulación de un plan de acción para el manejo del riesgo local y muchos de los recursos requeridos dependen de la gestión nacional, se está presentando un *determinante estructural sobre el cual existe una limitada capacidad de respuesta* en el nivel local.

Las condiciones económicas de la población o de los municipios pueden convertirse en un determinante intermediario cuando no se dispone de recursos suficientes para la construcción de acueducto y alcantarillado o para cubrir los costos de la prestación del servicio.

Las tradiciones sobre el manejo de fuentes de agua y el desconocimiento de prácticas preventivas (hervir agua, lavado de manos, cloración, protección de rondas de acueductos, etc.) pueden ser determinantes intermediarios del estado de salud, lo mismo que la capacidad del sistema sanitario para responder a las demandas de prevención y atención de eventos de salud generados por la falta de acceso y la deficiencia en la calidad del agua.

La localización de población en rondas de ríos sin sistemas de tratamiento de excretas puede ser otro determinante del estado de la salud, en especial cuando tiene **implicaciones** sobre los acueductos que se surten de la fuente aguas abajo o sobre los cultivos de frutas y verduras que son consumidas por las mismas comunidades. La escasa capacidad de vigilancia y control de la autoridad

ambiental y municipal sobre las rondas de los ríos y para garantizar servicios de acueducto y alcantarillado contribuyen a agravar la situación. El mal manejo del recurso hídrico en la zona terminará generando efectos sobre la salud de los pobladores, además de **presiones** sobre el sistema sanitario y sobre la economía local. Otro tanto puede ocurrir cuando las zonas residenciales quedan expuestas a contaminación por espectros electromagnéticos, emisión de gases o partículas contaminantes.

Estos eventos se convierten en determinantes intermediarios para ciertas poblaciones cuando la presencia de eventos ambientales confluye en poblaciones que resultan vulnerables a los mismos. Para aquellas comunidades precarizadas y sin acceso a servicios de salud, el mal manejo del agua puede convertirse en un determinante estructural de su estado de salud en ciertos momentos, cuando no tienen capacidad de respuesta sobre ellos. Se observa aquí cómo una situación ambiental puede convertirse en un determinante de la salud bajo ciertas circunstancias y en el marco de un juego de interacciones particulares entre el ambiente y otras dinámicas territoriales.

La **identificación y comprensión** de las características y tendencias del ambiente natural y construido permiten definir las fortalezas y potencialidades del territorio así como las condiciones que deben establecerse para alcanzar los equilibrios deseados entre la población y su estado de salud. De la misma manera, la identificación y comprensión de las tensiones entre las condiciones ambientales (naturales y construidas) y otras dimensiones del desarrollo que impactan el estado de salud de la población, permite identificar puntos críticos en los procesos de determinación ambiental que es necesario transformar para garantizar una salud plena y comprender la cadena de determinación entre las dinámicas ambientales y la salud.

De acuerdo con lo anterior, la vida de los seres humanos depende de la calidad del espacio vital del que disponen. Por ejemplo, cuando la densidad de población supera la capacidad de contención del medio ambiente las condiciones de vida se deterioran, comenzando por la salud. El análisis de la disponibilidad y calidad de fuentes hídricas permite identificar las posibilidades de acceso a agua limpia. El reconocimiento de las fuentes de contaminación ambiental resultante de las emisiones de las grandes ciudades y centros industriales permite identificar si están directamente relacionadas con las enfermedades respiratorias.

Por otro lado, si el ambiente natural está estrechamente ligado al estado de salud de una población no lo es menos el ambiente construido. Los beneficios de un ambiente natural sano pueden desaparecer si las infraestructuras de acueducto y alcantarillado no son adecuadas y suficientes. La identificación de la estructura de las ciudades y la disponibilidad de espacio público permite definir las condiciones de hacinamiento o esparcimiento de la población, de las que depende la salud física, emocional y mental. Además, puede contribuir a establecer, por



ejemplo, la relación entre muertes violentas y accidentes de tránsito, así como entre éstos y el estado de la infraestructura vial.

La lectura de las condiciones en que operan los programas de prevención, promoción y atención de la salud facilitará el esclarecimiento de las razones por las cuales se logran o no sus objetivos. Por ejemplo, si toda la actividad humana requiriera del consumo de energía eléctrica muchas de las condiciones de salud de la población dependerían de la disponibilidad y continuidad de este servicio. Transportarse hasta los centros de atención médica, disminuir el tiempo de llegada en casos de emergencias médicas, garantizar la preservación de medicamentos y la producción de alimentos son actividades que dependen inevitablemente de las infraestructuras energéticas, que se hace necesario identificar plenamente. La misma estructura de las viviendas, la calidad de los materiales y la disposición de los desechos pueden propiciar la aparición de vectores y enfermedades como dengue, paludismo y Chagas.

El PDSP aborda los determinantes ambientales estructurales e intermediarios en las dimensiones “Salud ambiental” y “Salud pública en emergencias y desastres”. El Plan propone promover la salud de las poblaciones que por sus condiciones sociales son vulnerables a procesos ambientales; promover el desarrollo sostenible; atender las necesidades sanitarias y ambientales de poblaciones vulnerables; y “contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida de la población mediante la prevención, vigilancia y control sanitario” (MSPS 2013: 171), así como promover la gestión de riesgo de desastres (MSPS 2013: 231).

La dimensión ambiental en el PDSP incluye dos grandes componentes: hábitat saludable y situaciones de salud relacionadas con condiciones ambientales. Estos dos componentes hacen referencia a las condiciones ambientales que deben prevalecer para garantizar el pleno disfrute de la salud, las cuales, a su vez, dependen de los determinantes poblacionales, económicos y sociales, tales condiciones serían:

- Disponibilidad, acceso y calidad del agua.
- Calidad del aire, el ruido y radiaciones electromagnéticas, impactos del urbanismo, la ruralidad, la movilidad las condiciones de las viviendas y espacios públicos.
- Riesgos biológicos y presencia de vectores.
- Residuos peligrosos y sustancias químicas.
- Producción limpia.
- Riesgos en entornos laborales.
- Protección de ecosistemas estratégicos y fuentes hídricas (MSPS 2013: 171).

#### 4.6.2.2. Las desigualdades e inequidades en salud asociadas a la dinámica ambiental

Una **desigualdad ambiental** se presenta cuando el acceso e intercambio de bienes y servicios ambientales considerados **esenciales** para la vida (agua, aire, alimento, espacio vital) y **disponibles** en un territorio, no fluye de manera armónica (equilibrada) entre la base ambiental y la población que de ella depende, generándose déficits en ciertos grupos poblacionales o daños ambientales. Este tipo de desigualdades puede documentarse con ayuda de la estadística mediante la comparación de valores para distintos grupos poblacionales.

Por otra parte, una **inequidad en salud ambiental** se presenta cuando los intercambios desiguales están mediados por la presencia de leyes, normas, reglas, políticas, prácticas económicas o sociales, conocimiento, tecnología, creencias y saberes o valores culturales, es decir, modos y estilos de vida que interfieren (median) entre la base ambiental y la población, restringiendo, limitando o impidiendo el **derecho** de ciertos grupos a un ambiente sano o coartando y creando condiciones adversas a su uso adecuado e impidiendo la reproducción apropiada de su base ambiental, de manera que estos grupos ven disminuida su salud. Por ejemplo, la apropiación privada de zonas de reserva ambiental de las que se surten los acueductos municipales, impidiendo de este modo la utilización de las fuentes; la presencia de industrias altamente contaminantes de las fuentes hídricas; las prácticas agrícolas de tala y quema que erosionan los suelos o la emisión de CO<sub>2</sub> producida por algunos vehículos de transporte. En los cuatro ejemplos anteriores estos daños ambientales, que se traducen en daños en la salud, son evitables e innecesarios, toda vez que existen los medios y los recursos institucionales, jurídicos y técnicos para que no se presenten, las acciones de vigilancia, control y modificación de tales eventos y la responsabilidad ciudadana con la salud ambiental.

De otra parte, una condición ambiental y un determinante ambiental de carácter estructural se presentan cuando el daño ambiental cubre a toda la población, restringe su calidad de vida y daña su salud de manera similar sin que existan los medios o recursos para superarlo, por ejemplo, un tsunami o el estallido inesperado de un volcán.

#### 4.6.3. La dimensión social y la salud

Los seres humanos sólo se desarrollan en sociedad. Bajo este presupuesto la dinámica social evidencia su importancia fundamental, más aún cuando es un hecho palpable que comprende todas las pautas de regulación y control con las cuales los individuos y las instituciones orientan su acción y regulan su libertad. Esta dinámica incluye cuatro grandes elementos que constituyen y determinan los modos y estilos de vida: a) los valores, creencias, saberes y prácticas que hacen parte de la tradición y la cultura; b) las instituciones formalmente establecidas, el Estado, estructuras de poder y autoridad, así como el ejercicio del control de la



fuerza y de la justicia; c) los sistemas de conocimiento, ciencia y tecnología; y d) la organización económica. Esta última se ha incluido como una dimensión aparte dado el papel dominante que tiene en la sociedad (ver figura 14).

Estos elementos de la organización social actúan como un sistema abierto y guardan entre sí estrechas relaciones de interdependencia, de tal suerte que la sociedad se mantiene en equilibrio y logra sostenerse y reproducirse en el largo plazo. Sin embargo, los cambios que se producen en uno de los componentes pueden ocasionar desequilibrios en otro, poniendo en riesgo la cohesión del colectivo poblacional. Del grado de cohesión social y de los patrones de convivencia y de solidaridad dependerá en gran medida la satisfacción de las necesidades materiales y no materiales y el bienestar de la población. De allí que los Estados tengan como finalidad expresa la garantía de las condiciones de bienestar social.

Figura 14. Elementos de la Dinámica Social



Las estructuras de regulación y control se concretan en acuerdos y pactos sociales acerca de las formas de organización social, cultural, económica y política, y de las formas de producción de conocimiento que se expresan en los modos de vida de la sociedad, las condiciones de vida del grupo y el estilo de vida de los individuos. Estos acuerdos rigen las relaciones entre los individuos y entre éstos y la base ambiental. Se expresan en códigos, normas y pautas que orientan y regulan la actividad humana e incluyen: un **orden político-institucional** con un ordenamiento jurídico y político-administrativo que regula el ejercicio del poder y la fuerza; un **orden cultural** que regula la actividad humana según la tradición, las

creencias, los saberes, los valores e imaginarios compartidos; un **orden económico**, que regula y controla las formas de apropiación de los recursos para la producción de bienes materiales y no materiales, el acceso a los mismos y la redistribución de los excedentes; y un orden para la producción del **conocimiento científico tecnológico**, que define las formas de conocimiento válidas y regula su producción distribución y consumo. Debido al papel dominante que tiene en nuestra sociedad el orden económico éste se incluye como un determinante específico.

Las posiciones y jerarquías sociales asociadas al estatus que se asigne a determinados individuos y grupos particulares, incluyendo aquellos con diferencias sociales que significan desventaja o condición de mayor vulnerabilidad (niños, niñas y adolescentes, personas mayores, grupos étnicos, discapacitados, víctimas de conflicto armado, entre otros), así como la estratificación social, se definirán según el juego de relaciones que se establezca entre los elementos de la dinámica social. Dependiendo de la posición en la jerarquía social y del grado de cohesión social existente, podrán encontrarse grandes diferencias e incluso inequidades entre grupos sociales. Por ejemplo, en Colombia han sido reconocidos como grupos específicos de interés social los grupos étnicos, las víctimas del conflicto armado, las personas con discapacidad, las mujeres, los infantes, los adolescentes y los ancianos.

De todas las dimensiones del desarrollo, la social es aquella que reviste mayor complejidad, debido a que los elementos que hacen parte de la estructura social, y entre los cuales se genera una cambiante dinámica, son numerosos y difieren substancialmente de un territorio a otro. No sin razón, la dinámica social ocupa el más amplio espacio en los análisis de la situación en salud. En este sentido, dentro de las dinámicas de la salud que cobran importancia en la dimensión social sobresalen el sistema de salud y las instituciones de salud, toda vez que a través de ellas se determina el acceso a bienes y servicios de salud que, en sí mismos, constituyen determinantes intermediarios.

De las condiciones sociales imperantes en un territorio dependerán, en gran medida, las condiciones para la vida: el conocimiento médico, la tecnología sanitaria, el conocimiento y las prácticas de las comunidades sobre la salud, la enfermedad, la vida o la muerte y el acceso y uso de los servicios de salud.

Cuando la dinámica social interactúa con otras dimensiones del desarrollo, definiendo límites al uso y acceso a los recursos ambientales, definiendo los espacios para los asentamientos humanos, las zonas de protección, los espacios públicos, o definiendo las relaciones laborales, familiares y políticas, se ha entrado en el terreno de **la dimensión social del desarrollo**.

Estas relaciones entre la dimensión social y otras dimensiones del desarrollo no son lineales y por lo general incluyen flujos de realimentación entre unas y otras. El ambiente también suele imponer límites a la acción de la

población (zonas de riesgo) y la economía define desde el mercado los patrones de necesidad y las pautas de consumo, algunas de las cuales pueden resultar nocivas para el equilibrio social. La dinámica demográfica puede estar en el origen de no pocos conflictos sociales cuando su crecimiento desborda la capacidad de soporte de la base ambiental o cuando la reducción en la fecundidad y el tamaño de las familias generan situaciones críticas en la sostenibilidad del sistema de protección. En términos de salud, las creencias, valores y tradiciones acerca del cuerpo, la maternidad y las relaciones sexuales están en la base de un número importante de eventos de salud.

Las condiciones y estilos de vida relacionados con creencias, valores, prácticas sociales, formas de convivencia y solidaridad están en la base de muchas de las prácticas de salud; así, la mayor o menor aceptación y uso de los servicios sanitarios, de la misma manera que la educación y el acceso a conocimiento, modifican notablemente la comprensión del funcionamiento del cuerpo y de las prácticas de prevención y cuidado de la salud, mientras que las normas, leyes y la organización institucional para la salud pueden actuar como barreras o potenciadores para el acceso y disfrute de una salud plena. El valor y la consideración que se otorga a ciertos grupos sociales en desventaja, como los niños, los ancianos, los indígenas o personas con discapacidad, puede definir su exclusión no sólo de los sistemas de salud y protección, sino también del acceso al trabajo o a la participación social.

El perfil epidemiológico de una población refleja claramente el estado de cohesión y convivencia social, el mayor o menor acceso a alimentación y servicios de salud y protección, las inequidades y desigualdades sociales entre unos y otros colectivos, además de la gobernabilidad y capacidad de gestión institucional para tramitar el conflicto y garantizar condiciones de vida dignas a la población. Por esto, en muchos casos las condiciones sociales vigentes en un territorio se convierten en determinantes para la salud (ver arriba los determinantes sociales de la salud), de tal modo que para la modificación o mantenimiento de un estado deseable de salud y bienestar es indispensable trabajar simultáneamente en la transformación de las condiciones sociales que le sirven de soporte y de las cuales depende.

#### **4.6.3.1. Cuando la dinámica social se convierte en un determinante de la salud**

Los **determinantes sociales** comprenden todas las estructuras y sistemas de regulación y control de la actividad humana individual y colectiva, resultado de procesos históricos de largo aliento que al interactuar con ciertas condiciones económicas, demográficas o ambientales se **convierten** en obstáculo o ventaja para el logro pleno de la salud y el bienestar y en determinantes estructurales o intermediarios de la salud.

Cuando las condiciones sociales no son modificables en el corto o mediano plazo y la institucionalidad pública y privada no tiene competencia sobre aquellas, se está en presencia de determinantes estructurales. De otra parte, cuando comunidades, administraciones locales y entidades sanitarias pueden actuar sobre un amplio conjunto de situaciones sociales que impactan la salud en el corto o mediano plazo se está en presencia de determinantes intermediarios de la salud. Por ejemplo, cuando se interviene sobre la formación del personal de salud o sobre la educación en salud en los colegios; cuando se trabaja sobre prácticas, saberes o comportamientos arraigados en la cultura local que afectan la salud, o cuando se promueve la equidad en el acceso a sistemas de protección social y aseguramiento en salud.

A continuación, y a manera de ejemplo, se señalan algunas de las formas en que se expresan y actúan los determinantes sociales.

Los determinantes sociales pueden actuar sobre la salud de la población cuando definen modos y estilos de vida inadecuados. Por ejemplo, cuando la cultura local recoge y adopta una gran cantidad de pautas culturales provenientes de otras latitudes.

No es un secreto que en el mundo globalizado las estructuras y dinámicas sociales locales resultan ampliamente influenciadas tanto por el contexto cultural nacional como por el global. Un ejemplo de lo anterior se evidencia cuando los patrones de reconocimiento social resultan basados en el consumo de bienes materiales que siguen las tendencias de mercados más amplios, en este caso los individuos y los colectivos tienden a forjar su identidad a través de la acumulación de cierto tipo de bienes materiales y sus necesidades comienzan a depender cada vez más de las pautas de consumo inducidas por las estrategias de mercadeo que promueven estilos de vida basados en el consumo de mercancía obsolescente.

Otro ejemplo palpable lo constituye la discriminación social y laboral de la que son objeto algunos grupos en razón de su condición étnica, de su situación económica (población en pobreza extrema), de su condición de víctimas, o por tener una limitación o discapacidad. Estas situaciones colocan a tales grupos en franca desventaja frente a las oportunidades de educación, desarrollo cultural, participación ciudadana o desarrollo económico.

Cuando los mensajes acerca de la belleza y la figura corporal se convierten en prácticas como la anorexia o cuando inducen a las mujeres a practicarse sucesivas cirugías —con altos costos y graves riesgos para la salud, a fin de adecuar su cuerpo al patrón de la publicidad— se transforman en determinantes intermedios. Pero si el patrón se generaliza y cubre a todos los segmentos de la población sin distinción y desborda la capacidad de respuesta de los sistemas de salud, que tendrían que destinar recursos para atender tales situaciones, en detrimento de la atención de otras necesidades urgentes en salud, los mensajes estarían actuando como un determinante estructural.

En otros casos, cuando las relaciones familiares y sociales se deterioran, el estrés laboral o escolar aumenta y la capacidad de contención de la familia y la comunidad es muy débil, los eventos depresivos en jóvenes aumentan. Si además se suma a lo anterior un patrón de reconocimiento social basado en el éxito económico en medio de escasas oportunidades laborales, podrán observarse también incrementos en los casos de suicidio. Algo similar ocurre cuando los medios de comunicación sustituyen a la formación en salud sexual y reproductiva, lo que ocasiona en muchas oportunidades problemas de salud derivados de una sexualidad temprana, sin criterio y sin control, así como la proliferación de los embarazos en adolescentes, madres solteras y enfermedades de transmisión sexual.

Cuando se impone la cultura del atajo y el dinero fácil, la respuesta local puede expresarse en el desarrollo de prácticas económicas ilegales y violencia, actos que conllevan **implicaciones** graves para la salud de la población, lo que se traduce, por ejemplo, en el incremento de muertes violentas por actores armados, riñas, asaltos, violencia callejera, etc., o en el incremento de huérfanos y viudas, menores en abandono y adultos mayores sin recursos que deben asumir el cuidado de menores de edad.

De otra parte, el sistema sanitario también resulta afectado cuando tales acciones causan presión sobre las unidades de urgencias y generan costos adicionales para los sistemas de protección por atención y cuidado de víctimas. Este tipo de eventos está relacionado con la eficacia de los dispositivos de vigilancia y control pero tiene un trasfondo mucho mayor, puesto que está enraizado en un sistema de valores ético-políticos y morales en donde se ha perdido el respeto por el otro, las pautas de relacionamiento y solidaridad, la convivencia pacífica, el respeto por la norma y la ley, es decir, cuando se han perdido los lazos de cohesión social.

Puesto que las satisfacciones de muchas de las necesidades básicas dependen de la capacidad económica de individuos y colectivos, la pobreza y la pobreza extrema resultan, desde la dimensión económica, un determinante estructural de la salud, aún más cuando no se está en presencia de una cobertura universal y gratuita de los servicios de salud. Las inequidades que la posición económica y el estatus de las personas y los colectivos ocupan en la organización social definen, en gran parte, el acceso a recursos económicos y por tanto a la salud. Por ejemplo, las mujeres tradicionalmente tienen menos acceso a la propiedad privada y mayores dificultades para llevar a cabo emprendimientos empresariales, participar en política o simplemente en organizaciones sociales.

La capacidad de respuesta institucional frente a las tendencias socioculturales es más limitada que la capacidad para responder a las dinámicas ambientales o económicas, debido a que su campo de acción, por lo general, está limitado a propiciar y promover ciertos valores y a sancionar las infracciones o comportamientos ilegales o penales. Por consiguiente, los patrones culturales

terminan actuando como un determinante difícil de controlar en el corto y mediano plazo, debido a que su transformación es lenta y se acompaña de cambios profundos en las estructuras sociales y económicas que les dan vida y requieren no sólo de la acción pública sino de una decidida contribución ciudadana. Sin embargo, los patrones de comportamiento social y cultural son tan diversos y complejos que siempre dejan un vasto campo de intervención para la acción institucional.

El análisis de la dinámica sociocultural y sus interacciones y tensiones con la salud permite identificar cuándo los saberes y prácticas sobre el manejo de la salud y la enfermedad pueden representar un determinante estructural o intermediario a la hora de introducir ciertos cambios en el cuidado de la salud o reconocer las condiciones de justicia y protección ciudadana frente a la violencia, así como el impacto que ésta tiene sobre las estructuras sanitarias y los sistemas de aseguramiento. También permite identificar aquellas relaciones sociales que generan inequidad, exclusión, discriminación o violencia sobre ciertos grupos sociales y que terminan afectando de manera importante sus condiciones de salud, así como las posibilidades de acceder a los servicios requeridos.

Así, la identificación de la dinámica social permite definir las fortalezas y debilidades de la organización social, de las estructuras de regulación y control y de la distribución de bienes y servicios esenciales para mantener los equilibrios entre la salud de la población y su organización social y política.

Las dinámicas sociales intervienen en todas las dimensiones de la salud, por ello, una identificación cuidadosa de las relaciones entre la dimensión social y las dimensiones de la salud en el PDSP permitiría definir ejes estratégicos en materia de patrones culturales frente a la salud, la vida, la enfermedad, los sistemas de protección prevención y prestación de servicios, así como las relaciones interpersonales y comunitarias que generan inequidades en el acceso a la salud, que se convierten en factores de riesgo y que actúan simultáneamente sobre un amplio espectro de condiciones de vida de las personas y comunidades, generando impactos importantes en el estado de salud de la población.

Cabe resaltar que los dos primeros objetivos estratégicos del PDSP apuntan a la transformación de los determinantes sociales estructurales y los determinantes intermediarios de accionar sectorial y transectorial (avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud y mejorar las condiciones de vida y salud de la población), mientras el tercer objetivo (lograr cero tolerancia frente a la morbilidad mortalidad y discapacidad evitables) (MSPS 2013: 161-164) está más orientado a la transformación de los determinantes intermediarios a través del accionar del sector salud.



#### 4.6.3.2. Las desigualdades e inequidades en salud asociadas a la dinámica social

Una desigualdad social se presenta cuando el acceso e intercambio de bienes y servicios sociales (modos de vida), considerados esenciales para la vida (educación, salud, seguridad, protección, solidaridad, justicia, información, etc.) y que están disponibles en un territorio, no fluyen de manera armónica (equilibrada) entre la organización social (órdenes cultural e institucional) y la población que de ella depende (condiciones de vida), lo que genera déficits y carencias en ciertos grupos de población.

Por otra parte, una inequidad social en salud se presenta cuando los intercambios desiguales están mediados por la presencia de leyes, normas, reglas, políticas, prácticas económicas o sociales, conocimiento, tecnología, creencias y saberes o valores culturales que interfieren (median) entre la organización social y la población restringiendo, limitando o impidiendo a ciertos grupos el **disfrute de los derechos sociales** reconocidos como tales, o el **acceso a los mínimos de cohesión y solidaridad**, limitando e impidiendo la reproducción y mantenimiento adecuado del orden social o creando condiciones adversas a su adecuado desarrollo, de manera que en virtud de esa inequidad se ve afectado el estado de salud de la población.

Algunos ejemplos de lo anterior podrían ser: la falta de acceso a educación básica que impide a ciertos grupos el uso de información sobre el cuidado de la salud o el uso de los programas a los que tiene acceso; las creencias acerca del origen o del manejo de ciertas enfermedades mentales, lo que limita la prevención y atención oportuna de las mismas; la falta de transporte que impide a los pacientes llegar o ser remitidos oportunamente a los servicios de salud; la violencia ejercida sobre las infraestructuras sanitarias por grupos al margen de la ley en ciertas regiones que impide la prestación de servicios de salud. En los ejemplos anteriores se presentan restricciones que se traducen en daños en la salud que son evitables, pues existen los medios y los recursos institucionales, jurídicos y técnicos para evitarlos, así como responsabilidades claramente establecidas sobre la vigilancia, control y modificación de los mismos.

Debe anotarse aquí que cuando un daño o una limitación social cubre a toda la población restringiendo su calidad de vida y causando efectos similares en su salud, sin que existan los medios o recursos para superarlos, se está en presencia de una condición social y un determinante social de carácter estructural, pero no ante una inequidad, como sucedería, por ejemplo, con una enfermedad desconocida o un desastre ambiental que afectara por igual a todos los grupos sociales sin consideración de origen, posición social, étnica o sexo.



#### 4.6.3.3. Papel de la autoridad sanitaria

La autoridad sanitaria es, de acuerdo con la OMS, el custodio del bien público en salud y su objetivo primordial es la protección y promoción de la salud de la población. Es, además, la expresión de la potestad del Estado para incidir sobre las funciones, responsabilidades y competencias sustantivas que le son propias e indelegables, para efectivamente velar por el bien público en materia de salud, sin embargo, la estructura y composición de la misma se ordenan funcionalmente dependiendo del tipo de organización administrativa con que cuenta cada país y la organización institucional del sector salud (Correa 2002).

El propósito de la autoridad sanitaria es implementar decisiones y acciones públicas para satisfacer y garantizar, en el marco de los modelos de desarrollo nacionales adoptados por cada país, las necesidades y legítimas aspiraciones en salud de los conjuntos de los actores sociales (Levcoviz s. f.) de manera que se logren mejores niveles de salud y se fortalezca la función rectora de la autoridad sanitaria y su capacidad institucional para implementar las funciones esenciales de salud pública; y mejorar el desempeño de los sistemas de salud mediante el desarrollo de acciones transversales (OPS 2007). En este sentido, el concepto de autoridad sanitaria también se entiende como el conjunto de organizaciones — entidades y actores del Estado— responsable de velar por el bien público en materia de salud.

Por lo tanto, su función como rectora en salud guía el objetivo de reducir las inequidades en las condiciones de salud en el marco de un desarrollo integral y sostenible, así como el propósito de abatir las desigualdades injustas tanto en lo concerniente al acceso a los servicios individuales y colectivos, como en la carga financiera que supone el poder acceder a ellos (OPS y OMS 2000). A este respecto, la OPS y la OMS han propuesto una agrupación de las dimensiones de la rectoría sectorial en seis grandes áreas de responsabilidad y competencias institucionales:

- 1) La **conducción** de la política general de salud y de las acciones del sistema sanitario en cada país, para preservar y mejorar los niveles de salud de la población, la cual debe enmarcarse en los planes de desarrollo nacional y articularse con otros sectores, comprende la capacidad de orientar a las instituciones del sector y movilizar actores, organizaciones y grupos sociales, en apoyo a la Política Nacional de Salud, hacia un desarrollo de la salud que contribuya a niveles mayores de equidad y bienestar social.

La conducción en salud es un proceso esencialmente político cuyo complejo desarrollo comprende objetivos muy puntuales que se concretan en una propuesta política, técnicamente consistente, socialmente ética y estratégicamente viable (OPS y OMS 2004).

Dentro de la función de conducción se contemplan varios componentes fundamentales como: realización de análisis de la situación de salud; definición de prioridades y objetivos sanitarios; formulación, diseminación, monitoreo y evaluación de políticas, planes y estrategias de salud; dirección, concertación y movilización de actores y recursos; promoción de la salud, participación y control social de salud; armonización de la cooperación técnica<sup>34</sup> internacional; participación política y técnica en organismos nacionales y subregionales; y evaluación del desempeño del sistema de salud, incluyendo medición de metas y recursos utilizados.

- 2) La **regulación y fiscalización** del funcionamiento del sistema de atención a la salud y factores relacionados con la preservación y promoción de la salud de la sociedad, que abarca el diseño del marco normativo sanitario que protege y promueve la salud; al igual que la garantía de su cumplimiento. La OPS y la OMS la definen como la fiscalización del cumplimiento de los códigos sanitarios o las normas dirigidas al control de los riesgos de salud derivados de la calidad del ambiente; la acreditación y control de la calidad de los servicios médicos; la certificación de calidad de nuevas drogas y sustancias biológicas para uso médico, equipos y otras tecnologías; y cualquier otra actividad que implique la generación y el cumplimiento de leyes y reglamentos dirigidos a proteger la salud pública, así como a promover ambientes saludables (OPS 2007). La regulación y la vigilancia de su aplicación son necesarias para garantizar el papel estatal de ordenar las relaciones de producción y distribución de los recursos, bienes, servicios y oportunidades de salud en función de principios de solidaridad y equidad.
- 3) La **ejecución de las funciones esenciales de salud pública**, que son competencia indelegable de la autoridad sanitaria, abarca específicamente once aspectos a saber:
  - Monitoreo, evaluación y análisis del estado de salud de la población.
  - Vigilancia, investigación y control de los riesgos y las amenazas para la salud pública.
  - Promoción de la salud.
  - Aseguramiento de la participación social en salud.
  - Formulación de políticas y capacidad institucional de reglamentación y cumplimiento en la salud pública.
  - Fortalecimiento de la capacidad institucional de planificación y el manejo en la salud pública.
  - Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.

---

<sup>34</sup> La cooperación técnica se define como la concurrencia de distintas entidades, actores y voluntades políticas para el logro de un objetivo común en beneficio de comunidades y territorios. Esta cooperación usualmente incluye aportes materiales y no materiales (recursos, conocimientos, tecnología) que se ponen a disposición de las personas y de las entidades territoriales.

- Capacitación y desarrollo de los recursos humanos.
  - Seguridad de la calidad en los servicios de salud.
  - Investigación en salud pública.
  - Reducción de la repercusión de las emergencias y los desastres en la salud pública
- 4) La **modulación del financiamiento**, para dar cumplimiento a los planes garantizados de atención de los problemas individuales de salud y de salud pública y efectuar una asignación eficiente y equitativa de recursos.
  - 5) La **garantía del aseguramiento**, con acceso pleno y dignidad en la atención en salud, mediante un conjunto de estrategias e intervenciones públicas, socialmente aceptadas, destinadas a promover la "protección social en salud" y a reducir o eliminar la exclusión en salud.
  - 6) La armonización de la **provisión de las instituciones proveedoras de servicios de salud** a fin de que presten una atención de calidad.

En acuerdo con lo anterior, el PDSP de nuestro país establece como uno de sus pilares fundamentales el fortalecimiento de la autoridad sanitaria, la cual es una de las dimensiones transversales que lo soporta. De este modo, se convierte en sí misma en uno de los grandes retos a alcanzar para lograr su transformación positiva tanto en a nivel nacional como territorial, mediante la recuperación de las capacidades básicas para gestionar la salud y para adaptar, ajustar e innovar las respuestas de acuerdo con las necesidades ciudadanas.

La organización de nuestro sistema sanitario está conformada por múltiples instituciones nacionales y locales, que se articulan con el propósito de contribuir a la reducción de la vulnerabilidad en la salud colectiva y gestionar las respuestas para la detección temprana del riesgo, el daño individual, la reparación y recuperación de la salud. Así mismo, nuestra autoridad sanitaria desde su organización contempla tres niveles de acuerdo con su jurisdicción. En el nivel nacional se encuentran el MSPS, el Instituto Nacional de Salud y el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima); de otra parte, las aseguradoras, o quien haga sus veces, se encargan de lo pertinente a la respuesta ante eventos de interés en salud pública; y por complementariedad temática sanitaria se encuentra el Instituto Colombiano Agropecuario (ICA), dependiente del Ministerio de Agricultura.

En el nivel territorial se encuentran las direcciones territoriales de salud y los laboratorios departamentales y distritales de salud pública, y en el nivel local las direcciones locales de salud y los puntos de entrada al país.

#### 4.6.4. La dimensión económica y la salud

La **dinámica económica** se entiende como el proceso de transformación de los elementos presentes en la naturaleza mediante el conocimiento, la tecnología y el trabajo humano para la producción de los bienes y servicios materiales y no materiales con los que la población satisface sus necesidades.

Para producir los bienes que precisan para su reproducción biológica y social, los seres humanos crean formas de producción y definen las reglas para regular el acceso, distribución y consumo de todo aquello que necesitan. Al hacerlo transforman el medio pero también se transforman a sí mismos. Así surge la **dimensión económica** del desarrollo.

Todas las sociedades humanas desarrollan un patrón particular de apropiación, producción, distribución y consumo de bienes materiales y no materiales con los que la población satisface sus necesidades. Estas necesidades tienen un componente biológico y cultural pero son construidas y definidas socialmente, de suerte que el conjunto de necesidades y la forma de satisfacerlas se modifica con el tiempo y varía según la región y el momento histórico. De este modo la economía privilegiará un tipo particular de necesidades a partir de la idea de bienestar y desarrollo que orienta la acción colectiva e individual.

La organización económica genera cambios en la población cuando facilita o restringe el acceso a bienes y servicios o cuando las formas de producción resultan dañinas para la población. Sin embargo, la población también puede generar cambios en la economía cuando la dinámica demográfica modifica la disponibilidad de mano de obra, bien sea por una disminución en la fecundidad o pérdidas de población por migración. La dinámica sociocultural ejerce a su vez una particular influencia sobre la dinámica económica cuando las estructuras de regulación y control se debilitan, dando lugar al conflicto y la violencia, y con ello a las pérdidas en la población y en los recursos económicos. Una sociedad en paz y fuertemente cohesionada son condiciones para el mantenimiento de los equilibrios entre la población y sus estructuras económicas.

Por su parte, la organización social y política define cómo, cuándo y con qué propósitos se realiza la producción económica, quiénes pueden acceder a determinados bienes y bajo qué condiciones (modos de vida). Pero al mismo tiempo los requerimientos de la economía obligan a modificar los patrones de regulación y control, las creencias y los valores acerca de las formas de acceso, consumo y distribución de la riqueza. La organización sociocultural también interactúa con la dimensión económica cuando la regula o cuando genera condiciones favorables o adversas para su desarrollo. Este juego de relaciones define finalmente las condiciones materiales de vida de la población en cada territorio particular.

De otra parte, las formas de producción, los modos de vida que las acompañan y las estructuras sociales que le dan soporte político-económico, a pesar de su condición histórica, pueden perdurar durante largos períodos de tiempo cuando se alcanza un fuerte entramado entre todas las dimensiones del desarrollo, de manera que la dimensión económica termina actuando como un determinante estructural frente a las posibilidades de cambio y transformación de la sociedad en su conjunto y, en particular, del estado de salud de la población (ver arriba los determinantes económicos).

Ahora bien, como nada puede crecer indefinidamente la búsqueda de un crecimiento material constante puede generar graves daños en la base ambiental —cuando la deteriora impidiendo su reproducción— y en la población —cuando no garantiza la satisfacción de sus necesidades de manera equitativa, o cuando las condiciones de trabajo afectan severamente la salud y el bienestar—. Obsérvese que de la dinámica económica dependen, en buena parte, la sostenibilidad del ambiente, de la población y de su organización social. La planeación del desarrollo integral exige que se comprendan las complejas relaciones que se dan entre la organización económica, la base ambiental, la población y su organización social.

Así, la **dimensión económica del desarrollo** se entiende como el juego de interacciones de doble vía que se producen en un territorio particular entre la dinámica económica, la población, su base ambiental (natural y construida) y su dinámica social.

La identificación de la dinámica económica incluye la lectura de las formas de apropiación, producción, distribución y consumo de los bienes materiales y no materiales, las condiciones de acceso a recursos naturales, trabajo, capital, tecnología e información, así como de los efectos de todos estos aspectos sobre las situaciones de pobreza-riqueza de la población y las inequidades que de allí se derivan. La identificación de la dinámica económica permite precisar las potencialidades y oportunidades del territorio y la capacidad de la economía local para generar trabajo, satisfacer las demandas locales y para generar excedentes para la inversión.

Las relaciones entre la dinámica económica y la salud son estrechas y de doble vía. Por un lado, la disponibilidad de recursos económicos define en gran medida el acceso a servicios sanitarios y de protección social, a una canasta alimentaria suficiente y adecuada, a servicios públicos y vivienda saludable. Por otro, las dinámicas económicas actúan sobre el precio de los medicamentos, los costos de la provisión de servicios de salud, la posibilidad de aseguramiento a las poblaciones vulnerables y el equilibrio entre los sectores público y privado de la salud.

#### 4.6.4.1. Cuando la dinámica económica se convierte en un determinante de la salud

Cuando la dinámica económica interactúa con ciertas condiciones ambientales, demográficas o sociales puede **convertirse** en un obstáculo o una ventaja para el logro pleno de la salud y el bienestar. Las estructuras económicas son resultado de procesos históricos complejos de largo aliento que, una vez instauradas, perduran largo tiempo y su transformación requiere de cambios simultáneos en las dinámicas poblacionales, ambientales o sociales, por lo que se convierten en determinantes estructurales de las condiciones materiales y no materiales para la vida y la salud.

El estado de salud de una comunidad depende en gran medida de los modelos y acuerdos económicos que definen la distribución de los recursos económicos, la producción y acceso a alimentos, agua, bienes y servicios ambientales, las condiciones de vivienda, trabajo, educación, salud y protección, así como los costos de los servicios de salud, los precios de los medicamentos y la capacidad de pago de los usuarios. En este caso se está en presencia de determinantes económicos estructurales.

Sin embargo, en la medida en que los modelos y patrones de producción son construcciones históricas, tanto las administraciones como las comunidades tendrían la posibilidad de intervenir y decidir sobre un amplio espectro de las condiciones económicas imperantes en sus respectivos territorios. Por ejemplo, cuando definen políticas equitativas de acceso a la tierra, la tecnología y los recursos financieros, políticas de empleo y trabajo digno, regulan los precios de los alimentos y los servicios públicos, reglamentan la redistribución de excedentes y ponen límites al uso de la fuerza de trabajo y a los patrones de consumo de obsolescencia. En este caso se está en presencia de acciones sobre determinantes intermediarios. De igual manera, cuando las estructuras de producción definen el nivel del salario mínimo por debajo del mínimo vital, y una proporción importante de la población queda en situación de pobreza extrema, se está en presencia de determinantes intermediarios.

Los determinantes económicos pueden expresarse en las economías nacionales y locales cuando éstas resultan cada vez más determinadas por las estructuras económicas y las tendencias de los mercados globales. Las particularidades de las economías locales reciben permanentemente el impacto de la economía global. Por ejemplo, muchos procesos agropecuarios dependen del acceso a semillas certificadas, insumos agropecuarios, patentes y tecnología controladas por organismos multinacionales que dominan el sector y controlan los mercados. En este caso se trata de determinantes sobre los que las mismas entidades nacionales tienen poco o ningún control, se estaría entonces ante la presencia de determinantes estructurales.



Esta condición puede expresarse a nivel local en altos costos de producción; baja productividad; acceso limitado a tierra, capital y tecnología o escasa competitividad frente a los mercados nacionales e internacionales. Las **implicaciones** de lo anterior se evidencian en bajos ingresos, la pérdida de seguridad alimentaria y el deterioro en la condición nutricional de poblaciones en condiciones de vida precarias. Mientras la capacidad de respuesta nacional y local es limitada, insuficiente o inadecuada se está en presencia de determinantes estructurales.

Para ciertas comunidades (indígenas, afrodescendientes o comunidades campesinas que dependen del pancoger) lo anterior puede expresarse en forma de desempleo, altos porcentajes de pobreza e indigencia, falta de competencias y habilidades empresariales o laborales, entre otras muchas formas.

Los modos de producción y consumo se encuentran íntimamente ligados al modelo de desarrollo definido por una sociedad y esto se refleja en las políticas laborales, las formas de contratación, los niveles salariales, los modelos de aseguramiento y el acceso salud y bienestar. Es así como los trabajadores pueden estar inmersos en ambientes protectores o vulneradores de sus condiciones de salud y de calidad de vida.

La dinámica económica define el acceso a los recursos financieros, técnicos y tecnológicos requeridos para la construcción de las infraestructuras de salud y la provisión de servicios de atención y prevención de la salud, así como la prestación servicios públicos domiciliarios como acueducto, alcantarillados, recolección de residuos sólidos y de agua y saneamiento básico, de los que depende una vida libre de enfermedades transmisibles en el territorio.

De la disponibilidad de recursos económicos dependen las condiciones para la prestación de servicios de salud (infraestructura sanitaria, talento humano), la calidad y oportunidad de los mismos, así como las condiciones materiales de vida de la población, el acceso a alimentos, cuidados, protección, información, vivienda segura y la capacidad para hacer frente a riesgos ambientales y a los eventos de enfermedad.

Cuando el orden económico restringe el acceso a los bienes y servicios básicos necesarios para la vida o cuando privilegia un tipo de producción que genera graves daños en la base ambiental o en los mismos individuos, los desequilibrios se expresarán claramente en el estado de salud de la población.

Del tipo de relaciones población-economía dependen a su vez las condiciones de sostenibilidad de la base ambiental y, por consiguiente, las posibilidades de sobrevivencia y reproducción del colectivo poblacional. Las carencias de recursos materiales bajo contextos de inequidad, patrones de consumo exacerbados, recursos ambientales escasos o deteriorados y el rápido crecimiento demográfico pueden dar lugar a situaciones de violencia, conflicto y



deterioro acelerado de las condiciones de salud. Frente a estas situaciones las autoridades locales y nacionales, así como las organizaciones públicas y privadas, tienen competencias de ley y disponen de normas que pueden permitirles regular la actividad económica en vista de la sostenibilidad ambiental y poblacional.

La dimensión económica en el plan decenal de salud pública interviene como determinante estructural de las ocho dimensiones prioritarias de la salud, pues marca las inequidades, las posibilidades de acceso a información, tecnología, bienes y servicios sanitarios, las condiciones materiales de vida de la población y las posibilidades de garantía del derecho a la salud, mucho más en un país en donde la producción de la salud se realiza en el marco de una economía de libre mercado.

El PDSP aborda la transformación de los determinantes económicos de la salud, en la dimensión “Salud y ámbito laboral” se pretende ampliar la cobertura en el sistema de riesgos laborales; mejorar las condiciones de trabajo previniendo riesgos laborales y ocupacionales; y promover la salud de poblaciones laborales vulnerables ante riesgos ocupacionales. Por otra parte, en la dimensión “Seguridad alimentaria y nutricional” se propone garantizar la disponibilidad y acceso a los alimentos, su consumo y aprovechamiento biológico y la inocuidad y calidad de los mismos (MSPS 2013: 201 y 236).

De lo anterior se desprende que los determinantes estructurales e intermediarios derivados de las cuatro dimensiones del desarrollo se realimentan mutuamente, de manera que cambios en la cultura, creencias y valores pueden inducir cambios en los ordenamientos jurídicos y políticos, así como en la organización económica. Pero a su vez, las estructuras económicas crean nuevas necesidades, promueven el desarrollo de cierto tipo de tecnología y conocimiento e inducen condiciones y estilos de vida, transformando los valores culturales dominantes. Por su parte, el desarrollo de nuevos conocimientos y tecnologías no sólo transforma los valores y las creencias, sino que también modifica el ordenamiento jurídico y la regulación del poder y la fuerza.

No obstante, en ejercicio de su libertad, los individuos particulares pueden o no aceptar las pautas y regulaciones establecidas y están en libertad de constituir nuevos acuerdos colectivos para modificarlas o construir otras nuevas. Es por esto que las respuestas a un determinante también son históricas y cambian según el tiempo y el lugar.

Debido a la complejidad de la trama de interacciones de doble vía que se establecen entre dimensiones (poblacional, ambiental, social y económica), la identificación y comprensión de los determinantes de la salud debe tomar en consideración el carácter cambiante de las relaciones y la multiplicidad de efectos cruzados que pueden darse sobre la salud de una población concreta, efectos que se superponen, refuerzan o contrarrestan. De ahí que no sea posible establecer a priori una lista de variables o factores (características de los sistemas sociales,

económicos o ambientales) de los que se pueda decir con certeza que tienen efectos sobre la salud.

El que una característica de la población (raza, etnia, educación), de la base ambiental (disponibilidad de fuentes hídricas, suelos áridos), de la estructura económica (baja productividad, altos costos de insumos alimenticios) o de los patrones culturales (creencias sobre el cuerpo y la muerte, prácticas sexuales) se convierta en un determinante estructural o intermediario de las condiciones de salud, depende del juego de relaciones en que se encuentran implicados un individuo o una colectividad. Pues, lo que para una población puede ser un determinante, para otra puede no serlo; lo que en un momento marcó el acceso o no a servicios de salud, en otro tiempo puede dejar de serlo; los conocimientos que en un momento fueron útiles para mejorar el estado de salud, luego pierden su eficacia, etc. Sólo bajo **ciertas circunstancias o condiciones históricas concretas** las características individuales o colectivas se convierten en un determinante **cierto** de las condiciones sanitarias (buenas o malas) de un colectivo. No sin razón, la OMS propone que el enfoque de determinantes debe adaptarse en cada caso a las condiciones históricas propias país y territorio y cultura (OMS 2009).

Por todo esto, la Estrategia PASE a la Equidad en Salud propone un conjunto de herramientas que facilitan la identificación de las dinámicas territoriales y su expresión en las condiciones de vida y salud de la población, la identificación y valoración de las tensiones entre estas dinámicas y la salud, y la construcción de configuraciones territoriales de salud, de manera que se logre una comprensión global del estado de salud de la población y sus determinantes. Así mismo, ofrece herramientas para avanzar hacia la transformación de los determinantes de la salud, toda vez que éstos pueden provenir de cualquiera de las dimensiones del desarrollo y de cualquiera de los ámbitos de intervención territorial (global, nacional o local). La estrategia metodológica y técnica de PASE a la Equidad en Salud permite, precisamente, identificar en cada momento y territorio los movimientos y cadenas de eventos (o cadenas de determinación) que, bajo ciertas circunstancias de modo, tiempo y lugar, se convierten en determinantes que propician o limitan el goce pleno de salud y bienestar.

#### **4.6.4.2. Las desigualdades e inequidades en salud asociadas a la dinámica económica**

Una desigualdad económica se presenta cuando el acceso e intercambio de recursos económicos **disponibles** en un territorio y **considerados** esenciales para la vida, según un orden económico establecido (capital, trabajo, tecnología, tierra, servicios, recursos ambientales, etc.), no fluyen de manera armónica (equilibrada) entre la organización económica (modos de producción, distribución y consumo de bienes materiales y no materiales) y la población que de ella depende, lo que genera daños en la organización económica y déficits o carencias en ciertos grupos de población, con mayor impacto sobre las poblaciones

vulnerables según su curso de vida, etnia, género, discapacidad o en la población víctima del conflicto armado.

Ahora bien, se está en presencia de una inequidad social en salud cuando los intercambios desiguales están mediados por la presencia de leyes, normas, reglas, políticas, prácticas económicas o sociales, conocimiento, tecnología, creencias y saberes o valores culturales que interfieren (median) entre la organización social y la población restringiendo, limitando o impidiendo a ciertos grupos el **disfrute de los derechos económicos o de un mínimo de bienestar material** reconocidos como tales. Cuando estas condiciones limitan o impiden la reproducción y mantenimiento adecuado del orden económico, crean condiciones adversas para su adecuado desarrollo o generan efectos graves sobre el estado de salud de algunos grupos de población, se está en presencia de una inequidad en salud generada en el orden económico.

Ejemplos de lo anterior son: la falta de acceso a tierra, pues impide a ciertos grupos (campesinos, desplazados, indígenas) la producción de alimentos básicos para el consumo local; el deterioro de condiciones laborales, incluyendo las condiciones de salud laboral; la exclusión del mercado laboral de grupos con escasas competencias laborales o en edad avanzada, pues se incrementa la población pobre sin afiliación a seguridad social y sin capacidad para atender un evento de salud; los altos costos de medicamentos importados cuya provisión depende de mercados monopólicos reduce la capacidad de los servicios de salud para proveer atención oportuna a la población. El desarrollo de actividades ilegales y la violencia que éstas conllevan tiene un efecto directo en el incremento de la mortalidad juvenil.

En los anteriores ejemplos estas restricciones, que se traducen en daños en la salud, son evitables e innecesarias, pues existen los medios y los recursos institucionales, jurídicos y técnicos para evitarlos, así como responsabilidades claramente establecidas sobre la vigilancia, control y modificación de los mismos.

Cuando el daño o la limitación económica cubre a toda la población, restringiendo su calidad de vida y causando efectos similares en su salud, sin que existan los medios o recursos para superarlo, se está en presencia de una condición económica y un determinante económico de carácter estructural, pero no de una inequidad en salud. Ejemplo de lo anterior es una crisis económica en un sector clave de la economía, como la llegada de plagas que atacan de manera indiscriminada la producción agrícola.

Finalmente, cabe aclarar que las inequidades no se generan y no actúan de manera aislada o secuencial en las distintas dimensiones del desarrollo. Por lo general, la estrecha interdependencia entre las bases ambiental, económica, social y poblacional hace que una inequidad presente en alguna de las dinámicas tenga efecto dominó sobre las demás o que se presenten de manera simultánea

inequidades en dos, tres o todas las dinámicas del desarrollo, con lo cual se incrementa la complejidad y el esfuerzo requerido para su comprensión integral.

De este modo, la eliminación de las inequidades en salud se convierte en una condición insoslayable para el desarrollo humano integral. La superación de las inequidades en salud exige, además de la superación de las tensiones entre las dinámicas del desarrollo territorial que les dan origen, la creación de nuevos puntos de equilibrio, de manera que las poblaciones en desventaja frente a la salud reciban el apalancamiento necesario para satisfacer sus necesidades en salud, mientras logran superar las desventajas y ganar autonomía en la gestión de su propio bienestar.

Debido a la estrecha interdependencia que existe entre las cuatro dimensiones del desarrollo, la gestión integral de la salud exige la comprensión de las dinámicas económicas y las relaciones de interdependencia que guarda con la salud y otras dimensiones, así como la búsqueda de relaciones armónicas y equilibradas entre ellas, para que cada entidad territorial y su población puedan alcanzar condiciones de vida acordes con su dignidad humana y disfrutar de una vida larga y saludable.

#### **4.7. Las tensiones en salud**

Cuando se aborda la salud como el resultado del efecto de múltiples factores presentes en un territorio y se requiere establecer cuáles son sus determinantes, es necesario contar con herramientas adecuadas para identificar el entramado de relaciones entre las distintas dimensiones del desarrollo, que permiten comprender de manera integral el cómo y el porqué de las condiciones y del estado de salud de la población en un territorio y un momento histórico particulares.

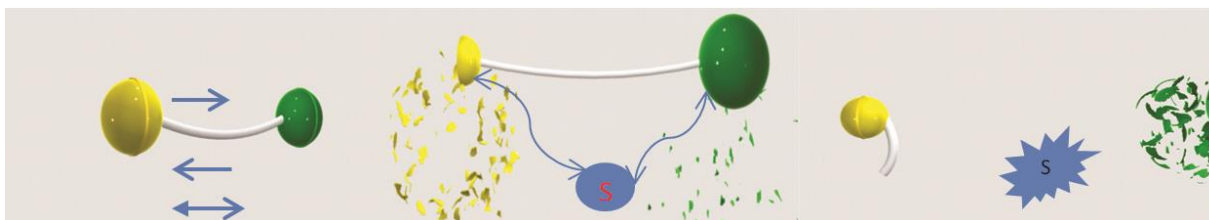
La Estrategia PASE a la Equidad en Salud adopta la identificación, valoración y análisis de tensiones a partir de la mirada relacional entre las dimensiones del desarrollo PASE y los objetivos y componentes de las dimensiones del PDSP. En este juego de interacciones se identifican eventos, generadores, implicaciones, reforzadores y liberadores que permiten avanzar en la comprensión de situaciones y condiciones en salud específicas para cada territorio.

Lo primero que debe aclararse es que **una tensión en salud no es equivalente a un problema de salud**. Éste, por lo general, se entiende como una dificultad, un estado indeseable, una carencia, una limitación, una situación que impide el disfrute de la salud. En los ejercicios de planeación es común encontrar listas de problemas a resolver de los cuales se pasa, sin previa comprensión, a la proposición de programas e inversiones.

De acuerdo con lo anterior, una tensión en salud se define como **el conjunto de presiones provenientes de una o varias dimensiones del desarrollo o de las dimensiones prioritarias para la vida, que actúan en diferentes direcciones y generan niveles de estrés que deterioran el estado de salud de una población**. Las tensiones en salud surgen cuando la relación entre cualquier par de dimensiones del desarrollo no fluye de manera armónica, es decir, cuando el intercambio de bienes, servicios, información, poder, tecnología, etc., resulta desigual y genera presiones indeseables o dañinas en alguno de los aspectos de la salud del colectivo poblacional. En este sentido, una tensión en salud puede emerger de cualquier dimensión del desarrollo y generar efectos en cualquiera de las dimensiones prioritarias para la vida establecidas en el PDSP, a su vez, situaciones presentes en cualquiera de las diez dimensiones del PDSP pueden generar implicaciones en una o varias dimensiones del desarrollo (PASE).

Una tensión en salud compromete uno o más polos (dimensiones del desarrollo) y algún aspecto de la salud del colectivo poblacional. La presión generada puede darse en una dirección o en ambas. Si la tensión no se resuelve oportunamente y de manera satisfactoria, el desequilibrio puede acarrear daños importantes en uno o ambos términos de la relación y, por consiguiente, en la salud y la calidad de vida de la población, incluso puede llegar a producir daños irreversibles, caso en el cual ya no es posible restablecer el equilibrio y deberá gestarse uno nuevo.

Figura 15. Tensiones



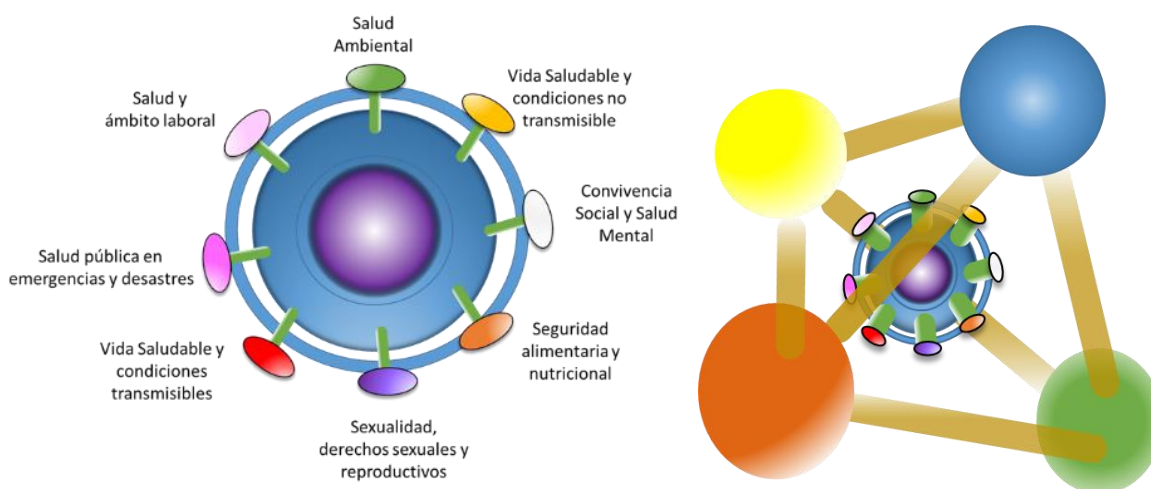
Tomado de: Convenio UNFPA-UEC. Módulos virtuales. Disponible en:  
[www.portal.pasealdesarrollo.org](http://www.portal.pasealdesarrollo.org)

Para identificar las tensiones en las interacciones entre el estado de salud de una población y las demás dimensiones del desarrollo en un territorio particular, es necesario identificar los flujos de realimentación entre los distintos elementos que componen cada una de las dinámicas territoriales, a fin de esclarecer los **mecanismos de transmisión** entre las estructuras macro (poblacionales, ambientales, sociales y económicas) y los distintos eventos en salud observados en los colectivos poblacionales que residen en un territorio particular. Es decir, se busca identificar las formas en que se manifiestan en un momento de la historia de un colectivo los determinantes de la salud y de qué manera afectan el estado de salud y de bienestar de esa población. Este ejercicio permite, por una parte,

identificar los desequilibrios presentes en el territorio, entre el estado de desarrollo local y la salud de la población, y por otra, valorarlos y comprenderlos para abordar su transformación posterior.

Tomando como ejemplo un prisma, se trata de observar la interacción entre las dimensiones del desarrollo poniendo el foco de atención en el estado de la salud y las condiciones para la vida consideradas como dimensiones prioritarias en el PDSP, que en este caso aparecen en el centro del prisma de la figura 16. Ésta ilustra de qué manera la salud es el resultado de la trama de relaciones que se dan entre las dinámicas demográficas, ambientales, sociales y económicas (PASE) presentes en el territorio y las condiciones de la salud. El ejercicio consiste en identificar las tensiones presentes (en las aristas del prisma) y establecer de qué manera éstas determinan, modifican o impactan el estado de salud de la población y sus condiciones. En algunos casos se tratará de tensiones entre dos polos del desarrollo que pueden desencadenar condiciones específicas de salud en cada uno de los territorios.

Figura 16. Prisma dimensiones PASE y dimensiones PDSP



Es necesario precisar que aunque las interacciones pueden darse en un solo sentido (por ejemplo, población-ambiente) esta no es la situación más frecuente. Por ejemplo, factores ambientales como determinadas alturas, temperaturas y otros aspectos climatológicos pueden favorecer la aparición de ciertos vectores que generan efectos en la dinámica poblacional por morbimortalidad.

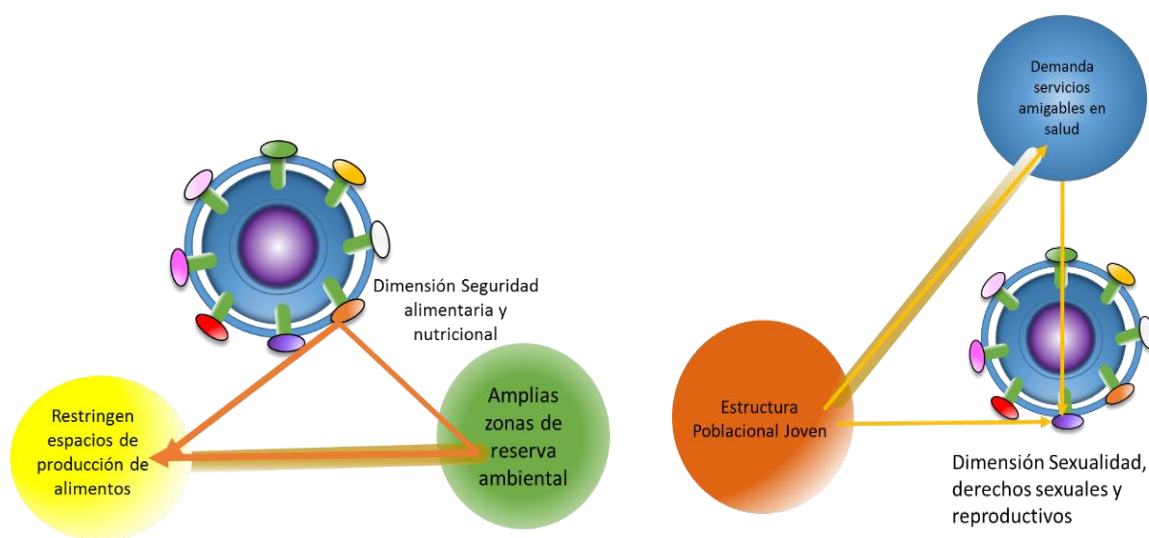
De otra parte, cuando se producen procesos de realimentación pueden observarse círculos viciosos o virtuosos. Como sucede con el ritmo de crecimiento de la población, que puede superar la capacidad de producción de alimentos para suplir las nuevas demandas con efectos en la dimensión salud y seguridad



alimentaria. Pero a su vez, la escasez de alimentos terminará limitando el crecimiento de la población si la mortalidad asociada a desnutrición aumenta. De la misma manera, no siempre están ligadas sólo dos dimensiones del desarrollo, también pueden verse comprometidas tres o más de ellas.

Una tensión puede generar consecuencias o implicaciones en cualquiera de las dimensiones del desarrollo o en las dimensiones de salud. En este caso interesarán, particularmente, aquellas tensiones que causan efectos o tienen implicaciones en el estado de salud y las condiciones para la vida de la población, lo que pone en riesgo el equilibrio del sistema territorial.

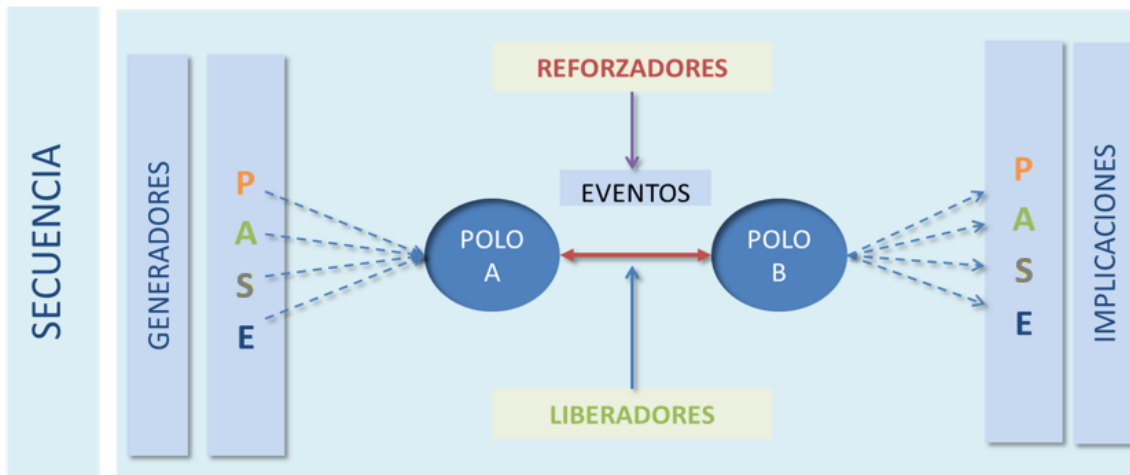
Figura 17. Interacciones entre las dimensiones PASE y las dimensiones del PDSP



Por otra parte, la descripción de la tensión incluye también el reconocimiento de los factores reforzadores y liberadores de la misma. Los primeros son aquellos elementos presentes en el territorio que aumentan la tensión, la *cronifican* o la mantienen e impiden su resolución; los segundos, son aquellos elementos presentes en el territorio que contribuyen a su superación. Por ejemplo: una tensión asociada a situaciones de remoción en masa en determinada zona puede ser agravada o *reforzada* por fenómenos climáticos como temporadas de lluvia intensa. Por otra parte, una localidad que esté presentando altos índices de embarazo adolescente a causa de prácticas sociales de riesgo, encontrará un *liberador* en la apertura de servicios amigables en salud para adolescentes y jóvenes.



Figura 18. Componentes en la identificación de tensiones



La descripción textual y contextual de la tensión concluye con la asignación de valores numéricos a cada uno de los elementos que la conforman (su intensidad, su cronicidad, sus impactos y el grado de ingobernabilidad para hacer frente a la tensión) con los cuales el grupo de trabajo, según su experticia local, estima el balance total de la tensión. Éste se establece como la relación (razón matemática) entre el peso total de la tensión (suma de los valores de intensidad, cronicidad, impacto, ingobernabilidad y reforzadores) y el peso de los liberadores. El resultado será un valor igual, mayor o inferior a 1.

La tensión se encontrará en equilibrio cuando el valor sea 1, esto indica que, aunque la tensión no ha desaparecido, los liberadores contrarrestan adecuadamente el peso de la tensión y sus reforzadores. En la medida en que el valor se aleja de 1 la situación estará desbordando la capacidad de respuesta institucional y social, o estará generando una crisis en el sistema. Los valores inferiores a 1 indican el grado de control que se tiene sobre la tensión.

La ponderación numérica del valor de las tensiones y el cálculo de los balances tienen por objeto facilitar el tratamiento estadístico de las tensiones, de modo que pueda estimarse el "coeficiente de sostenibilidad" de las condiciones para garantizar la salud y el bienestar de la población, como un indicador global que resume la situación de salud en el territorio. La valoración numérica facilita también la representación gráfica de las tensiones y su jerarquización, ofreciendo criterios para la priorización en salud. La consolidación de la información que arroja el análisis de tensiones facilita la comparación entre diferentes unidades político-administrativas y la obtención de descripciones y priorizaciones para agregados regionales permitiendo la identificación de regiones de intervención prioritaria. La Estrategia Pase a la Equidad en Salud ofrece un aplicativo e instructivos para orientar la identificación y proyección de tensiones, allí éstas se encuentran organizadas de acuerdo a las dimensiones prioritarias para la salud

del PDSP (ver Guía Metodológica para la Formulación de Planes Territoriales de Salud).

Dado que la identificación de tensiones presentes en el territorio exige de categorías o elementos ordenadores del proceso de identificación y valoración de tensiones, en la Estrategia PASE a la Equidad en Salud las posibilidades de observación se ordenan según las competencias de ley establecidas para las entidades territoriales en materia de planeación del desarrollo y de acuerdo con el abanico de opciones de observación establecidas a partir de las dimensiones prioritarias de la salud definidas en el PDSP.

De este modo, las tensiones que se identifican en el ejercicio de formulación de planes territoriales de salud se encuentran asociadas a cada una de las dimensiones prioritarias para la vida consideradas en el PDSP, pero la identificación de sus generadores e implicaciones requiere una identificación de las implicaciones de las dimensiones del desarrollo PASE para la planeación territorial en salud que se realiza de acuerdo al siguiente esquema.

Tabla 1. Implicaciones de las dimensiones del desarrollo PASE para la planeación territorial en salud, de acuerdo con las dimensiones prioritarias para la vida consideradas en el PDSP

	Dimensión salud ambiental	Dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles	Dimensión convivencia social y salud mental	Dimensión seguridad alimentaria y nutricional	Dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles	Dimensión salud pública en emergencias y desastres	Dimensión salud y ámbito laboral
Poblacional								
Ambiental								
Social								
Economico								

El producto de la identificación de tensiones es un conjunto de eventos documentados que describen las tensiones entre las dimensiones del desarrollo y las dimensiones de la salud, las cadenas de eventos que las explican y las implicaciones que de allí se derivan para planeación y gestión del desarrollo en salud, a partir de las cuales puede avanzarse en la construcción de las configuraciones territoriales de este ámbito.

Ahora bien, dada la especificidad de las situaciones históricas involucradas en la descripción de una tensión, la información oficial deberá complementarse y

cualificarse mediante los aportes de los actores locales, de manera que la confluencia de saberes permita el diálogo analítico entre la información disponible en las instituciones de salud y aquella que aporta la participación de los actores clave.

En este sentido, lograr una comprensión de territorio implica no solamente detener la mirada sobre eventos particulares en salud, sino avanzar hacia la identificación de las cadenas de eventos que dieron lugar a una tensión específica, lo que requiere la realización de un ejercicio de construcción colectiva entre actores institucionales y locales, nutrido con los aportes del saber y la tradición local, del cual debe resultar un nuevo conocimiento sobre la población y el territorio que la contiene.

El MSPS señala que tanto el reconocimiento como la valoración de tensiones requiere de una documentación precisa, momento en el cual la identificación previa de indicadores cobra toda su importancia y donde los Análisis de Situación en Salud que han realizado las entidades territoriales constituyen un insumo fundamental, toda vez que han permitido reconocer ciertas tendencias y cambios en los procesos salud-enfermedad.

#### **4.8. Configuraciones en salud y ejes estructurales del territorio**

Cuando se está en presencia de un número importante de tensiones entre la salud y otras dimensiones del desarrollo se tiene una situación de alta complejidad, difícil de abordar mediante la simple descripción de las características de la población o de las situaciones de salud y de sus condiciones económicas o sociales. Es necesario, entonces, comprender la trama de relaciones que dan lugar a una situación de salud particular en la población, a fin de desentrañar los mecanismos por los cuales las condiciones y situaciones imperantes en el territorio determinan el estado de salud para identificar así los ejes estratégicos de acción.

Por lo anterior, el problema a resolver consiste en cómo reducir esta complejidad de manera que sean claras las conexiones que ligan a las tensiones en salud, de manera que emerjan con claridad los elementos que estructuran la situación en salud. Para resolver este problema y avanzar hacia la comprensión integral del territorio la Estrategia PASE a la Equidad en Salud plantea la construcción de configuraciones territoriales de salud.

Conceptualmente, una configuración es una organización particular de los elementos que conforman un todo, en la que cada elemento queda definido por el tipo de relaciones que guarda con los demás elementos y el lugar que ocupa en esa estructura (González et ál. 2010).

La construcción de una configuración en salud incluye la localización de las tensiones sobre el mapa de la localidad (georreferenciación). Este mapa ofrece

una visión en conjunto de los lugares en donde convergen grupos importantes de tensiones (racimos), de los puntos críticos (confluencia de tensiones con mayor valoración) y de las áreas que comparten tensiones similares.

Una configuración permite comprender la compleja trama de relaciones que liga a las tensiones entre sí y contribuye de manera fundamental a la identificación de las posibilidades de desarrollo en materia de salud de una localidad. En suma, el producto de la lectura y el análisis de configuraciones de salud brindan una comprensión integral de los determinantes de la salud para un territorio específico.

La lectura e interpretación de la configuración en salud es una construcción compartida que requiere de la reflexión conjunta sobre el mapa de tensiones de los grupos de trabajo territoriales y demás actores sociales e institucionales de la localidad. Es precisamente allí, en la conjunción del saber técnico y de la experticia local, donde el ejercicio interpretativo permitirá identificar los vínculos presentes en el territorio entre las tensiones y entre los puntos de concentración de las mismas, tarea que puede facilitarse mediante la observación de generadores, reforzadores, liberadores e implicaciones que comparten su orden en el tiempo y el tipo de eventos históricos que las ligan unas a otras. Aquí el conocimiento de la trayectoria histórica de la entidad territorial no puede ser suplido por la información o el análisis estadístico, aunque estos insumos pueden aportar elementos de juicio para el análisis.

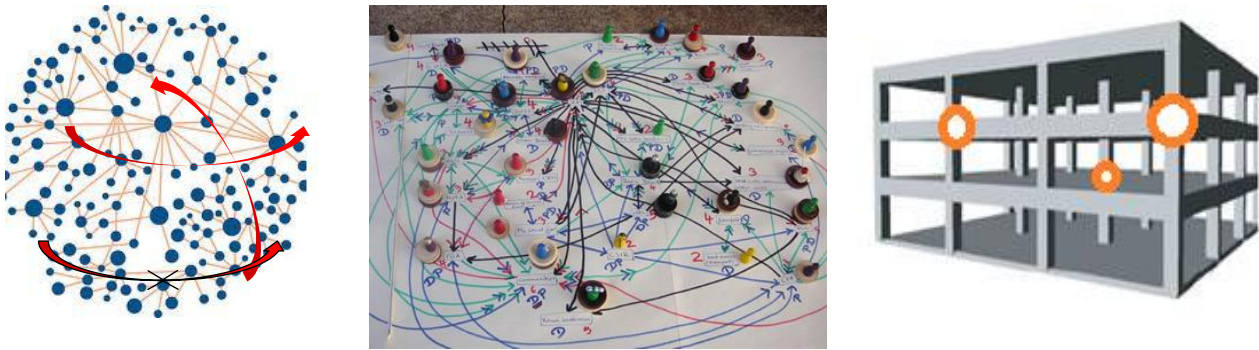
La interpretación que surge de este ejercicio incluye un juicio ordenador que depende de la posición ético-política de los actores que participan en el proceso de construcción de los planes territoriales de salud, de manera que la discusión en amplios espacios de participación es la garantía de inclusión y concertación entre posiciones distantes.

Es así como la configuración final que se obtiene ofrece una comprensión integral y sintética de la situación de salud del territorio. El texto que la explica, la imagen y la metáfora asociadas a ella expresarán los elementos determinantes de la salud en el territorio y los nexos entre ellos (cadenas de determinación), además, harán comprensibles aquellos elementos que de manera aislada parecerían inexplicables o fruto simplemente del azar.

En este punto vale la pena aclarar que los ejes articuladores del sistema son elementos o nodos que articulan la totalidad de los elementos presentes en la configuración territorial de la salud y por ellos circulan los principales flujos de determinación que unen entre sí los elementos articuladores.

En un eje articulador confluye un número significativo de tensiones, hecho que lo convierte en un punto de soporte de buena parte de la carga de enfermedad y de las condiciones de salud imperantes en el territorio.

Figura 19. Nodos y flujos de determinación



La identificación de los nodos y flujos de determinación se logra mediante la observación en el territorio, y el plano que lo representa, de la localización y distribución de los nodos o elementos articuladores y de los flujos de intercambio que los unen. La observación de las figuras que resultan de este ejercicio y la discusión de la configuración territorial de salud —a través de un ejercicio colectivo e intuitivo sobre el comportamiento de la configuración de salud en su conjunto— permitirán establecer los determinantes estructurales de la salud en el territorio.

En la configuración de salud cada una de las tensiones queda comprendida por el lugar que ocupa en la trama de relaciones y por la conexión de sentido que se establece entre ellas al relacionarlas espacial y temporalmente. De igual manera, se hacen visibles los ejes de intervención que requieren atención prioritaria y los actores comprometidos en su transformación.

Para avanzar en la identificación de elementos para la planeación en el mediano y largo plazo la construcción de configuraciones se realimenta con la identificación de ventajas y oportunidades en materia de salud pública presentes en el territorio.

Con estos elementos los grupos de trabajo territoriales pueden abordar la tarea prospectiva identificando la configuración deseada del territorio en salud. Los grupos a cargo del PTS avanzarán entonces en la identificación de las acciones e intervenciones necesarias para la transformación de los núcleos críticos, la superación de las tensiones, el restablecimiento de los equilibrios perdidos o la construcción de otros nuevos. Este ejercicio se nutrirá de la lectura cruzada entre competencias de ley en materia de salud y de otros sectores, tomando en cuenta, además, la evaluación de los recursos disponibles, de manera que las acciones e intervenciones propuestas resulten viables y técnicamente posibles.

La lectura e interpretación de la configuración esperada en salud, en el mediano y largo plazo, incluye los grandes ejes articuladores de la acción institucional y social, los espacios y momentos para la intervención de los actores y sectores de la Administración pública comprometidos en su logro y una

valoración de la magnitud del esfuerzo institucional sectorial y transectorial que permiten definir el escenario deseado y posible, el cual se constituye en punto de partida para construir la visión compartida del estado de salud de la población.

En suma, la configuración esperada contiene todos los elementos necesarios para la construcción del marco estratégico para la planeación territorial en salud.

#### **4.9. Salida Estratégica de PASE a la Equidad en Salud**

Los retos y desafíos que el PDSP se planteó en materia de enfoque y manejo de la salud de los individuos y colectivos requieren de respuestas integrales y participativas que garanticen la equidad, igualdad y transectorialidad en las acciones e intervenciones que se adopten. Así mismo, necesitan de un abordaje diferencial e incluyente —en términos de curso de vida, identidad de género, pertenencia étnica, condición de discapacidad y situación de víctimas del conflicto armado— que esté orientado a afectar positivamente los determinantes de la salud.

Adicionalmente, requieren de respuestas que, para avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud y la promoción del desarrollo, reconozcan la diversidad y las particularidades de los territorios. Esto significa que la estructura estratégica expuesta en el PDSP no debe bajar en forma de espejo hasta las entidades territoriales, en cambio, debe tomar en cuenta las características y los requerimientos particulares de las mismas, con respeto a la autonomía territorial.

En este sentido, la Estrategia PASE a la Equidad en Salud define de manera participativa la respuesta sectorial, transectorial y comunitaria a la situación de salud en el territorio, soportándose en las características del mismo, los hitos de la gestión pública, la normatividad vigente, la misión y las competencias, y promoviendo la articulación entre los diferentes instrumentos de planeación para garantizar la viabilidad en la ejecución del PTS.

En relación con los hitos, la Estrategia PASE a la Equidad en Salud considera los momentos clave de la gestión pública territorial con base en la perspectiva del PDSP 2012-2021 (ver Anexo III), lo que permite al sector salud anticiparse y articularse con la agenda de alcaldes y gobernadores. Por ejemplo, la Estrategia tiene en cuenta que las actuales Administraciones están finalizando el período constitucional, razón por la cual el ejercicio de formulación de los PTS debe centrarse tanto en la armonización del instrumento con el Plan de Desarrollo vigente y el PTS aprobado en el marco del Decreto 3039 de 2007, como en la definición de la visión en salud y los objetivos estratégicos, lo que no sólo evita traumatismos en los territorios, sino que también deja las bases para los futuros gobernantes.



Frente a la normatividad, es importante anotar que en el marco de la Estrategia PASE a la Equidad en Salud, la respuesta que se acuerda en el territorio frente a la situación en salud se define con base en lo estipulado en la Resolución 1841 de 2013 y en los artículos 5 y 6 de la Ley 152 de 1994, en donde se establece que los planes deben contener una parte estratégica y un plan de inversiones. En efecto, la parte estratégica incluye la visión de largo plazo, los objetivos estratégicos y los objetivos y metas sanitarias, mientras que el plan de inversiones indica, para cada meta sanitaria y de acuerdo con las competencias, las estrategias y fuentes de financiamiento.

El siguiente diagrama ilustra de manera sintetizada la respuesta que se genera a partir de la implementación de la Estrategia PASE a la Equidad en Salud. Se observa que la visión en salud es el referente de donde emergen los objetivos estratégicos, los retos, los objetivos y metas sanitarias; las estrategias, que se clasifican de acuerdo con los objetivos estratégicos, dimensiones, componentes y líneas operativas del PDSP: la promoción de la salud,<sup>35</sup> la gestión del riesgo en salud<sup>36</sup> y la gestión de la salud pública;<sup>37</sup> así como los programas y subprogramas del Plan de Desarrollo Territorial.

---

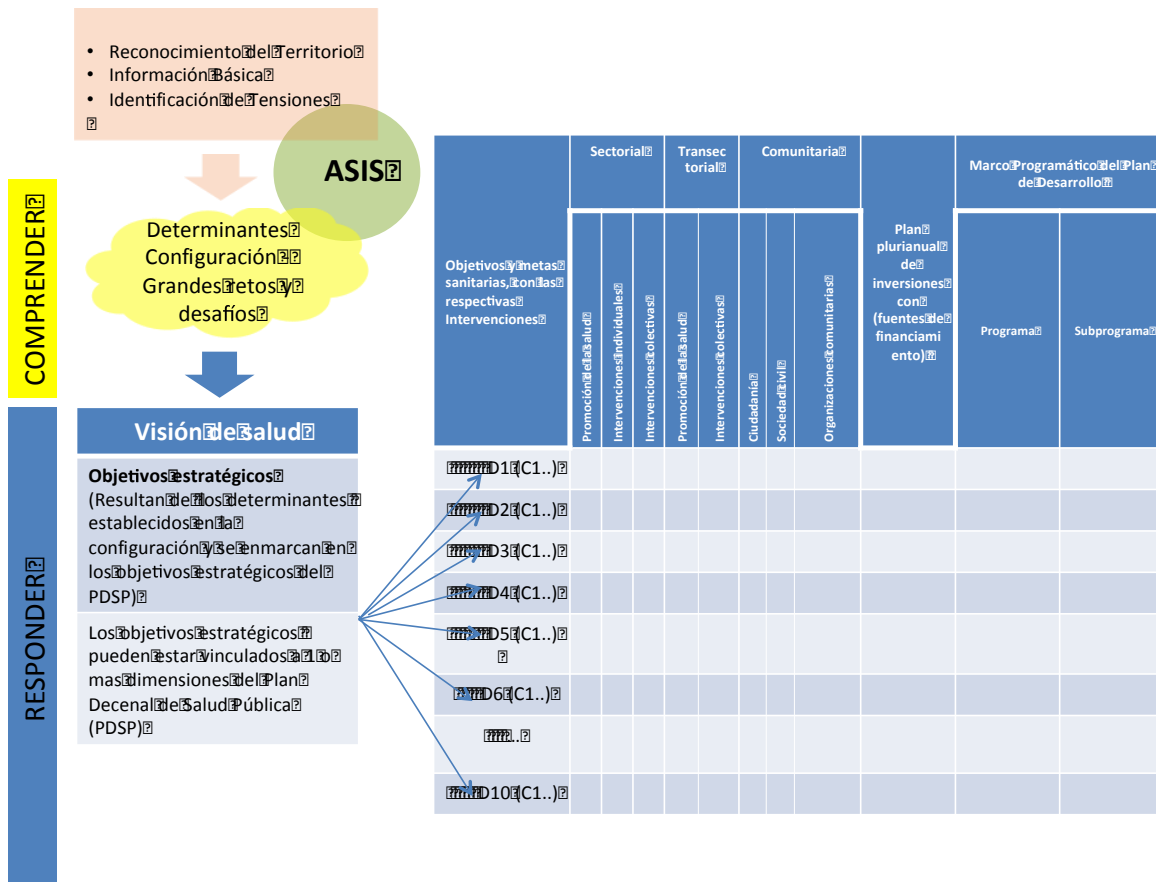
<sup>35</sup> “Consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma” (OMS 1986).

<sup>36</sup> En salud, la gestión de riesgo corresponde a todas las acciones realizadas, desde la captura de información hasta la planeación de actividades específicas, para disminuir o mitigar riesgos que afecten la salud de un individuo o un colectivo.

<sup>37</sup> Comprende todas las acciones que van desde la recolección de información, análisis, y planeación hasta la toma de decisiones para proteger la salud pública y cumplir así con las funciones esenciales de salud pública contempladas por la OPS (OPS 2011).



Figura 20. Diagrama conceptual momento de respuesta PTS y armonización con otros instrumentos de planeación



La importancia de la **visión en salud** para la Estrategia PASE a la Equidad en Salud (DNP 2010) radica en que, además de definir un norte a seguir, articula las perspectivas de la ciudadanía como colectivo, anticipa las consecuencias que producirán las decisiones de gobierno y facilita la coordinación de políticas públicas (Winchester 2011), hechos que cobran relevancia dado el carácter transectorial de la salud y si se considera que el logro de la visión requiere de transformaciones estructurales que involucran varios períodos de gobierno constitucional. En otras palabras, la visión en salud es la idea fuerza que inspira y moviliza a los diferentes actores y sectores en función de la imagen de la salud pública deseable y posible (DNP 2011).

Cabe resaltar que la visión en salud emerge de la configuración deseada, lo que permite que los objetivos estratégicos respondan al escenario de futuro compartido de salud y no a intereses particulares. Al respecto, y teniendo en cuenta que el horizonte de una visión debe ser superior a diez años, la Estrategia PASE a la Equidad contempla la definición de un hito para el año 2021, el cual no sólo será

referente para medir el cumplimiento del PDSP, sino que también constituye el punto de partida para formular tanto los objetivos estratégicos como los objetivos y metas sanitarios.

Los **objetivos estratégicos** están asociados a los desafíos del territorio y constituyen los propósitos estructurales con los cuales departamentos, distritos y municipios alcanzarán la visión en salud, de este modo se convierten en los grandes ordenadores de la parte estratégica del PTS.

Por su parte, los **retos y objetivos sanitarios** son los logros que espera alcanzar el territorio a partir de las intervenciones públicas; éstos se diferencian según su alcance: mientras los primeros reflejan los efectos esperados en la población, los segundos hacen referencia a la prestación de bienes o servicios. Ambos se cuantifican a través de **metas**, las cuales se expresan a través de uno o varios indicadores<sup>38</sup> que, además de brindar claridad sobre qué se quiere lograr, permiten hacer un posterior monitoreo y evaluación.

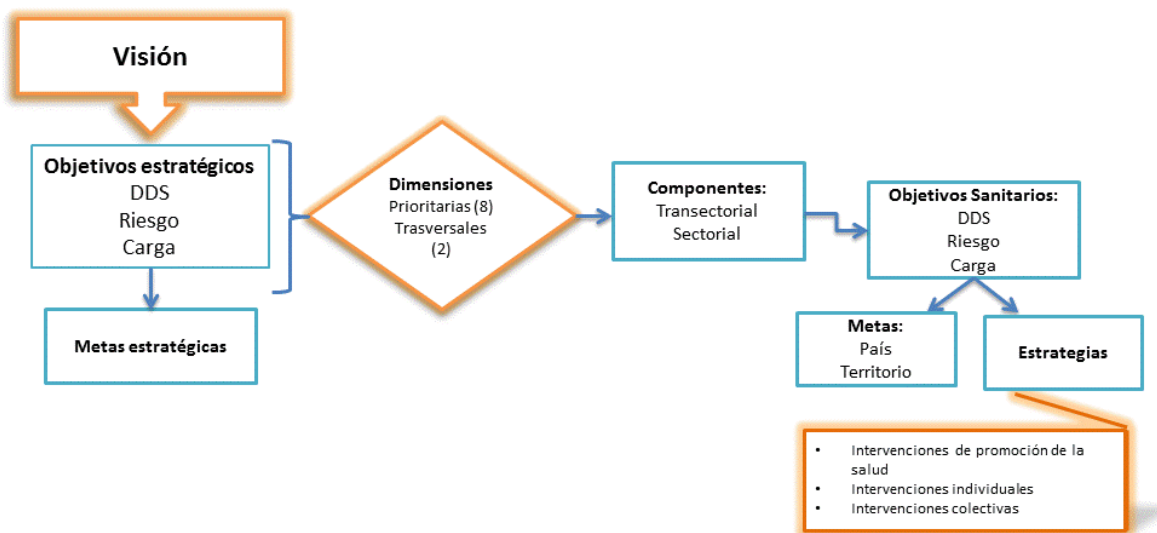
La Estrategia PASE a la Equidad en Salud no sólo contribuye a definir la visión en salud y los objetivos estratégicos y sanitarios, sino que además permite, a través de las estrategias, traducirlos en hechos por medio de la articulación de las demandas sociales con la oferta programática, que se fundamenta en la misión y las competencias de la entidad territorial, así como en el estilo y los valores que cimientan la gestión del respectivo mandatario (DNP 2011).

De acuerdo con lo anterior, los logros esperados en salud se alcanzan a través de estrategias (intervenciones y recursos) que, como se mencionó anteriormente, se clasifican de acuerdo con la estructura del PDSP (ver figura 21), con el fin de permitir que el nivel Nacional, de manera integrada con Sispro, pueda monitorear y evaluar los avances de los Planes Territoriales de Salud, y en consecuencia del PDSP.

---

<sup>38</sup> Un indicador se entiende aquí como la “representación cuantitativa verificable objetivamente, a partir de la cual se registra, procesa y presenta la información necesaria para medir el avance o retroceso en el logro de un objetivo” (DNP 2009).

Figura 21. Diagrama estructura del PDSP



Adicionalmente, es necesario mencionar que con la Estrategia PASE a la Equidad en Salud se busca garantizar la viabilidad a la ejecución del PTS, gracias a la articulación de las estrategias con los recursos del sector y con los programas y subprogramas del plan de desarrollo, tal como se observa en la figura 20.

En este punto es importante señalar que, si bien la planeación estratégica culmina con la información registrada en la figura 20, en el marco del ciclo de gestión tal información debe articularse con la Planeación operativa, la cual inicia con la formulación del Plan Operativo Anual de Inversión de salud (POAI).

El POAI es el instrumento a través del cual el Plan Territorial de Salud se vincula con el Sistema Presupuestal, tal como lo establece el Estatuto Orgánico de Presupuesto. Al concretar las estrategias en proyectos<sup>39</sup>, se convierte en el principal referente para la formulación de los planes de acción<sup>40</sup> y para el PAC.<sup>41</sup>

<sup>39</sup> Conjunto de obras, acciones o intervenciones específicas que buscan resultados concretos, y que se planifican, analizan y ejecutan administrativamente en forma independiente (MSPS 2013).

<sup>40</sup> Es el instrumento de planificación operativa que contiene las intervenciones de promoción de la salud, las intervenciones individuales de gestión del riesgo en salud y las intervenciones colectivas de salud pública.

<sup>41</sup> Para ampliar lo señalado en la nota 17, el PAC es el instrumento de planificación financiera, a través del cual se fija el monto máximo mensual de fondos disponibles para realizar los pagos con cargo a los recursos del presupuesto anual de la entidad territorial. Su elaboración y aprobación debe responder a los plazos y procedimientos establecidos en el estatuto presupuestal de la respectiva entidad territorial.

Es importante precisar que si bien la estrategia PASE a la Equidad en Salud se concentra en su primera fase en la planeación estratégica y en la formulación de POAI, brinda las bases para la formulación de los otros instrumentos de la planeación operativa y financiera y para realizar el monitoreo, evaluación y control de los Planes Territoriales de Salud.

Al respecto, es necesario señalar que la estrategia entiende el monitoreo como el proceso continuo y sistemático de análisis y observación que permite revisar, mediante indicadores compuestos<sup>42</sup>, el avance del territorio frente al logro de las metas y objetivos del PTS, lo que permite tomar acciones correctivas de manera oportuna. Por su parte, la evaluación constituye el proceso a través del cual, entre otras cosas, se establece la eficacia, eficiencia y desempeño territorial de la gestión en salud, así como los efectos que las intervenciones tienen sobre la población y los impactos de carga, equidad y calidad de vida sobre las metas y objetivos alcanzados.

El control, por su parte, puede ser de tipo social, político, institucional o externo. El control social es el derecho que tienen los individuos y la sociedad civil de acompañar, vigilar e incidir en los procesos de gestión pública en salud, para hacerla más eficiente, aumentar su calidad y potenciar su impacto, mientras que el control político es el ejercido por la Asambleas departamentales y Concejos municipales y distritales sobre la gestión que haga la administración territorial frente al Plan Territorial de Salud.

El Control institucional es el proceso que la entidad territorial ejerce sobre ella misma y sobre las instituciones del sector salud (EPS, ARL, ESE, Institutos Adscritos), con el fin de asegurar que las acciones que está adelantando en materia de salud pública no sólo respondan al marco legal aplicable, sino que

---

<sup>42</sup> Eficacia: monitorea el nivel de cumplimiento en la ejecución del plan territorial de salud; de esta manera, permite conocer en qué proporción los departamentos, distritos, municipios están cumpliendo con los compromisos adquiridos con la ciudadanía durante cada vigencia del plan.

Eficiencia: monitorea la capacidad que tiene el municipio, distrito y departamento de lograr una relación óptima (eficiencia relativa) entre los insumos y los productos obtenidos con las intervenciones (bienes y servicios a su cargo), en comparación con los demás municipios, distritos y departamentos. Esta medida permite conocer la proporción de Autoridades Sanitarias entidades territoriales de salud que están cumpliendo con los compromisos adquiridos con la ciudadanía durante cada vigencia.

Cumplimiento de requisitos legales: monitorea el nivel de cumplimiento en la incorporación (ingreso) y ejecución del gasto (inversión) realizado por los municipios, distritos y departamentos de las diferentes fuentes de recursos destinadas al PTS en cada uno de las dimensiones prioritarias y transversales.

Gestión administrativa y fiscal: monitorea la consolidación o desarrollo del modelo de gestión y control interno de los procesos estratégicos, misionales, de apoyo, evaluación y control de la autoridad sanitaria, concebidos desde la planificación, ejecución y evaluación para el cumplimiento de las metas de resultado del PTS y su contribución con el cumplimiento de las metas de salud en el plan de desarrollo territorial.

también estén orientadas a alcanzar la equidad en salud, la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud y la mitigación de los impactos de la carga de la enfermedad.

Finalmente, el control externo es el ejercido por las autoridades de los ámbitos superiores de gobierno y los órganos de control, en torno a la formulación, seguimiento y evaluación del PTS. En este sentido, hace referencia al control de gestión y resultados, al control fiscal y al control sobre la guarda y promoción de los derechos humanos, la protección del interés público y la vigilancia de la conducta oficial de quienes desempeñan funciones públicas.

## BIBLIOGRAFÍA

- Asamblea Nacional Constituyente. República de Colombia (1991). *Constitución Política de Colombia*.
- Ausubel, David: “Teoría del aprendizaje significativo”. Disponible en: [http://webquest.xtec.cat/curswq08\\_09/articlestutorials/TeoriaAusbel.htm](http://webquest.xtec.cat/curswq08_09/articlestutorials/TeoriaAusbel.htm), consultado el 13 de septiembre de 2013.
- Ballou, Ronald (1999). *Business Logistics Management*. New Jersey: Prentice-Hall International, Inc.
- Carmona, Luz; Rozo, Claudia y Mogollón, Amparo (2005). “La Salud y la Promoción de la Salud: una aproximación a su desarrollo histórico y social”, en: *Revista Ciencias de la Salud*. Vol. 3. No. 11. Universidad de Rosario.
- Congreso de la República de Colombia (1994). *Ley 152 de 1994*.
- Correa, J. L. (2002). “La Salud Pública en las Américas: Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción”, en: *Publicación Científica y Técnica No. 589*. Proyecto de Autoridad Sanitaria. Comunidad Virtual de Gobernabilidad y Liderazgo. Washington D. C.: Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud.
- Declaración de Alma-Ata (1978). Disponible en: [http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/1\\_declaracion\\_deALMA\\_ATA.pdf](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/1_declaracion_deALMA_ATA.pdf), consultado el 31 de marzo de 2014.
- Decreto 4107 de 2011. Disponible en: [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/decreto\\_4107\\_2011.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/decreto_4107_2011.html), consultado el 25 de abril de 2014.
- Departamento Nacional de Planeación (2010a). *Bases para la Gestión del Sistema Presupuestal Territorial 2010*. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación.
- Departamento Nacional de Planeación (2010b). *Orientaciones conceptuales y metodológicas para la formulación de visiones de desarrollo territorial*. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación.
- Departamento Nacional de Planeación (2011). *Planeación para el desarrollo integral en las entidades territoriales. El plan de desarrollo 2012-2015*. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación.

Documento de Adaptación Conceptual del Modelo BIT PASE a las condiciones del PDSP. Convenio de cooperación 745 de 2013. Bogotá: UNFPA-MSPS.

Escuela Superior de Administración Pública-DNP (2011). *Guía para la gestión pública territorial. Planeación para el desarrollo integral en las entidades territoriales. El plan de desarrollo 2012-2015*. Bogotá: DNP, ESAP, UNFPA, UEC y USAID.

González, Hernán (2004). *La asistencia técnica y los servicios de apoyo a la agricultura y al desarrollo rural*. Proyecto Regional de Formación en Economía y Políticas Agrarias y de Desarrollo Rural en Iberoamérica (FODEPAL).

González, Alejandro (2009). “Modelo BIT PASE. Guía para el análisis de la dinámica demográfica y sus interacciones con las dimensiones PASE bajo un enfoque de desarrollo integral local. Material didáctico Universidad Externado de Colombia”. Bogotá: Universidad Externado de Colombia.

González, Alejandro (2009). Video “Las poblaciones humanas”. Material didáctico. Convenio UNFPA-Universidad Externado de Colombia. Disponible en: [http://pasealdesarrollo.org/?page\\_id=93](http://pasealdesarrollo.org/?page_id=93), consultado el 31 de marzo de 2014.

González, Alejandro, Rubiano, Norma y Castro, Juan Andrés (2012). “Guía para la Planificación de Municipios en Paraguay”. Bogotá: UNFPA-UEC.

González, Alejandro; Parra, Ernesto; Zamudio, Lucero; Toledo, Álvaro y Rubiano, Norma (2003). “Población y ordenamiento territorial”, en: *Colombia 2003*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia.

González, Alejandro; Rubiano, Norma y Lara, Paulo (2010). “Las configuraciones territoriales”. Material didáctico. Bogotá: Convenio UNFPA-Universidad Externado de Colombia.

Gros, Begoña (2000). *El ordenador invisible*. Barcelona: Gedisa.

Lara, Paulo (2008). *Guía para Alcaldes. El enfoque poblacional en la planeación del desarrollo municipal*. Bogotá: UNFPA.

Lara, Paulo (2009). *Enfoque poblacional para revisión y ajuste de planes de ordenamiento territorial. Guía de Aplicación*. Bogotá: UNFPA.

Lara, Paulo, Rubiano, Norma y Castro, Juan (2012). *Dinámicas de Población, Desarrollo y territorio. Municipios de Colombia hablan de sus experiencias en la Formulación de Planes de Desarrollo 2012-2015*. Bogotá: UNFPA-UEC.



Ley 131 de 1994. Disponible en: [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_0131\\_1994.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0131_1994.html), consultado el 25 de abril de 2014.

Ley 1122 de 2007. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22600>, consultado el 25 de abril de 2014.

Ley 1523 de 2012. Disponible en: <http://antioquia.gov.co/PDF2/Ley-1523-de-2012.pdf>, consultado el 6 de marzo de 2014.

Levcovitz, Eduardo (s. f.). "Estructura, Organización y Políticas del Sector", en: *Lineamientos Metodológicos: Análisis del Sector Salud*. Capítulo 3. Washington, D.C.: Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud).

Lip, César y Rocabado, Fernando (2005). *Determinantes Sociales de la Salud en Perú. Cuadernos de Promoción de la Salud N° 17*. Lima: Organización Panamericana de la Salud.

López-Moreno, Sergio; Garrido-Latorre, Francisco y Hernández-Ávila, Mauricio (2000). "Desarrollo histórico de la epidemiología: su formación como disciplina científica", en: *Salud Pública México*; Vol. 42(2):133-143.

Ministerio de Salud y Protección Social (2011). "Objetivos y funciones". Según Decreto 4107 de 2011. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Paginas/objetivosFunciones.aspx>, consultado el 25 de abril de 2014.

Ministerio de Salud y Protección Social (2013). *Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social - Imprenta Nacional.

Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio (2005). *Guía Metodológica 2: Revisión y Ajuste de Planes de Ordenamiento Territorial*. Bogotá: MVCT.

Organización Mundial de la Salud (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/36853/1/9243602519.pdf?ua=1>, consultado el 31 de marzo de 2014.

Organización Mundial de la Salud (1988). "Recomendaciones de la Conferencia de Adelaida sobre Política Pública Saludable". Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (1986). Carta de Ottawa. Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Ottawa: OMS, Asociación

Canadiense de Salud Pública y Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá.

Organización Mundial de la Salud (1996). *Comunicación, Educación y Participación: Un marco y guía de actuación*. Washington: OMS (AMPRO/PAHO).

Organización Mundial de la Salud (1997). “Declaración de Yakarta sobre la Conducción de la Promoción de la Salud hacia el Siglo XXI”. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (2005). *Hacia un marco conceptual que permita analizar y actuar sobre los Determinantes Sociales de la Salud, Documento de trabajo de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Washington.

Organización Mundial de la Salud (2009). *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud: Subsanan las desigualdades en una generación*. Buenos Aires: Ediciones Journal S. A.

Organización Mundial de la Salud (2011). *Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud*. Río de Janeiro: OMS.

Organización Mundial de la Salud (1946). *Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional*. New York: OMS.

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2000). “La Salud Pública en las Américas: Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción”, en: *Publicación Científica y Técnica No. 589*. Washington D. C.: Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2004). “Lineamientos Metodológicos-Análisis Sectorial en Salud: Una Herramienta para la Formulación de Políticas”, en: *Serie LACRSS Edición Especial # 9*. Tercera Versión. (Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud).

Organización Panamericana de la Salud (2007). *La función rectora de la autoridad sanitaria nacional en acción: lecciones aprendidas*. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud (2011). ¿Qué son las Funciones Esenciales de Salud Públicas (FESP)? Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id=3175&Itemid=3617&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=3175&Itemid=3617&lang=es), consultado el 5 de abril de 2014.

- Quevedo, Emilio (1990). *El proceso salud-enfermedad: Hacia una clínica y una epidemiología no positivistas*.
- Rubiano, Norma (2011). *Guía metodológica de planes de desarrollo municipales 2012-2015*. Documento presentado al Departamento Nacional de Planeación.
- Rubiano, Norma y Castro, Juan (2012a). *Guía para la formulación de planes de desarrollo integrales del Meta 2012-2015*. Villavicencio: UEC-UNFPA.
- Rubiano, Norma y Castro, Juan (2012b). *Sistematización del Proceso de Asistencia Técnica y Formación Activa para la Formulación de Planes de Desarrollo 2012 – 2015*. Documento de Trabajo. Bogotá: UNFPA-UEC.
- Rubiano, Norma y Castro, Juan Andrés (2012c). “Guía para la formulación de planes de desarrollo integrales del Meta, 2012-2015”.
- Rubiano, Norma y González, Alejandro (2004). *Metodología para el análisis de tensiones, interacciones y balances en dinámicas y desarrollos poblacionales, ambientales, económicos y sociales. Serie Población, Ordenamiento y Desarrollo. Guía 3*. Bogotá: MAVDT, UNFPA, UEC.
- Rubiano, Norma, González, Alejandro, Castro, Juan, Lara, Paulo, Natalizia, A. y Ocampos, I. (2012). *Guía para la planificación de municipios de Paraguay*. Asunción: STP, SEAM, UEC, UNFPA, GIZ, AECID.
- Rubiano, Norma, González, Alejandro, Toledo, A., Zamudio, L., Cano, C., Córdoba, C y Parra, E. (2003). *Población y ordenamiento territorial*. Bogotá: MAVDT, UEC, UNFPA.
- Scagnoli, Norma (2005). *Aprendizaje colaborativo*. Disponible en [http://es.wikibooks.org/wiki/Aprendizaje\\_colaborativo](http://es.wikibooks.org/wiki/Aprendizaje_colaborativo), consultado el 29 de abril de 2014.
- Vergara, María (2007). “Tres concepciones históricas del proceso salud enfermedad”, en: *Hacia la promoción de la salud*; Vol. 12, enero: 41- 50. Manizales: Editorial Universidad de Caldas.
- Winchester, Lucy (2011). “Políticas públicas: formulación y evaluación”, en: ILPES/CEPAL. Disponible en: [http://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/3/43323/LW\\_Polpub\\_antigua.pdf](http://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/3/43323/LW_Polpub_antigua.pdf), consultado el 5 de abril de 2014.
- Whitehead, Margaret (1991). *Los conceptos y principios de la equidad en salud*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

Whitehead, M. y G. Dahlgren (2006). *Levelling Up (Part 2)*. Copenhagen: World Health Organization Europe.

## GLOSARIO DE TÉRMINOS

**Abogacía por la salud:** combinación de acciones individuales y sociales destinadas a conseguir compromisos políticos, apoyo para las políticas de salud, aceptación social y soporte de los sistemas para un determinado objetivo o programa de salud. Dicha acción puede ser adoptada por los propios individuos y grupos, u otro en su nombre, con el fin de crear condiciones de vida que conduzcan a la salud y a la adquisición de estilos de vida sanos. La abogacía por la salud es una de las tres grandes estrategias de promoción de la salud y puede adoptar muchas formas incluido el uso de los medios informativos y los multimedia, la presión directa a los políticos y la movilización de la comunidad sobre cuestiones concretas. Los profesionales sanitarios tienen un importante papel como defensores de la salud en todos los niveles de la sociedad (OMS 1998).

**Acta informe de gestión:** documento físico a través del cual se formaliza el proceso de empalme, su elaboración es obligatoria y debe realizarse de acuerdo con lo definido en la Resolución Orgánica 5674 de 2005, la cual establece en su artículo 5 que

los sujetos de vigilancia y control fiscal de la Contraloría General de la República están en la obligación dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la dejación, retiro del cargo o finalización de su administración, y quienes al término de su periodo fueren ratificados, de presentar a quienes los sustituyan legal o reglamentariamente en el ejercicio de sus funciones, a la Oficina de Control Interno de la Entidad y a la Contraloría General de la República, el Acta de Informe de Gestión de los asuntos de su competencia, que deberá contener la gestión de los recursos financieros, humanos y administrativos que tuvieron asignados durante el desarrollo de sus funciones, conforme a las formalidades previstas en la Ley 951 de 2005 y la presente resolución. (Resolución Orgánica 5674 de 2005)

**Actuación comunitaria:** incidencia de la sociedad civil en los procesos de gestión pública territorial.

**Actuación sectorial:** todas aquellas acciones efectuadas desde la perspectiva de los sectores.

**Alianza para la promoción de la salud:** colaboración entre dos o más partes que persiguen una serie de objetivos de promoción de la salud decididos conjuntamente. La creación de alianzas supondrá a menudo la mediación entre los distintos socios en la definición de los objetivos y normas y principios éticos básicos, las áreas de acción conjunta y los acuerdos sobre la forma de cooperación dentro de la alianza (OMS 1998).

**Aprendizaje colaborativo:** proceso de aprendizaje donde las partes se comprometen a aprender algo juntas. Lo que debe ser aprendido sólo puede conseguirse si el trabajo del grupo es realizado en colaboración, por consiguiente, la comunicación y la negociación son claves en este proceso (Gros 2000). De este modo, se promueven relaciones horizontales entre iguales, independientemente de los roles asumidos o de los cargos establecidos, predominando las posturas de diálogo y compromiso permanente entre las partes.

**Aprendizaje cooperativo:** proceso de aprendizaje donde inicialmente se da una división de tareas que posteriormente serán integradas para la consecución de un objetivo (Scagnoli 2005).

**Aprovechamiento biológico de los alimentos:** conjunto de acciones que buscan fortalecer en la población la selección adecuada de los alimentos y la práctica de hábitos alimentarios saludables que permitan mantener un estado de salud y nutrición adecuado. Incluye factores determinantes del medio ambiente, entornos y estilos de vida, situación nutricional de la población, disponibilidad, calidad y acceso a los servicios de salud, agua potable y saneamiento básico (MSPS 2013).

**Asistencia técnica:** procedimiento interactivo de intercambio de conocimientos que permite dinamizar los procesos de planificación territorial de la salud, de modo que éstos apunten al desarrollo humano por medio del fortalecimiento de la autoridad sanitaria, en busca de la recuperación de las capacidades sanitarias básicas en las entidades territoriales. Dicho fortalecimiento corresponde a la transferencia de elementos de la gestión pública que permiten mejorar el reconocimiento y comprensión del territorio, así como la respuesta para la transformación de sus contextos por medio de la formación activa de los agentes que intervienen en la planificación territorial, mejorando de esta forma sus competencias, habilidades y actitudes para aquella.

**Asistencia unificada:** forma especializada de docencia, capacitación o formación para el fortalecimiento de las competencias ocupacionales entendidas como el conjunto de atributos referentes a educación, habilidades, contenidos, aptitudes y experiencia necesarios para ejercer una labor y resolver problemas de forma autónoma y asertiva, de manera que contribuyan al cumplimiento de los objetivos de las organizaciones.

**Atención primaria en salud:** asistencia sanitaria esencial, accesible a un costo que el país y la comunidad puedan soportar, realizada con métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables. La Declaración de Alma-Ata subraya que todo el mundo debe tener acceso a una atención primaria de salud y participar en ella. El enfoque de la atención primaria de salud abarca los siguientes componentes: equidad, implicación/participación de la comunidad, intersectorialidad, adecuación de la tecnología y costes

permisibles como conjunto de actividades, la atención primaria de salud debe incluir como mínimo la educación para la salud de los individuos y de la comunidad sobre la magnitud y naturaleza de los problemas de salud e indicar los métodos de prevención y el control de estos problemas. Otras actividades esenciales son la promoción de suministros adecuados de alimentos y una nutrición correcta, el abastecimiento de agua potable y un saneamiento básico; la asistencia sanitaria materno-infantil, incluida la planificación familiar; la inmunización; el tratamiento adecuado de enfermedades y lesiones comunes, así como el suministro de medicamentos esenciales (OMS 1998).

**Banco de programas y proyectos:** es una herramienta de planificación de la inversión pública que permite tomar decisiones en la etapa de preinversión e inversión, facilitando la preparación de los planes, programas y proyectos de inversión, racionalidad y consistencia en la asignación del presupuesto para cada vigencia.

**Calidad de vida:** percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las principales características del entorno (OMS 1998).

**Capital social:** representa el grado de cohesión social que existe en las comunidades. Se refiere a los procesos entre personas que establecen redes, normas y compromisos sociales y facilitan la coordinación y cooperación para su beneficio mutuo. El capital social se crea a partir de las múltiples interacciones cotidianas que tienen lugar entre las personas y está expresado en estructuras como los grupos cívicos y religiosos, los vínculos familiares, las redes informales de la comunidad, las normas de voluntariado, el altruismo y los compromisos. Cuanto más fuertes son estas redes y vínculos, mayor es la probabilidad de que los miembros de una comunidad cooperen para su beneficio mutuo. De esta manera, el capital social crea salud y potencia los beneficios de las inversiones sanitarias (OMS 1998).

**Carga de enfermedad:** impacto de un problema de salud en un área específica medida por la mortalidad y la morbilidad. Permite cuantificar el número de años perdidos debido a la enfermedad (OMS).

**Colaboración intersectorial:** relación reconocida entre parte o partes de distintos sectores de la sociedad que se ha establecido para emprender acciones en un tema con el fin de lograr resultados de salud o resultados intermedios de salud de manera más eficaz, eficiente o sostenible que aquella que el sector sanitario puede lograr actuando en solitario. La acción sanitaria intersectorial es considerada primordial para el logro de una mayor equidad en salud,



especialmente en aquellos casos en que el progreso depende de decisiones y acciones de otros sectores, como la agricultura, la educación y las finanzas. Un objetivo importante de la acción intersectorial consiste en lograr una mayor concienciación sobre las consecuencias sanitarias de las decisiones políticas y las prácticas organizativas de distintos sectores, y con ello, un movimiento en la dirección de unas políticas públicas saludables y prácticas (OMS 1998).

**Comisión Sobre Determinantes Sociales (CDSS):** red mundial de instancias normativas, investigadores y organizaciones de la sociedad civil que la OMS reunió para ayudar a afrontar las causas sociales de la falta de salud y de las inequidades sanitarias evitables. Fue creada en marzo de 2005 con el fin de acopiar datos para mejorar la salud y lograr que sea distribuida de forma más justa en todo el mundo, así mismo, para promover un movimiento mundial en favor de la consecución de tales objetivos (OMS 2009).

**Componentes:** conjunto de acciones lógicas mediante las cuales se alcanzan las intervenciones estratégicas.

**Comunicación para la salud:** estrategia clave destinada a informar a la población sobre aspectos concernientes a la salud y a mantener cuestiones sanitarias importantes en la agenda pública. El uso de los medios informativos y los multimedia, además de otras innovaciones tecnológicas para difundir información sobre salud entre la población, ayuda a concientizar sobre aspectos específicos de la salud individual y colectiva y sobre la importancia de la salud en el desarrollo (OMS 1986). La comunicación para la salud está dirigida a mejorar el estado de salud de los individuos y las poblaciones. Buena parte de la cultura moderna se trasmite a través de los medios informativos y los multimedia, lo que tiene implicaciones tanto positivas como negativas para la salud. Las investigaciones han demostrado que programas de promoción de la salud basados en la teoría pueden poner la salud en la agenda pública, reforzar los mensajes sanitarios, estimular a las personas para que busquen más información y, en algunos casos, dar lugar a estilos de vida saludables.

**Concepto de salud:** resultado de la interacción armónica que se da entre las condiciones biológicas, mentales, sociales y culturales del individuo, así como entre éste, su entorno y la sociedad, a fin de poder acceder a un mejor nivel de bienestar como condición esencial para la vida (MSPS 2013).

**Condición:** índole, naturaleza o propiedad de las cosas. No puede perderse ni adquirirse.

**Condiciones de vida:** entorno cotidiano de las personas, donde éstas viven, actúan y trabajan. Son producto de las circunstancias sociales y económicas

así como del medio físico, lo que puede ejercer un fuerte impacto en la salud fuera del control inmediato del individuo.

**Condiciones sociales:** son los factores que restringen la capacidad de salud de algunas personas dentro de una sociedad y crean desigualdades en la oportunidad de ejercer una libertad positiva, lo que hace imperativo adoptar medidas en relación con estos determinantes sociales a fin de garantizar la igualdad en las opciones de salud (MSPS 2013).

**Conducta de riesgo:** forma específica de conducta relacionada con el aumento de la susceptibilidad frente a una enfermedad específica o para un estado de salud deficiente. Las conductas de riesgo suelen definirse como “arriesgadas” con base en datos epidemiológicos y sociales. Los cambios de las conductas de riesgo constituyen las metas primordiales de la prevención de la enfermedad. Dentro del marco más amplio de promoción de la salud, la conducta de riesgo puede ser considerada como una respuesta o mecanismo para hacer frente a condiciones de vida adversas. Las estrategias de respuesta incluyen el desarrollo de habilidades de vida y la creación de entornos que apoyan la salud (OMS 1998).

**Configuración:** organización particular de los elementos que conforman un todo en la que cada elemento queda definido por el tipo de relaciones que guarda con los demás elementos y el lugar que ocupa en esa estructura (González et ál. 2010).

**Configuración territorial:** configuración que ofrece una comprensión del conjunto de interacciones y tensiones dominantes en un territorio, organizándolas en una estructura lógica que facilita su interpretación, en la medida en que establece una conexión de sentido entre ellas, relacionándolas temporal y espacialmente. De este modo, presenta una visión sintética e integral de la realidad y su cambio en el tiempo.

**Cooperación técnica:** concurrencia de distintas entidades, actores y voluntades políticas para el logro de un objetivo común en beneficio de comunidades y territorios. La cooperación técnica usualmente incluye aportes materiales y no materiales (recursos, conocimientos, tecnología) que se ponen a disposición de las personas y de las entidades territoriales.

**Cooperación transectorial:** colaboración a partir de la transectorialidad que se entiende como una estrategia que se basa en el reconocimiento de la complejidad del ser humano y sus relaciones; pretende dar una respuesta comprensiva a sus intereses y potencialidades. Implica un modo de gestión más allá de la sumatoria de ofertas sectoriales, institucionales, profesionales o disciplinares. Implica la creación de nuevas miradas, nuevos marcos referenciales, nuevas visiones y, sobre todo, una transformación cognitiva: el conocimiento apunta a la construcción de país. La

transectorialidad en el PDSP es la expresión práctica de la transversalidad en el sector público e implica muchos cambios en la forma de pensar: tener conciencia de que se está “construyendo país” y de que el Ministerio, como entidad rectora de la salud, se convierte en la autoridad transectorial, sin “invadir” el espacio de otros sectores ni “imponer” tareas adicionales a los mismos. Para que el PDSP sea realmente transectorial, es necesario poner los intereses del país por encima de los del sector salud, en primacía del bien común (MSPS 2013).

**Crecimiento vegetativo:** diferencia entre los nacimientos y las defunciones en una población determinada. También es llamado “crecimiento natural”.

**Derecho a la salud:** alude al “disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”, e implica una interdependencia con otros derechos; se aplica sin distinción de raza, género, religión, orientación política, orientación sexual o situación económica o social. Se refiere al nivel de salud que le permite a una persona vivir dignamente y a los factores socioeconómicos que promueven la posibilidad de llevar una vida sana. Ese derecho se hace extensivo al acceso básico a la alimentación, la nutrición, la vivienda, el agua limpia y potable, condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas, un medio ambiente sano, así como a los servicios sociales, mediante la disposición del Estado de todos los recursos posibles para hacer efectivo tal derecho (MSPS 2013).

**Desarrollo humano:** despliegue integral de las condiciones de posibilidad de la existencia humana en el ámbito social.

**Desigualdad:** resultante de una situación de salud en la que hay diferencias en el estado de salud entre hombres y mujeres, grupos de edad o grupos étnicos, entre otros (MSPS 2013).

**Determinantes de la salud:** según el PDSP 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. (MSPS 2013)

**Determinantes estructurales:** condiciones y situaciones presentes en los territorios que impactan el estado de salud y sobre los cuales tanto los individuos como las colectividades y el Estado tienen escasa o nula capacidad de control o transformación en el corto y mediano plazo, bien sea porque dependen de las estructuras y dinámicas macro de mayor jerarquía, porque no tienen competencias para transformarlo o porque su capacidad de respuesta frente a tales condiciones es escasa o nula.

**Determinantes intermediarios:** condiciones y situaciones presentes en los territorios que impactan el estado de salud y sobre los cuales tanto los individuos como las colectividades y el Estado tienen alguna capacidad de respuesta y control en el mediano y corto plazo en el ámbito de su competencia.

**Determinantes sociales de la salud:** la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud, en su informe final del año 2009, desarrolla un aspecto específico del concepto de salud donde ésta se encuentra estrechamente relacionada con las condiciones en las que la vida tiene lugar. Para la Comisión, la transformación de los resultados en salud de las personas no depende sólo de la atención sanitaria sino de “las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen”, que tienen que ver con el contexto social y político de los países y con las condiciones de vida de cada persona; apuntan tanto a las características específicas del contexto social que influyen en la salud, como a las vías por las cuales las condiciones sociales se traducen en efectos sanitarios, y los diferentes recursos a nivel mundial, nacional y local, lo cual depende a su vez de las políticas adoptadas. Un modelo integral de Determinantes Sociales de la Salud debe lograr: 1) aclarar los mecanismos por los cuales los determinantes sociales generan desigualdades de salud; 2) indicar cómo se relacionan entre sí los determinantes principales; 3) proporcionar un marco para evaluar cuáles son los Determinantes Sociales de la Salud más importantes de abordar; 4) proyectar niveles específicos de intervención y puntos de acceso de políticas para la acción en torno a los Determinantes Sociales de la Salud (OMS 2005). El modelo incorpora explícitamente el sistema sanitario, considerándolo como un factor social determinante de la salud en sí mismo, cuya función de reducción de las desigualdades en salud no solo opera brindando acceso equitativo a los servicios de salud, sino también poniendo en práctica políticas, planes y programas de salud pública que incluyen a otros sectores de política y que impactan las condiciones de vida de la población, por lo cual el promover y coordinar la política de Determinantes Sociales de la Salud se constituye en una función clave para el sector de la salud. (MSPS 2013).

**Dimensiones del desarrollo:** el modelo BIT **PASE** parte del reconocimiento de cuatro dimensiones del desarrollo que son constitutivas de la forma de organización de la existencia humana en el planeta. Las cuatro dimensiones del desarrollo: **poblacional, ambiental, social y económica**, están ligadas entre sí por una intrincada trama de relaciones y forman un todo indisoluble, de cuyo equilibrio depende la supervivencia de la población y de su territorio.

**Dimensiones prioritarias de los determinantes sociales:** dimensiones prioritarias para la vida que “representan aspectos fundamentales para la salud y el bienestar de todo individuo, sin distinción de género, etnia, ciclo de vida, nivel económico o cualquier otro aspecto diferencial” (MSPS 2013),

estas dimensiones son: Salud ambiental; Vida saludable y condiciones no transmisibles; Convivencia social y salud mental; Seguridad alimentaria y nutricional; Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos; Vida saludable y enfermedades transmisibles; Salud pública en emergencias y desastres; y Salud y ámbito laboral.

**Dimensiones transversales:** además de las 8 dimensiones prioritarias, el PDSP incluye dos dimensiones transversales: Gestión diferencial de poblaciones vulnerables, dimensión que tiene por objeto atender los determinantes particulares que conllevan inequidades sociales y sanitarias en la primera infancia, infancia y adolescencia, envejecimiento y vejez, salud y género, salud en poblaciones étnicas, discapacidad y víctimas del conflicto. Además, debe fomentar buenas prácticas de gestión y desarrollo de capacidades que favorezcan la movilidad social de todos los sectores en la planeación y control social de la ejecución de intervenciones y recursos (MSPS 2013). Y la dimensión Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud, que tiene como objetivo “

lograr que las autoridades sanitarias nacionales y locales recuperen, desarrollen o perfeccionen, sus capacidades básicas para actuar como planificadores e integradores de las acciones relacionadas con la producción de la salud dentro y fuera del sector salud, y de la respuesta propia del sector, teniendo en cuenta dos tipos de capacidad: la capacidad de medios (...) y la capacidad de resultados. (MSPS 2013)

**Dinámica demográfica:** proceso de transformación y cambio de las pautas de producción y reproducción de la población humana.

**Discapacidad evitable:** condición bajo la cual ciertas personas presentan algunas deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales de manera transitoria o permanente que pudieron ser evitadas por medio de intervenciones en salud individuales o colectivas ejecutadas en cualquiera de las fases del ciclo de atención (promoción, prevención, tratamiento o rehabilitación) y que en sí mismas corresponden a la expresión del riesgo técnico, entendido como la probabilidad de ocurrencia de eventos derivados de fallas en la atención de los servicios de salud, así como de la mayor carga de enfermedad por mortalidad evitable y discapacidad.

**Empoderamiento para la salud:** en promoción de la salud, el empoderamiento para la salud es un proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud. El empoderamiento para la salud puede ser un proceso social, cultural, psicológico o político mediante el cual los individuos y los grupos sociales son capaces de expresar sus necesidades, plantear sus preocupaciones, diseñar estrategias de participación en la toma de decisiones y llevar a cabo acciones políticas, sociales y culturales para hacer frente a sus necesidades. Mediante este proceso, las personas perciben una relación más estrecha

entre sus metas y el modo de alcanzarlas y una correspondencia entre sus esfuerzos y los resultados que obtienen. La promoción de la salud abarca no solamente las acciones dirigidas a fortalecer las habilidades básicas para la vida y las capacidades de los individuos, sino también las acciones para influir en las condiciones sociales y económicas subyacentes y en los entornos físicos que influyen sobre la salud. En este sentido, la promoción de la salud va dirigida a crear las mejores condiciones para que haya una relación entre los esfuerzos de los individuos y los resultados de salud que obtienen. Se establece una distinción entre el empoderamiento para la salud del individuo y el de la comunidad. El empoderamiento para la salud individual se refiere principalmente a la capacidad del individuo para tomar decisiones y ejercer control sobre su vida personal. El empoderamiento para la salud de la comunidad supone que los individuos actúen colectivamente con el fin de conseguir una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida de su comunidad, siendo éste un importante objetivo de la acción comunitaria para la salud (OMS 1998).

**Enfoque biologicista:** considera el cuerpo como un aparato mecánico, receptor de acciones y sustancias que modifican el estado de enfermedad y salud. Por tanto, el ser humano se reduce a la suma de sus órganos. Se considera la salud como un estado de equilibrio y la enfermedad como desequilibrio (Carmona, Roza y Mogollón 2005).

**Enfoque de ciclo de vida:** abordaje que permite entender las vulnerabilidades y oportunidades de invertir durante cada una de las etapas del desarrollo humano; reconoce que las experiencias se acumulan a lo largo de la vida, que las intervenciones en una generación repercutirán en las siguientes, y que el mayor beneficio de un momento vital puede derivarse de intervenciones previas en periodos vitales anteriores (MSPS 2013).

**Enfoque de género:** perspectiva, propuesta o herramienta conceptual, metodológica y política, que:

- Visibiliza las desigualdades, discriminaciones y violencias en razón del género, así como el ejercicio de poder y los roles que ejercen mujeres y hombres.
- Detecta los factores de desigualdad que afectan a hombres y mujeres en los diferentes ámbitos de interacción humanos (familiares, sociales, económicos, culturales y políticos).
- Planea acciones para transformar las estructuras que mantienen las inequidades, discriminaciones, violencias y exclusiones por razón del género.
- Busca la construcción de identidades femeninas y masculinas que no se basen en los modelos hegemónicos de ser mujer y ser hombre.



- Propone una valoración equitativa de los espacios y actividades productivas y reproductivas, y una distribución justa de los roles entre hombres y mujeres.
- Promueve la construcción de una sociedad más equitativa y democrática para mujeres y hombres a través de un ejercicio paritario del poder en todos los espacios, desde los personales hasta los colectivos. (MSPS 2013)

**Enfoque diferencial:** reconocimiento de la equidad e inclusión de los ciudadanos excluidos y privados de los derechos y libertades, a partir del reconocimiento de la diversidad por ciclo de vida, identidades de género, pertenencia étnica, discapacidad, y situaciones especiales de vulneración de derechos (desplazamiento y víctimas del conflicto) y de vulnerabilidad (pobreza). El enfoque diferencial supone una organización de las acciones y programas que dan cuenta de la garantía de la igualdad, la equidad y la no discriminación. Considera, para la atención de las poblaciones vulnerables, la adecuación de servicios y acciones por parte de la institucionalidad. Desde esta perspectiva, el PDSP garantiza el desarrollo de un conjunto de estrategias y acciones en salud incluyentes, que acogen, reconocen, respetan y protegen la diversidad, formuladas desde las particularidades sociales, culturales, religiosas, etc., para dar respuesta a los derechos fundamentales de la población en un territorio específico. De este modo se asume la salud como un derecho fundamental que está en permanente interdependencia con los demás (MSPS 2013).

**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 los desequilibrios entre la población y su territorio. El enfoque poblacional ayuda a abordar los procesos de planeación territorial (nación, departamento, municipio) desde una perspectiva integral, al analizar sistemáticamente la dinámica poblacional e incorporarla en la toma de decisiones estratégicas y en la formulación de la política pública. (MSPS 2012)

**Entidades territoriales:** personas jurídicas de derecho público que gozan de autonomía para la gestión de sus intereses dentro de los límites de la Constitución y la Ley. Las entidades territoriales en Colombia son: los departamentos, los distritos, los municipios y los territorios indígenas.

**Equidad en salud:** está definida en el PDSP como “la ausencia de diferencias injustas, evitables o remediables de salud entre las poblaciones o grupos poblacionales” (MSPS 2013) y asume la posición adoptada por la Comisión sobre Determinantes de la Salud de la OMS, según la cual: “el estado de



salud de una población está estrechamente relacionado con las condiciones en que las personas nacen crecen, viven, trabajan y envejecen” (OMS 2009).

**Estilo de vida:** forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales. Estos modelos de comportamiento están continuamente sometidos a interpretación y a prueba en distintas situaciones sociales, no siendo, por lo tanto, fijos, sino que están sujetos a cambio. Los estilos de vida individuales, caracterizados por patrones de comportamiento identificables, pueden ejercer un efecto profundo en la salud de un individuo y en la de otros. Si la salud ha de mejorarse permitiendo a los individuos cambiar sus estilos de vida, la acción debe ir dirigida no solamente al individuo, sino también a las condiciones sociales de vida que interactúan para producir y mantener estos patrones de comportamiento. Sin embargo, es importante reconocer que no existe un estilo de vida “óptimo” al que puedan adscribirse todas las personas. La cultura, los ingresos, la estructura familiar, la edad, la capacidad física, el entorno doméstico y laboral harán más atractivas, factibles y adecuadas determinadas formas y condiciones de vida (OMS 1998).

**Estructura de población:** distribución de la población según su edad y sexo.

**Etnia:** grupo humano diferenciado que habita en un espacio geográfico específico, posee características culturales propias y una historia común. Las etnias reconocidas en Colombia son: indígena, afrocolombiana, negra, palenquera, raizal y rom o gitana (MSPS 2013).

**Facilitación:** actuar en colaboración con individuos o grupos para conseguir su empoderamiento para la salud mediante la movilización de recursos humanos y materiales, con el fin de promover y proteger su salud. El énfasis que pone esta definición en el empoderamiento para la salud mediante la colaboración y la movilización de recursos llama la atención sobre el importante papel que desempeña el personal de salud y otros agentes sanitarios, al actuar como catalizadores de la promoción de la salud (OMS 1998).

**Factores de riesgo:** condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes que están asociados con o causan un incremento de la susceptibilidad para una enfermedad específica, una salud deficiente o lesiones (OMS 1998).

**Ganancia de salud:** forma de expresar las mejoras en los resultados de salud. Se puede utilizar para reflejar las ventajas de una forma de intervención sanitaria frente a otra para conseguir la máxima ganancia de salud. La Declaración de Yakarta indica que la promoción de la salud “actúa sobre los determinantes

de la salud para conseguir la máxima ganancia de salud” para las personas (OMS 1998).

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

**Gestión de la salud pública:** conjunto de acciones que la autoridad sanitaria, nacional o local, debe ejecutar sobre colectivos poblacionales indivisibles, con el fin de evitar el riesgo primario o la probabilidad de pérdida de la salud. Esto, por medio de estrategias colectivas, políticas, normas y documentos técnicos, así como en ejercicios de planificación, dirección, coordinación, integración, vigilancia, administración y fiscalización de recursos (MSPS 2013).

**Gestión del riesgo en salud:** conjunto de acciones que sobre una población específica, con individuos identificables y caracterizables, deben realizar las entidades públicas o privadas que en el sector salud o fuera de él tienen a cargo poblaciones. Su finalidad es disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo (MSPS 2013).

**Gestión en salud:** modo en que las organizaciones proveen las herramientas necesarias para proveer cuidados en materia de salud a las poblaciones.

**Holístico:** perteneciente a la doctrina filosófica del holismo, que analiza los eventos desde múltiples interacciones y postula que las propiedades de un sistema no pueden ser explicadas como la suma de sus partes, lo que implica que el sistema mismo debe ser analizado como un todo.

**Indicador de salud:** característica de un individuo, población o entorno susceptible de medición (directa o indirectamente) que puede utilizarse para describir uno o más aspectos de su salud (calidad, cantidad y tiempo). Los indicadores de salud se pueden utilizar para definir problemas de salud pública en un momento concreto, para indicar los cambios temporales en el nivel de salud de una población o individuo, para definir las diferencias en la salud de las poblaciones, y para evaluar en qué medida se están alcanzando los objetivos de un programa (OMS 1998).

**Inocuidad de los alimentos:** acciones para garantizar que los alimentos no causen daño al consumidor cuando se preparen o consuman, lo que contribuye a la seguridad alimentaria de la población.

**Instrumentos de planeación territorial:** aquellos que facilitan la gestión de los mandatarios territoriales para lograr una adecuada y eficaz implementación, así como una efectiva ejecución de las políticas definidas y aprobadas en los planes de desarrollo. Los principales instrumentos de ejecución son: el Marco Fiscal de Mediano Plazo (MFMP), el Plan Indicativo, el Plan Operativo Anual de Inversiones (POAI), el Presupuesto, el Plan de Acción y el Programa Anual Mensualizado de Caja (PAC); instrumentos que son complementarios, interdependientes, comparten información, se interrelacionan y articulan de forma permanente.

**Marco Fiscal de Mediano Plazo (MFMP):** instrumento que sirve de referencia para que el Plan de Desarrollo sea viable financieramente porque, de manera indicativa, presenta la proyección de los recursos financieros disponibles en la entidad territorial, con perspectiva de diez años, lo cual permite que de manera más acertada la Administración programe los pagos a sus acreedores, el servicio a la deuda y sus gastos de funcionamiento e inversión. Este instrumento también se constituye en uno de los principales insumos para definir las estrategias financieras que adoptará el Municipio y que serán plasmadas en Plan de Desarrollo.

**Metas de producto:** aquellas que cuantifican los bienes y servicios producidos o provisionados por las acciones realizadas en los subprogramas estratégicos.

**Metas de resultado:** aquellas que responden a la cuantificación del objetivo específico o sectorial.

**Metas de salud:** resumen de los resultados de salud que, a la luz de los conocimientos y los recursos existentes, un país o comunidad puede esperar alcanzar en un período de tiempo definido. Las metas de salud son declaraciones generales de intenciones y aspiraciones destinadas a reflejar los valores de la comunidad en general y del sector sanitario en particular, en relación con una sociedad sana. En muchos países las metas y objetivos de salud sirven también como referencia para decidir la dirección y prototipos de sus inversiones en salud. La OMS ha apoyado y promovido el desarrollo y uso de los objetivos y metas de salud a nivel mundial, regional, nacional y local (OMS 1998).

**Modelo BIT PASE** (Balance de las Tensiones que se generan en las Interacciones entre la Población, el Ambiente, la organización Social y la Economía): este modelo aborda la comprensión del sistema hombre-naturaleza como un sistema abierto con múltiples relaciones, cuyo

comportamiento resulta del juego de diversas interacciones entre los individuos y entre éstos y la base ambiental, para la producción y reproducción de los bienes y servicios necesarios para el mantenimiento y reproducción, tanto del colectivo poblacional como de su organización social y de su base económica y ambiental.<sup>43</sup> El modelo BIT PASE se basa en una concepción de la población, de la condición humana y del desarrollo, que permite comprender de manera integral el juego de relaciones que determina un momento histórico particular en el desarrollo de una colectividad.

**Nivel territorial:** corresponde a las divisiones político administrativas (departamentos, municipios, distritos, entidades territoriales indígenas) en las que se encuentra distribuido el territorio.

**Notificación de una enfermedad:** comunicación oficial de la autoridad de salud correspondiente sobre la existencia de una enfermedad transmisible o de otra naturaleza en personas o animales (OMS 1998).

**Objetivos de desarrollo del milenio (ODM):** pacto entre las naciones para eliminar la pobreza humana. En la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas celebrada en la sede de las Naciones Unidas (Nueva York, 2000), los jefes de Estado y de Gobierno del mundo firmaron la Declaración del Milenio. En ella asumieron compromisos en materia de paz y seguridad, derechos humanos, protección del entorno y atención especial a la pobreza.

**Paradigma:** cosmovisión del mundo y de las relaciones entre los hombres y su entorno que constituye la base en la que una comunidad define sus relaciones y los criterios para la acción. En un sentido amplio, consiste en una comprensión determinada del mundo.

**Patógenos:** agentes infecciosos microscópicos que generan daño o enfermedad en otro organismo.

**Pirámide poblacional:** representación gráfica de una población diferenciada por sexo y grupos de edad.

**Plan Anual Mensualizado de Caja (PAC):** instrumento mediante el cual se fija el monto máximo para efectuar pagos. Constituye el mecanismo que define el monto mensual de fondos disponibles en la cuenta única municipal y en las cuentas especiales para efectuar el pago de los compromisos asumidos en desarrollo de las apropiaciones presupuestales incorporadas en el presupuesto y financiadas con recursos del municipio.

---

<sup>43</sup> Véase: Rubiano, Norma y Castro, Juan Andrés (2012). “Guía para la formulación de planes de desarrollo integrales del Meta, 2012-2015”; y González, Alejandro, Rubiano, Norma y Castro, Juan Andrés (2012). “Guía para la Planificación de Municipios en Paraguay”.

**Plan de Desarrollo del Territorio (PDT):** carta de navegación que orienta el proceso de cambio progresivo de las condiciones y situaciones presentes de un territorio hacia una situación viable, posible y deseada según lo concertado en una visión compartida de desarrollo. El instrumento político, técnico, prospectivo, democrático y participativo donde la Administración Territorial concreta las decisiones, acciones, medios y recursos que se ejecutarán durante el periodo de gobierno.

**Plan de Ordenamiento Territorial (POT):** instrumento de planificación que permite ordenar el territorio; tiene como objetivo integrar la planificación física y socioeconómica, con el fin de propiciar desarrollo sostenible y contribuir a que los gobiernos orienten la regulación y promoción de ubicación y desarrollo de los asentamientos humanos.

**Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021:** apuesta política por la equidad en salud, entendida como la “ausencia de diferencias en salud entre grupos sociales consideradas innecesarias, evitables e injustas” (Whitehead, 1992). Esto implica que la equidad en salud se logra cuando todas las personas alcanzan su potencial de salud independientemente de sus condiciones sociales, culturales y económicas. El PDSP es producto del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, busca la reducción de la inequidad en salud planteando los siguientes objetivos: 1) avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud; 2) mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente; 3) mantener cero tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitables (MSPS 2013).

**Plan financiero:** instrumento de planeación financiera del sector público territorial, que tiene como base las operaciones efectivas, en consideración a las previsiones de ingresos, gastos y déficit, así como a su financiación compatible con el Programa Anual Mensualizado de Caja. Este instrumento permite establecer cuáles son los recursos disponibles para la financiación del plan de desarrollo.

**Plan Operativo Anual de Inversiones (POAI):** instrumento de la gestión pública que junto con el plan financiero y el presupuesto anual de rentas y gastos constituye el Sistema Presupuestal. El POAI tiene como objeto determinar los proyectos de inversión clasificados por sectores, órganos (dependencias de la administración) y programas que la administración territorial ejecutará en una vigencia fiscal determinada.

**Plan Territorial de Salud (PTS):** instrumento de política pública que permite incorporar la equidad sanitaria en todas las políticas públicas. Por consiguiente, define la propuesta estratégica y operativa que se incluye en el Plan de Desarrollo en el territorio, para que converjan el desarrollo social y el económico, y para orientar las acciones sectoriales, transectoriales y

comunitarias, con el fin de alcanzar mayor equidad en salud y desarrollo humano en armonización con el PDSP 2012- 2021 (MSPS 2013).

**Población adulta mayor:** población mayor de sesenta años.

**Política de salud pública:** política que reconoce y garantiza la salud como un derecho fundamental. Es, además, una dimensión central del desarrollo humano y un instrumento indispensable para lograr la paz y la equidad social con bienestar integral y calidad de vida, a través de la acción de todos los sectores que están involucrados directamente con los Determinantes Sociales de la Salud (MSPS 2013).

**Política pública saludable:** se caracteriza por su preocupación explícita por la salud y la equidad en todas las áreas de la política y por una responsabilidad sobre su impacto en la salud. La finalidad principal de una política pública saludable consiste en crear un entorno de apoyo que permita a las personas llevar una vida saludable. Dicha política posibilita o facilita a los ciudadanos hacer elecciones saludables y convierte los entornos sociales y físicos en potenciadores de la salud (OMS 1988). La carta de Ottawa puso de relieve el hecho de que la acción de promoción de la salud va más allá del sector de asistencia sanitaria, subrayando que la salud debe figurar en la agenda política de todos los sectores y a todos los niveles del Gobierno. Un elemento importante en la creación de una política pública saludable es la noción de la rendición de cuentas sobre la salud. Los gobiernos son los últimos responsables ante los ciudadanos de las consecuencias para la salud de sus políticas o de la falta de ellas. Un compromiso sobre políticas públicas saludables significa que los gobiernos deben medir e informar sobre sus inversiones sanitarias y los consecuentes resultados de salud y sobre los resultados de salud intermedios de sus inversiones y políticas generales, en un lenguaje que todos los grupos de la sociedad comprendan con facilidad (OMS 1998).

**Política sanitaria:** declaración o directriz oficial dentro de las instituciones (especialmente del Gobierno) que define las prioridades y los parámetros de actuación como respuesta a las necesidades de salud, a los recursos disponibles y a otras presiones políticas. La política sanitaria suele ser promulgada mediante legislación u otras formas de normativas que definen la reglamentación e incentivos que hacen posible la prestación de los servicios y programas sanitarios y el acceso a estos últimos. La política sanitaria se distingue así de la política pública saludable por su preocupación primordial por los servicios y programas sanitarios. El progreso futuro de las políticas sanitarias podrá ser observado en la medida en que éstas puedan llegar a definirse como políticas públicas saludables.

**Prevención de la enfermedad:** conjunto de medidas que deben tomarse para evitar la aparición de las enfermedades o para atenuar sus consecuencias y



detener su avance en caso de haber aparecido. La prevención primaria está dirigida a evitar la aparición inicial de una enfermedad o dolencia. La prevención secundaria y la terciaria tienen por objeto detener o retardar la enfermedad y sus efectos, mediante la detección precoz y el tratamiento adecuado, o reducir los casos de reaparición y el establecimiento de la cronicidad (OMS 1998).

**Principios de coordinación, concurrencia, complementariedad y subsidiariedad:**

- **Coordinación.** Las autoridades de planeación del orden nacional, regional y las entidades territoriales deben garantizar que exista la debida armonía y coherencia entre las actividades que realicen a su interior y en relación con las demás instancias territoriales para efectos de la formulación, ejecución y evaluación de sus planes de desarrollo.
- **Concurrencia:** cuando dos o más autoridades de planeación deban desarrollar actividades en conjunto hacia un propósito común, teniendo facultades de distintos niveles su actuación deberá ser oportuna y procurar la mayor eficiencia y el respeto mutuo de los fueros de competencia de cada una de aquellas.
- **Complementariedad:** en el ejercicio de las competencias en materia de planeación las autoridades deben actuar colaborando con las otras autoridades dentro de su órbita funcional, con el fin de que el desarrollo de aquellas tenga plena eficacia.
- **Subsidiariedad:** las autoridades de planeación del nivel más amplio deben apoyar transitoriamente a aquellas que carezcan de capacidad técnica para la preparación oportuna del plan de desarrollo.

**Proceso de empalme:** es un procedimiento de interés público, formal y obligatorio a través del cual se hace entrega y se recibe la administración pública de las entidades territoriales y se formaliza con la entrega de un informe de gestión.

**Promoción de la salud:** “Consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma” (OMS 1986). Según el PDSP es el conjunto de acciones que debe liderar el territorio, convocando los diferentes sectores, las instituciones y la comunidad, para desarrollarlas por medio de proyectos dirigidos a la construcción o generación de condiciones, capacidades y medios necesarios para que los individuos, las familias y la sociedad en su conjunto logren intervenir y modificar los Determinantes Sociales de la Salud en cada territorio (MSPS 2013).

**Responsabilidad social para la salud:** conjunto de acciones realizadas por los responsables de la toma de decisiones, tanto del sector público como del privado, para establecer políticas y prácticas que promuevan y protejan la salud (OMS 1997). Las políticas y prácticas que aplican los sectores público y privado deben evitar perjudicar la salud de los individuos; proteger el medio



ambiente y garantizar el uso sostenible de los recursos; restringir la producción y el comercio de productos y sustancias inherentemente perjudiciales y desalentar las prácticas de mercadotecnia nocivas para la salud; proteger al ciudadano en el mercado y al individuo en el lugar de trabajo, e incluir evaluaciones del impacto sanitario centradas en la equidad como parte integral del desarrollo de las políticas (OMS 1998).

**Resultados de salud:** cambio en el estado de salud de un individuo, grupo o población atribuible a una intervención o serie de intervenciones planificadas, independientemente de que la intervención tenga o no por objetivo modificar el estado de salud. Las intervenciones pueden incluir las políticas y consiguientes programas del Gobierno, las leyes y reglamentos, o los servicios y programas sanitarios, incluidos los programas de promoción de la salud. Pueden incluir también los resultados de salud, deseados o no, de las políticas del Gobierno en sectores diferentes al sanitario (OMS 1998).

**Sistema General de Participaciones (SGP):** corresponde a los recursos que la Nación transfiere por mandato Constitucional a las entidades territoriales (departamentos, distritos y municipios), para la financiación de los servicios a su cargo, en salud, educación, agua potable y saneamiento básico y los definidos por las Leyes 715 de 2001, 1122 y 1176 de 2007.

**Situación:** conjunto de factores o circunstancias que afectan a alguien o algo en un determinado momento. Las situaciones son temporales y susceptibles de modificación.

**Tensiones en salud:** conjunto de presiones provenientes de una o varias dimensiones del desarrollo o de las dimensiones prioritarias para la vida, que actúan en diferentes direcciones y generan niveles de estrés que deterioran el estado de salud de una población.

**Vector:** organismo que transmite los microorganismos de las enfermedades de personas o animales infectados a personas o animales sanos.

**Voto programático:** obligación constitucional que tienen los candidatos a cargos de elección popular de cumplir con las propuestas de campaña mediante la implementación de sus propuestas en los planes de desarrollo.

**Zonas de riesgo y amenaza:** la Ley 1523 de 2012 define a la amenaza como

el peligro latente de que un evento físico de origen natural, o causado, o inducido por la acción humana de manera accidental, se presente con una severidad suficiente para causar pérdida de vidas, lesiones u otros impactos en la salud, así como también daños y pérdidas en los bienes, la infraestructura, los medios de sustento, la prestación de servicios y los recursos ambientales.

De otra parte, el riesgo

Corresponde a los daños o pérdidas potenciales que pueden presentarse debido a los eventos físicos peligrosos de origen natural, socionatural tecnológico, biosanitario o humano no intencional, en un período de tiempo específico y que son determinados por la vulnerabilidad de los elementos expuestos; por consiguiente el riesgo de desastres se deriva de la combinación de la amenaza y la vulnerabilidad.” Las zonas de riesgo y amenaza son aquellas en las que se ubican o pueden ubicar estos elementos.

## ACRÓNIMOS, SIGLAS Y ABREVIATURAS

<b>APS</b>	Atención Primaria en Salud
<b>APS</b>	Atención Primaria en Salud
<b>ARL</b>	Administradoras de Riesgos Laborales
<b>ASIS</b>	Análisis de Situación de Salud
<b>ATRU</b>	Asistencia Técnica Regional Unificado
<b>BIT PASE</b>	Balance de las Tensiones que se generan en las Interacciones entre la Población, el Ambiente, la organización Social y la Economía
<b>BVS</b>	Biblioteca Virtual en Salud
<b>BVS</b>	Biblioteca Virtual en Salud
<b>CDSS</b>	Comisión Sobre Determinantes Sociales
<b>CONPES</b>	Consejo Nacional de Política Económica y Social
<b>DNP</b>	Departamento Nacional de Planeación
<b>EGI</b>	Estrategias de Gestión Integrada
<b>ENT</b>	Enfermedades No Transmisibles
<b>EPS</b>	Entidades Promotoras de Salud
<b>ESE</b>	Empresas Sociales del Estado
<b>ESE</b>	Empresas Sociales del Estado
<b>ICA</b>	Instituto Colombiano Agropecuario
<b>Invima</b>	Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos
<b>IPS</b>	Instituciones Prestadoras de Salud
<b>ITA</b>	Infecciones de Transmisión Sexual
<b>IVC</b>	Inspección, Vigilancia y Control
<b>IVC</b>	Inspección, Vigilancia y Control
<b>MFMP</b>	Marco Fiscal de Mediano Plazo
<b>MSPS</b>	Ministerio de Salud y Protección Social
<b>ODM</b>	Objetivos de Desarrollo del Milenio
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud

<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>PAC</b>	Programa Anual Mensualizado de Caja
<b>PDSP</b>	Plan Decenal de Salud Pública
<b>PDT</b>	Plan de Desarrollo del Territorio
<b>PNSAN</b>	Plan de Seguridad Alimentaria y Nutricional
<b>POA</b>	Plan Operativo Anual
<b>POAI</b>	Plan Operativo Anual de Inversiones
<b>POI</b>	Planes Operativos de Inversiones
<b>POS</b>	Plan Obligatorio de Salud
<b>POS</b>	Plan Obligatorio de Salud
<b>POT</b>	Plan de Ordenamiento Territorial
<b>PTS</b>	Planes Territoriales de Salud
<b>SGP</b>	Sistema General de Participaciones
<b>SGSSS</b>	Sistema General de Seguridad Social en Salud
<b>Sispro</b>	Sistema Integral de Información de la Protección Social
<b>Sivigila</b>	Sistema Nacional de Vigilancia
<b>TIC</b>	Tecnologías de la Información y la Comunicación
<b>UEC</b>	Universidad Externado de Colombia
<b>UNFPA</b>	Fondo de Población de las Naciones Unidas

## LISTADO DE FIGURAS Y TABLAS

### Figuras

Figura 1. Ciclo de la gestión de salud.....	30
Figura 2: Generaciones de los PTS.....	31
Figura 3: Armonización y articulación de los PTS con los instrumentos de planificación estratégica.....	33
Figura 4: Armonización y articulación de los PTS con los instrumentos de planificación operativa.....	34
Figura 5: Armonización y articulación de los PTS con los instrumentos de planificación financiera.....	35
Figura 6. Estrategia PASE a la Equidad en Salud.....	38
Figura 7. Desarrollo escalonado.....	42
Figura 8. Dimensiones del desarrollo en el Modelo BIT PASE.....	48
Figura 9. Los determinantes.....	53
Figura 10. Determinantes individuales y determinantes territoriales.....	55
Figura 11. Determinantes de la salud estructurales e intermediarios.....	57
Figura 12. Las dimensiones del desarrollo y la salud.....	60
Figura 13. Elementos para identificar la dinámica demográfica.....	61
Figura 14. Elementos de la dinámica social.....	75
Figura 15. Tensiones.....	93
Figura 16. Prisma dimensiones PASE.....	94
Figura 17. Interacciones entre las dimensiones PASE y las dimensiones del PDSP.....	95
Figura 18. Componentes en la identificación de tensiones.....	96
Figura 19. Nodos y flujos de determinación.....	100

Figura 20. Diagrama conceptual del momento de respuesta PTS y su armonización con otros instrumentos de planeación.....	103
Figura 21. Diagrama estructura del PDSP.....	105
Figura 22. Organización por nodos.....	147
Figura 23. Distribución regional de nodos.....	148
Figura 24. Línea de tiempo de los PTS.....	151

### **Tablas**

Tabla 1. Implicaciones de las dimensiones del desarrollo PASE para la planeación territorial en salud, de acuerdo con las dimensiones prioritarias para la vida consideradas en el PDSP.....	97
Tabla 2. Normas para el proceso de elaboración y ejecución de los PTS .....	137
Tabla 3. Regionalización para la asistencia unificada.....	149

## ANEXOS

### Anexo I

Tabla 2: Normas para el proceso de elaboración y ejecución de los PTS

<b>Ley 9 de 1979</b>	Por la cual se dictan medidas sanitarias.
<b>Ley 30 de 1986</b>	Estatuto Nacional de Estupefacientes, Decreto 3788 de 1986 reglamentario de la Ley 30 de 1986.
<b>Ley 48 de 1986</b>	Estampilla pro dotación y funcionamiento CBA, modificada por la Ley 687 de 2001 y por la Ley 1276 de 2009 centros vida.
<b>Ley 84 de 1989</b>	Por la cual se adopta el Estatuto Nacional de Protección de los Animales y se crean unas contravenciones y se regula lo referente a su procedimiento y competencia.
<b>Decreto 2177 de 1989</b>	Por el cual se desarrolla la Ley 82 de 1988, aprobatoria del Convenio No. 159, suscrito con la Organización Internacional del Trabajo (OIT), sobre readaptación profesional y el empleo para personas inválidas.
<b>Decreto 2737 de 1989</b>	Por el cual se expide el Código del Menor.
<b>Ley 10 de 1990</b>	Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones.
<b>Ley 21 de 1991</b>	Por medio de la cual se aprueba el Convenio número 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, adoptado por la 76 <sup>va</sup> reunión de la Conferencia General de la OIT llevada a cabo en Ginebra en 1989.
<b>Ley 29 de 1992</b>	Por medio de la cual se aprueba el Protocolo de Montreal relativo a las sustancias agotadoras de la capa de ozono, suscrito en Montreal el 16 de septiembre de 1987, con sus enmiendas adoptadas en Londres el 29 de junio de 1990 y en Nairobi el 21 de junio de 1991.
<b>Del 9 de mayo de 1992</b>	Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático.
<b>Ley 70 de 1993</b>	Por la cual se desarrolla el artículo transitorio 55 de la Constitución Política (comunidades negras).
<b>Ley 99 de 1993</b>	Por la cual se crea el Ministerio del Medio Ambiente, se reordena el Sector Público encargado de la gestión y conservación del medio ambiente y los recursos naturales renovables, se organiza el Sistema Nacional Ambiental (SINA) y se dictan otras disposiciones.
<b>Ley 100 de 1993</b>	Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones.
<b>Ley 105 de 1993</b>	Por la cual se dictan disposiciones básicas sobre el transporte, se redistribuyen competencias y recursos entre la Nación y las Entidades Territoriales, se reglamenta la planeación en el sector transporte y se dictan otras disposiciones.
<b>Conpes 2793 de 1993</b>	Lineamientos Política envejecimiento y vejez.
<b>Ley 115 1994</b>	Por la cual se expide la Ley General de Educación.
<b>Ley 124 de 1994</b>	Por la cual se prohíbe el expendio de bebidas embriagantes a menores de edad y se dictan otras disposiciones.
<b>Ley 152 de 1994</b>	Por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo.
<b>Decreto 1108 de 1994</b>	Por el cual se sistematizan, coordinan y reglamentan algunas disposiciones en relación con el porte y consumo de estupefacientes y sustancias psicotrópicas.



<b>Decreto 1757 de 1994</b>	Por el cual se organiza y se establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 1 del artículo 4 del Decreto-Ley 1298 de 1994.
<b>Resolución 5165 de 1994</b>	Por medio de la cual se expiden los criterios, parámetros y procedimientos metodológicos para la elaboración y seguimiento de los planes sectoriales y de descentralización de la salud en los Departamentos y Distritos.
<b>Ley 136 de 1994</b>	Por la cual se dictan normas tendientes a modernizar la organización y el funcionamiento de los municipios.
<b>Decreto 1743 de 1994</b>	Por el cual se instituye el Proyecto de Educación Ambiental para todos los niveles de educación formal, se fijan criterios para la promoción de la educación ambiental no formal e informal y se establecen los mecanismos de coordinación entre el Ministerio de Educación nacional y el Ministerio del Medio Ambiente.
<b>Decreto 948 de 1995</b>	Por el cual se reglamentan, parcialmente, la Ley 23 de 1973, los artículos 33, 73, 74, 75 y 75 del Decreto-Ley 2811 de 1974; los artículos 41, 42, 43, 44, 45, 48 y 49 de la Ley 9 de 1979; y la Ley 99 de 1993, en relación con la prevención y control de la contaminación atmosférica y la protección de la calidad del aire.
<b>Decreto 969 de 1995</b>	Por el cual se organiza y reglamenta la red nacional de centros de reserva para la atención de emergencias.
<b>Ley 253 de 1996</b>	Por medio de la cual se aprueba el Convenio de Basilea sobre el control de los movimientos transfronterizos de los desechos peligrosos y su eliminación, suscrito en Basilea el 22 de marzo de 1989.
<b>Ley 294 de 1996</b>	Por la cual se desarrolla el artículo 42 de la Constitución Política de 1991 y se dictan normas para prevenir, remediar y sancionar la violencia intrafamiliar.
<b>Decreto 547 de 1996</b>	Por el cual se reglamenta el Título V de la Ley 09 de 1979, en cuanto a la expedición del registro Sanitario y a las condiciones sanitarias de producción, empaque y comercialización, al control de la sal para consumo humano y se dictan otras disposiciones sobre la materia
<b>Decreto 1791 de 1996</b>	Por medio del cual se establece el régimen de aprovechamiento forestal.
<b>Ley 361 de 1997</b>	Por la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación y se dictan otras disposiciones.
<b>Ley 383 de 1997</b>	Por la cual se expiden normas tendientes a fortalecer la lucha contra la evasión y el contrabando, y se dictan otras disposiciones.
<b>Naciones Unidas 1998</b>	Protocolo de Kioto de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático.
<b>Resolución 2358 de 1998</b>	Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental. Art. 77 del Decreto 1292 de 1994.
<b>Acuerdo 117 de 1998, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS)</b>	Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública.
<b>Ley 546 de 1999</b>	Por la cual se dictan normas en materia de vivienda, se señalan los objetivos y criterios generales a los cuales debe sujetarse el Gobierno Nacional para regular un sistema especializado para su financiación, se crean instrumentos de ahorro destinado a dicha financiación, se dictan medidas relacionadas con los impuestos y otros costos vinculados a la construcción y negociación de vivienda y se expiden otras disposiciones.
<b>Ley 629 de 2000</b>	Por medio de la cual se aprueba el Protocolo de Kioto de la

	Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático del 11 de diciembre de 1997.
<b>Decreto 2676 de 2000</b>	Por el cual se reglamenta la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares.
<b>Resolución 412 de 2000</b>	Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.
<b>Ley 607 de 2001</b>	Por medio de la cual se modifica la creación, funcionamiento y operación de las Unidades Municipales de Asistencia Técnica Agropecuaria (Umata), y se reglamenta la asistencia técnica directa rural en consonancia con el Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología.
<b>Ley 670 de 2001</b>	Por medio de la cual se desarrolla parcialmente el artículo 44 de la Constitución Política para garantizar la vida, la integridad física y la recreación del niño expuesto al riesgo por el manejo de artículos pirotécnicos o explosivos.
<b>Ley 691 de 2001</b>	Mediante la cual se reglamenta la participación de los grupos étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia.
<b>Ley 715 de 2001</b>	Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias, de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política de 1991 y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.
<b>Decreto 330 de 2001</b>	Por el cual se expiden normas para la constitución y funcionamiento de Entidades Promotoras de Salud, conformadas por cabildos y autoridades tradicionales indígenas.
<b>Ley 745 de 2002</b>	Por la cual se tipifica como contravención el consumo y porte de dosis personal de estupefacientes o sustancias que produzcan dependencia, con peligro para los menores de edad y la familia.
<b>Ley 762 de 2002</b>	Por medio de la cual se aprueba la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, suscrita en la ciudad de Guatemala el 7 de junio de 1999.
<b>Ley 789 de 2002</b>	Por la cual se dictan normas para apoyar el empleo y ampliar la protección social y se modifican algunos artículos del Código Sustantivo de Trabajo.
<b>Ley 790 de 2002</b>	Renovación de la Administración Pública.
<b>Decreto 1713 de 2002</b>	Por el cual se reglamenta la Ley 142 de 1994, la Ley 632 de 2000 y la Ley 689 de 2001, en relación con la prestación del servicio público de aseo, así como el Decreto Ley 2811 de 1974 y la Ley 99 de 1993, en relación con la Gestión Integral de Residuos Sólidos.
<b>Resolución 01164 de 2002</b>	Por la cual se adopta el Manual de Procedimientos para la Gestión Integral de los residuos hospitalarios y similares.
<b>OMS 2003</b>	El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.
<b>Ley 811 de 2003</b>	Por medio de la cual se modifica la Ley 101 de 1993, se crean las organizaciones de cadenas en el sector agropecuario, pesquero, forestal, acuícola, las Sociedades Agrarias de Transformación (SAT), y se dictan otras disposiciones.
<b>Ley 906 de 2004</b>	Por la cual se expide el Código de Procedimiento Penal.
<b>Decreto 1072 de 2004</b>	Por el cual se reglamenta el Servicio Público de Transporte por Cable de Pasajeros y Carga.
<b>Decreto 4175 de 2004</b>	Por el cual se establece la prima de seguridad, se fija un sobresueldo

	para algunos empleos del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (Inpec) y se dictan otras disposiciones.
<b>Sentencia T-025 de 2004</b>	Tutela los derechos de la población en condición de desplazamiento.
<b>De 2005</b>	Reglamento Sanitario Internacional.
<b>De 2005</b>	Encuesta Nacional de la Situación en Salud del año 2005.
<b>Ley 994 de 2005</b>	Por medio de la cual se aprueba el Convenio de Estocolmo sobre Contaminantes Orgánicos Persistentes, Estocolmo, 2001.
<b>Decreto 195 de 2005</b>	Por el cual se adoptan límites de exposición de las personas a campos electromagnéticos, se adecuan procedimientos para la instalación de estaciones radioeléctricas y se dictan otras disposiciones.
<b>Decreto 838 de 2005</b>	Por el cual se modifica el Decreto 1713 de 2002 sobre disposición final de residuos sólidos y se dictan otras disposiciones.
<b>Decreto 1538 de 2005</b>	Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 361 de 1997.
<b>Acuerdo 326 de 2005</b>	Por medio del cual se adoptan algunos lineamientos para la organización y funcionamiento del Régimen Subsidiado de los pueblos indígenas.
<b>Conpes 3375 de 2005</b>	Política Nacional de Sanidad Agropecuaria e Inocuidad de Alimentos para el Sistema de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias.
<b>Ley 1098 de 2006</b>	Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia.
<b>Decreto 1011 de 2006</b>	Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
<b>Decreto 2323 de 2006</b>	Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 09 de 1979 en relación con la Red Nacional de Laboratorios y se dictan otras disposiciones.
<b>Resolución 3577 de 2006</b>	Plan Nacional de Salud Bucal.
<b>Ley 1122 de 2007</b>	Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
<b>Ley 1145 de 2007</b>	Por medio de la cual se organiza el Sistema Nacional de Discapacidad y se dictan otras disposiciones.
<b>Ley 1159 de 2007</b>	Por medio de la cual se aprueba el Convenio de Rotterdam para la aplicación del Procedimiento de Consentimiento Fundamentado previo a ciertos Plaguicidas y Productos Químicos Peligrosos, Objeto de Comercio Internacional, suscrito en Rotterdam el 10 de septiembre de 1998.
<b>Ley 1164 de 2007</b>	Tiene por objeto establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética del Talento Humano del área de la salud mediante la articulación de los diferentes actores que intervienen en estos procesos.
<b>Ley 1176 de 2007</b>	Modifica la Ley 715 de 2001 sobre el Sistema General de Participaciones.
<b>Conpes 3376 de 2005, Conpes 3458 de 2007, Conpes 3468 de 2007</b>	Política Nacional de Sanidad Agropecuaria e Inocuidad por cadena productiva.
<b>Conpes 109 de 2007</b>	Política Pública Nacional de Primera Infancia "Colombia por la primera infancia".
<b>2008-2011</b>	Plan de Respuesta Nacional al VIH para el período 2008-2010.
<b>Ley 1185 de 2008</b>	Por la cual se modifica y adiciona la Ley 397 de 1997, Ley General de Cultura, y se dictan otras disposiciones. Especialmente en lo referente a las normas sobre patrimonio cultural, fomentos y estímulos a la cultura.

<b>Ley 1196 de 2008</b>	Por medio de la cual se aprueba el Convenio de Estocolmo sobre Contaminantes Orgánicos Persistentes, suscrito en Estocolmo el 22 de mayo de 2001, la Corrección al artículo 1º del texto original en español, del 21 de febrero de 2003, y el Anexo G al Convenio de Estocolmo del 6 de mayo de 2005.
<b>Ley 1242 de 2008</b>	Por la cual se establece el Código Nacional de Navegación y Actividades Portuarias Fluviales y se dictan otras disposiciones.
<b>Ley 1251 de 2008</b>	Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores.
<b>Ley 1257 de 2008</b>	Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres; se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones.
<b>Resolución 425 de 2008</b>	Por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del PST, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales.
<b>Resolución 910 de 2008</b>	Por la cual se reglamentan los niveles permisibles de emisión de contaminantes que deberán cumplir las fuentes móviles terrestres, se reglamenta el artículo 91 del Decreto 948 de 1995 y se adoptan otras disposiciones.
<b>Conpes 113 de 2008</b>	Política Nacional de seguridad Alimentaria y Nutricional (PSAN).
<b>Conpes 3550 de 2008</b>	Lineamientos para la formulación de la política integral de salud ambiental con énfasis en los componentes de calidad de aire, calidad de agua y seguridad química.
<b>Ley 1276 de 2009</b>	A través de la cual se modifica la Ley 687 del 15 de agosto de 2001 y se establecen nuevos criterios de atención integral del adulto mayor en los centros vida.
<b>Ley 1287 de 2009</b>	Adición de la Ley 361 de 2007 (Discapacidad).
<b>Ley 1295 de 2009</b>	Por la cual se reglamenta la atención integral de los niños y las niñas de la primera infancia de los sectores clasificados como 1, 2 y 3 del Sisben.
<b>Ley 1333 de 2009</b>	Por la cual se establece el procedimiento sancionatorio ambiental y se dictan otras disposiciones.
<b>Ley 1335 de 2009</b>	Disposiciones por medio de las cuales se previenen daños a la salud de los menores de edad y la población no fumadora, además se estipulan políticas públicas para la prevención del consumo del tabaco y el abandono de la dependencia del tabaco del fumador y sus derivados dentro de la población colombiana.
<b>Ley 1346 de 2009</b>	Por medio de la cual se aprueba la Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad, adoptada por la Asamblea General de la Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006.
<b>Decreto 2941 de 2009</b>	Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley de 1997, modificada por la Ley 1185 de 2008, en lo correspondiente al Patrimonio Cultural de la Nación de naturaleza inmaterial.
<b>Decreto 2957 de 2010</b>	Por el cual se expide un marco normativo para la protección integral de los derechos del grupo étnico Rom o Gitano.
<b>Decreto 2968 de 2010</b>	Por el cual se crea la Comisión Intersectorial para la Promoción y Garantía de Derechos Sexuales y Reproductivos.
<b>Decreto 3696 de 2009</b>	Por el cual se modifica el Decreto 969 de 1995 (Atención de emergencias).
<b>Decreto 4911 de 2009</b>	Por el cual se modifican los artículos 2, 5, 8, 10, 14, 24 y 25 del Decreto 951 de 2001 y se dictan otras disposiciones en relación con el subsidio familiar de vivienda para la población en situación de

	desplazamiento.
<b>2010-2015</b>	Plan Estratégico Colombia Libre de Tuberculosis 2010-2015, Para la Expansión y Fortalecimiento de la Estrategia Alto a la TB.
<b>2010-2015</b>	Plan Estratégico de Colombia para aliviar la carga de la enfermedad y sostener las actividades de control de la Lepra.
<b>Ley 1384 de 2010</b>	Se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia.
<b>Ley 1388 de 2010</b>	Por el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia, disminuir la tasa de mortalidad por cáncer en niños y niñas menores de 18 años a través de una detección temprana y tratamiento integral.
<b>Ley 1393 de 2010</b>	Por la cual se definen rentas de destinación específica para la salud, se adoptan medidas para promover actividades generadoras de recursos para la salud, para evitar la evasión y la elusión de aportes a la salud, se redireccionan recursos en el interior del sistema de salud y se dictan otras disposiciones.
<b>Ley 1438 de 2011</b>	Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
<b>Ley 1448 de 2011</b>	Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones.
<b>Ley 1450 de 2011</b>	Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014.
<b>Ley 1454 de 2011</b>	Por la cual se dictan normas orgánicas sobre ordenamiento territorial y se modifican otras disposiciones.
<b>Decreto 2893 de 2011</b>	Por el cual se modifican los objetivos, la estructura orgánica y funciones del Ministerio del Interior y se integra el Sector Administrativo del Interior.
<b>Decreto 4107 de 2011</b>	Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social.
<b>Conpes 140 de 2011</b>	Modificación a Conpes Social 91 del 14 de junio de 2005: Metas y estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2015.
<b>Conpes 147 de 2011</b>	Prevención del embarazo en adolescentes.
<b>Ley 1523 de 2012</b>	Por la cual se adopta la Política Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y se establece el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres, además de dictar otras disposiciones.
<b>Ley 1562 de 2012</b>	Ley de Riesgos Laborales.
<b>Decreto 734 de 2012</b>	Por el cual se reglamenta el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública y se dictan otras disposiciones.
<b>Decreto 2482 de 2012</b>	Por el cual se establecen los lineamientos generales para la integración de la planeación y la gestión.
<b>Decreto 2734 de 2012</b>	Por el cual se reglamentan las medidas de atención a las mujeres víctimas de violencia.
<b>Decreto 4800 de 2011</b>	Tiene por objeto establecer los mecanismos para la adecuada implementación de las medidas de asistencia, atención y reparación integral a las víctimas de que trata el artículo 3 de la Ley 1448 de 2011, para la materialización de sus derechos constitucionales.
<b>Resolución 4505 de 2012</b>	Por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento.
<b>Conpes 155 de 2012</b>	Política Farmacéutica Nacional.
<b>Conpes 3726 de 2012</b>	Lineamientos, Plan de ejecución de metas, presupuesto y mecanismos de seguimiento para el Plan Nacional de Atención y

	Reparación Integral a Víctimas.
<b>Ley 1616 de 2013</b>	Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones.
<b>Ley 1618 de 2013</b>	Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad.
<b>Ley 1620 de 2013</b>	Por la cual se crea el Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para el Ejercicio de los Derechos Humanos, la Educación para la Sexualidad y la Prevención y Mitigación de la Violencia Escolar.
<b>Decreto 723 de 2013</b>	Por el cual se reglamenta la afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales de las personas vinculadas a través de un contrato formal de prestación de servicios con entidades o instituciones públicas o privadas y de los trabajadores independientes que laboren en actividades de alto riesgo, además de dictar otras disposiciones.
<b>Decreto 1695 de 2013</b>	Por el cual se reglamenta la Ley 1620 de 2013, que crea el Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para el Ejercicio de los Derechos Humanos, la Educación para la Sexualidad y la Prevención y Mitigación de la Violencia Escolar.
<b>Resolución 1450 de 2013</b>	Por la cual se adopta la metodología para la formulación y evaluación previa de proyectos de inversión susceptibles de ser financiados con recursos del presupuesto general de la Nación y de los presupuestos territoriales
<b>Resolución 1841 de 2013</b>	Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.
<b>Resolución 2674 de 2013</b>	Por la cual se reglamenta el artículo 126 del Decreto Ley 019 del 2012 y se dictan otras disposiciones (Invima).
<b>Resolución 4015 de 2013</b>	Por el cual se establecen los términos y se adopta la metodología para la elaboración de los planes financieros territoriales de salud por parte de los departamentos y distritos, además de adoptar otras disposiciones.
<b>Decreto 859 de 2014</b>	Por el cual se reglamenta el parágrafo 1 del artículo 7 de la Ley 1438 de 2011.
<b>Resolución 1281 de 2014</b>	Por la cual se definen lineamientos para integrar la información generada por el Observatorio Nacional de Salud.

Fuente: PDSP 2012-2021 complementado (MSPS 2013).

## Anexo II

### **Hitos 2012-2013: Inicio período Constitucional Territorial 2012-2015 y Adopción PDSP 2012-2021**

En el año 2012 se posesionaron los actuales alcaldes y gobernadores, quienes bajo las orientaciones del MSPS formularon los PTS con base en el Plan Nacional de Salud.

Simultáneamente, el MSPS avanzó, en cumplimiento del mandato establecido en la Ley 1438 de 2011, con la elaboración del PDSP 2012-2021, para lo cual adelantó un proceso de consulta ciudadana y recogió el ejercicio de definición técnica realizado el año anterior. Este Plan se adoptó mediante la

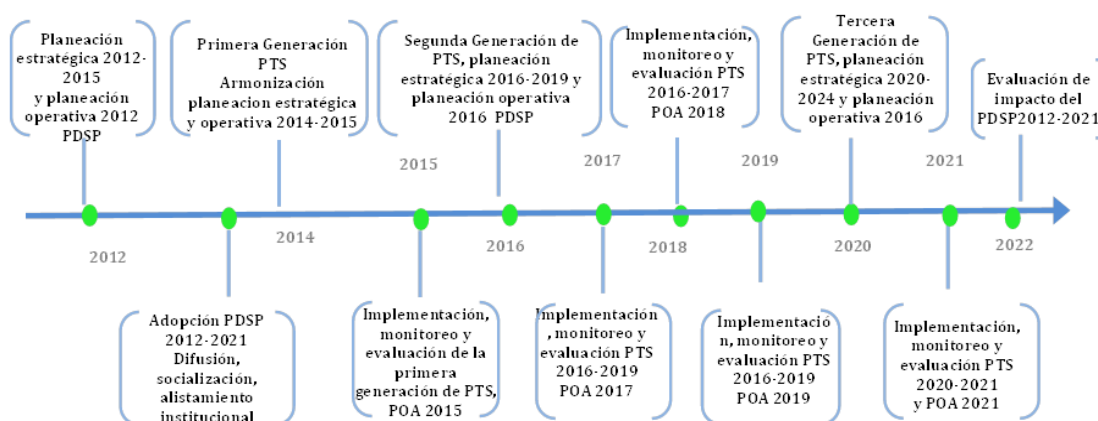


Resolución 1841 de 2013 y se difundió en todo el territorio nacional. De igual manera, la Resolución 1841 de 2013 comprometió a los territorios, a través de los PTS, a liderar la ejecución de este Plan.

Dada la anterior responsabilidad, el MSPS avanzó con el diseño metodológico y conceptual para elaborar los nuevos PTS y armonizarlos con los PTS realizados en el marco del Plan Nacional de Salud (estrategia que se encuentra actualmente en proceso de implementación).

En la figura 24 se ilustra la línea de tiempo de los PTS y la agenda de gestión pública territorial, además se visibilizan los principales hitos a considerar durante la implementación del PDSP 2021-2021.

Figura 24. Línea de tiempo de los PTS



PDSP: Plan Decenal de Salud Pública. PTS: Plan Territorial de Salud Pública. PND: Plan Nacional de Desarrollo. PDT: Planes de Desarrollo Territoriales.

### 1. Hito 2014: Primera Generación Planes Territoriales de Salud, armonización planeación estratégica y operativa 2014-2015

Durante el año 2014, de acuerdo con los lineamientos que defina el MSPS, departamentos, distritos y municipios deben formular los PTS y aprobarlos en los respectivos concejos y asambleas, según corresponda. Así mismo, deben armonizarlos con los planes de desarrollo y presupuestos, con el fin de garantizar recursos para su ejecución en la vigencia 2015.

Para facilitar este proceso, el MSPS adelantará una estrategia de capacitación y asistencia técnica que incluirá metodologías, instrumentos y acompañamiento a los territorios. Así mismo, avanzará con la conformación y reglamentación de la Comisión intersectorial, que cumple un rol importante en



términos de diseño de directrices para que los territorios realicen la articulación transectorial.

Es importante considerar que durante este año se formula el nuevo Plan Nacional de Desarrollo, razón por la cual el MSPS como rector del sector y líder del PDSP tiene la responsabilidad de realizar una labor de abogacía ante los demás Ministerios y el DNP, no sólo para que en el próximo Plan Nacional de Desarrollo queden incluidos programas y proyectos que incidan en el cumplimiento de los objetivos previstos en el PDSP, sino también para sensibilizarlos y vincularlos como actores activos y comprometidos con la ejecución del mismo.

## **2. Hito 2015: Implementación, monitoreo y evaluación de la primera generación de PTS y POA 2015**

El 2015 será un año de ejecuciones, dado que el PTS 2014-2015 ya debe estar armonizado con los diferentes instrumentos de la gestión pública.

Teniendo en cuenta que en esta vigencia culmina el período constitucional en los territorios, los mandatarios salientes deben evaluar el cumplimiento de los PTS de Primera Generación. Dicha evaluación debe quedar plasmada en un documento que constituya una parte integral del Acta Informe de Gestión<sup>44</sup> que debe entregar el mandatario saliente como parte del **proceso de empalme**.<sup>45</sup>

De igual manera, será necesario que el MSPS defina los mecanismos idóneos para que exista una transición armoniosa de gobierno con el fin de evitar la generación de traumatismos en relación con la ejecución de las estrategias que se estén adelantando en materia de salud pública. El proceso de empalme es importante para que el nuevo mandatario y su equipo conozcan en detalle la situación de la salud pública en el territorio y reflexionen sobre los temas estratégicos, para que identifiquen los proyectos que son armónicos con el programa de gobierno y a los cuales es necesario darles continuidad; para que seleccionen posibles indicadores y líneas de base en relación con los resultados a alcanzar durante el período de gobierno; para que evalúen los recursos e instrumentos disponibles y la capacidad de la Administración territorial para avanzar en su cumplimiento; y para que identifiquen los aliados estratégicos y los

---

<sup>44</sup> Es el documento físico a través del cual se formaliza el proceso de empalme, su elaboración es obligatoria y debe realizarse de acuerdo con lo definido en la Resolución Orgánica 5674 de 2005, la cual establece en su artículo 5 que “los sujetos de vigilancia y control fiscal de la Contraloría General de la República, están en la obligación dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la dejación, retiro del cargo o finalización de su administración, y quienes al término de su período fueron ratificados, de presentar a quienes los sustituyan legal o reglamentariamente en el ejercicio de sus funciones, a la Oficina de Control Interno de la Entidad y a la Contraloría General de la República, el Acta de Informe de Gestión de los asuntos de su competencia, que deberá contener la gestión de los recursos financieros, humanos y administrativos que tuvieron asignados durante el desarrollo de sus funciones, conforme a las formalidades previstas en la Ley 951 de 2005 y la presente resolución”.

<sup>45</sup> A través de este proceso el mandatario saliente entrega la Administración y el candidato elegido la recibe.

espacios de participación social que pueden complementar la capacidad de la Administración para gestionar el plan territorial de salud pública.<sup>46</sup>

Adicionalmente, se debe tener en cuenta que en este año la gestión pública se realizará dentro de un ambiente electoral, el cual debe aprovecharse para incidir en los Programas de Gobierno. Cabe anotar que los mandatarios deben orientar su gestión al cumplimiento de los compromisos adquiridos democráticamente y para favorecer el voto programático,<sup>47</sup> por lo tanto, se deben desarrollar estrategias de sensibilización y socialización del PDSP en las que se involucre a los partidos políticos, a las federaciones de departamentos, municipios, concejos, asambleas y la comunidad en general. El objetivo de estas acciones de comunicación es incidir, de una parte, para que la ciudadanía vote por aquellos candidatos que incorporen en sus programas de gobierno estrategias para avanzar en las metas del Plan, y de otra, para que los Concejos y Asambleas, como responsables de coadministrar y ejercer poder político sobre los respectivos gobiernos territoriales, contribuyan con su cumplimiento a través de la aprobación del plan de desarrollo territorial y los presupuestos anuales, entre otros.<sup>48</sup>

### **3. Hito 2016-2019: Segunda Generación de PTS**

Teniendo en cuenta que durante esta vigencia se formulan los PTS de segunda generación y los Planes de Desarrollo Territoriales, el MSPS, en coordinación con el DNP, deberá definir lineamientos metodológicos para articular ambos procesos y evitar traumatismos en los territorios.

A partir de los anteriores lineamientos, y tomando como referencia los insumos entregados por su antecesor, el nuevo mandatario elaborará de manera participativa el nuevo PTS y lo someterá a consideración del cuerpo colegiado de la Administración para su aprobación. Así mismo, armonizará los PTS con los demás instrumentos operativos.

Desde el año 2017 y hasta finalizar el período Constitucional, la Administración debe realizar monitoreo, evaluación y rendición de cuentas anual sobre el avance del PTS.

### **4. Hito 2020: Tercera Generación de PTS, planeación estratégica 2020-2024 y planeación operativa 2020**

Este hito es muy importante porque es el último período Constitucional en el cual se van a adelantar acciones en el marco del PDSP 2012-2021. Por ello,

---

<sup>46</sup> Recomendaciones para el proceso de empalme de los mandatarios territoriales 2011-2012 (DNP 2011).

<sup>47</sup> Ley 131 de 1994.

<sup>48</sup> Para avanzar en esta estrategia es necesario tener en cuenta el calendario electoral, el cual, de acuerdo con la Ley 163 de 1994, se realizará el último domingo de octubre de 2015 y las inscripciones de los candidatos 55 días antes de la respectiva elección.

deben orientarse todos los esfuerzos y recursos para garantizar que se ejecute la totalidad de las estrategias previstas en las dimensiones y componentes.

Teniendo en cuenta que en 2020 se posesionan los nuevos gobernantes territoriales, las autoridades deben considerar las actividades previstas en los hitos 2015 y 2016 que permitan la formulación y gestión de la tercera generación de PTS.

#### **5. Hito 2021-2022: Evaluación de impacto del PDSP 2012-2021**

En el año 2021 termina la vigencia del PDSP, razón por la cual resulta necesario que los territorios realicen una evaluación de la contribución que sus PTS hicieron al logro de las metas del PDSP. El MSPS definirá las metodologías, los lineamientos y mecanismos para adelantar esta actividad.

De igual manera, el MSPS, en coordinación con la Dirección de Evaluación y Seguimiento de Políticas Públicas del DNP, realizará una evaluación sobre el impacto de la política.