

Adopción del modelo de Determinantes Sociales de la Salud según la Ley Estatutaria en Salud: ¿Avance en Política Pública?

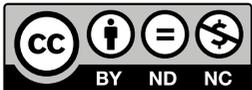
Adoption of the Social Determinants of Health (SDH) Model according to the Statutory Law on Health: Is it an Advance in Public Policy?

Por: Isabel Cristina Jaimes Montaña¹ & Consuelo Vélez Álvarez²

1. Candidata a Doctora en Ciencias de la Salud. Universidad de Caldas. Colombia Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0882-4226> Scholar: <https://scholar.google.es/citations?hl=es&user=ncPaVqMAAAA> Contacto: isabel.jaimes@ucaldas.edu.co

2. Docente Investigadora Universidad de Caldas. Colombia Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7274-7304> Scholar: <https://scholar.google.es/citations?user=pMEp5RAAAA&hl=es> Contacto: consuelovelez@ucaldas.edu.co

 OPEN ACCESS



Copyright: © 2021 Revista El Ágora USB.

La Revista El Ágora USB proporciona acceso abierto a todos sus contenidos bajo los términos de la licencia [creative commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/) Atribución–NoComercial–SinDerivar 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0)

Tipo de artículo: Investigación

Recibido: agosto de 2020

Revisado: octubre de 2020

Aceptado: enero de 2021

Doi: 10.21500/16578031.5159

Citar así: Jaimes Montaña, I. C. & Vélez Álvarez, C. (2021). Adopción del modelo de Determinantes Sociales de la Salud según la Ley Estatutaria en Salud: ¿Avance en Política Pública? *El Ágora USB*. 21(2), 629–653.

Doi: 10.21500/16578031.5159

Resumen:

Con la Ley 1751 de 2015 se reconoció el carácter fundamental del derecho a la salud en Colombia, la norma incluyó una conceptualización de salud a partir del modelo de los Determinantes Sociales de la Salud como aspecto integral para su materialización y goce efectivo de derechos. Ahora bien, para que el derecho fundamental a la salud sea una realidad, todos los actores del sistema, deberán entender la salud de una manera distinta, como un concepto integral e integrador, dentro de un marco de referencia que involucre los DSS y que cambie la mirada asistencialista del sistema hacia promocionar la salud y prevenir la enfermedad. Este trabajo analizó el avance de la política pública en salud a partir de una revisión teórica, legislativa y de 26 Planes de Desarrollo Departamental. Se evidencia en dichos documentos oficiales una orientación de la política pública bajo el modelo adoptado en la Ley.

Palabras Clave: Política Gubernamental; Política de la salud; Derecho a la salud; Política de desarrollo; Programas de desarrollo.

Abstract:

With Law 1751 of 2015, the fundamental nature of the right to health in Colombia was recognized. The norm included a conceptualization of health from the model of the Social Determinants of Health (SDH) as an integral aspect for its materialization and effective enjoyment of rights. However, for the fundamental right to health to become a reality, all the stakeholders in the system must understand health in a different way, as an integral and integrating concept, within a frame of reference, which involves SDH and that changes the assistance-based approach of the system toward the promotion of health and the prevention of disease. This work analyzed the progress of public health policy based on a theoretical and legislative review and 26 Departmental Development Plans. It is evident in these official documents an orientation of public policy under the model adopted in the Law.

Keyword: Governmental Policy; Health Policy; Right to Health; Development Policy; and Development Programs.

Introducción

La salud es un Derecho Humano Fundamental reconocido desde la jurisprudencia internacional en el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) de 1966: Parte III Artículo 12. “Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1966).

En Colombia, a pesar que este pacto se adoptó con la Ley 74 de 1968 (Congreso de la República de Colombia, 1968); el desarrollo jurisprudencial y legislativo del derecho a la salud ha tenido una evolución particular desde su inclusión no explícita en la Carta Magna y su reglamentación subsecuente, lo que ha dado paso al fenómeno de judicialización del derecho a la salud, en el que la utilización de la vía judicial para garantizar el acceso a la atención en salud se ha constituido en una estrategia efectiva para lograr la garantía del derecho a la salud. (Vidal & Di Fabio, 2017), es por ello que, a partir de la Ley 1751 de 2015, Ley Estatutaria en Salud (LES) (Congreso de la República de Colombia, 2015) se reconoce en el texto de la norma el carácter de fundamental a este derecho en Colombia.

Sobre los antecedentes normativos de esta Ley, cabe destacar la Sentencia T 760 de 2008, que fue el resultado del análisis de una selección de 21 acciones de tutela interpuestas por ciudadanos a quienes se les había vulnerado el derecho a la salud, para tener una visión lo más comprensiva posible del tipo de problemas que habían llevado a los tutelantes a acudir a la justicia constitucional para obtener la satisfacción de sus derechos, identificando que los problemas presentados, estaban representados desde el acceso efectivo al sistema de salud, hasta la financiación de los servicios no incluidos en el plan básico de prestaciones en salud. (Defensoría del Pueblo, 2016) Se considera que esta Sentencia hito generó las bases de la transformación de la conceptualización de salud en Colombia, pasando de ser un servicio público a cargo del Estado a un derecho humano fundamental. (Jimenez et al., 2016).

Posteriormente, se promulgó en el 2011 la Ley 1438, esta Ley obedece a lineamientos de la Sentencia T 760 de 2008 y tuvo como objeto: “el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que, en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud (APS) permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país”. (Congreso de la República de Colombia, 2011).

Aunque no se considera una reforma estructural al sistema de salud colombiano, la 1438 permitió un adelanto puesto que, organizó la gestión del sistema, corrigió fallas operativas y, sobre todo, enfrentó violaciones de los diferentes actores a las leyes anteriores, cuyas obligaciones ya estaban establecidas, sin embargo, de acuerdo con Franco Giraldo, aunque esta Ley (Congreso de la República de Colombia, 2011) en su Artículo 3 modificó los principios rectores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), mas no resolvió desatinos sustantivos del sistema como la crisis de la salud, la intermediación y la corrupción, puede considerarse la apertura de una nueva fase de la reforma en salud colombiana. (Franco Giraldo, 2012)

Así, con la Ley 1438 de 2011 se dio el primer avance hacia la incorporación del modelo de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) a la conceptualización normativa de la salud, al definir la *intersectorialidad* como principio general del SGSSS y ordenar al Ministerio de la Protección Social la elaboración del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP). (Congreso de la República de Colombia, 2011; García Ruiz et al., 2015).

El PDSP 2012-2021, representa un pacto social y un mandato ciudadano que define el accionar articulado entre actores y sectores públicos, privados y comunitarios para crear condiciones que garanticen el bienestar integral y la calidad de vida en Colombia. Constituye la carta de navegación que plantea la línea de trabajo para consolidar las capacidades técnicas nacionales y territoriales para la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de estrategias de intervención colectiva e individual del sector salud y otros sectores para el diseño e implementación de las políticas de salud en Colombia. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

El plan decenal incorporó en sus marcos conceptuales el modelo de los DSS propuesto por la Comisión de DSS de la Organización Mundial de la Salud (OMS). (García Ruiz et al., 2015; Ministerio de Salud y Protección Social, 2012) De esta manera, el modelo conceptual del PDSP se orienta a: 1) la afectación positiva de los determinantes estructurales de la salud (equidad social); 2) sentar las bases para un cambio en el enfoque de la gestión en salud (capital social y desarrollo humano); y 3) mejorar las condiciones de vida y salud (determinantes intermediarios de la salud). (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

Más adelante, con el Decreto 859 de 2014, se creó la Comisión Intersectorial de Salud Pública; integrada por representantes de nueve ministerios y tres departamentos administrativos, con la misión principal de la coordinación de las actividades y el desarrollo de políticas públicas que permitan intervenir los DSS. Esta comisión tiene la tarea de velar por la implementación de políticas que mitiguen el impacto de los determinantes sociales en el aumento de las inequidades en salud. (García Ruiz et al., 2015; Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2014).

A partir de los antecedentes presentados, el objetivo de este manuscrito es analizar el avance de la política pública en salud a partir de la adopción del modelo conceptual de los DSS en el marco de la LES.

Metodología

Se realizó una revisión documental de los instrumentos normativos de carácter constitucional, jurisprudencial, legal y reglamentario nacionales e internacionales; para esto se llevó a cabo un rastreo de normas vigentes (pactos, declaraciones, sentencias, leyes, acuerdos, decretos, planes, programas) y de literatura científica relacionada con el objetivo de la investigación. Con una técnica de análisis crítico que consiste en la interpretación del significado de los documentos revisados en contexto y con contrastación teórica. (Valles, 1999).

Se analizó el texto y articulado de la LES con énfasis en la conceptualización de salud y contrastación teórica con el modelo de los DSS de la OMS. Finalmente, para la aplicación de

dicho análisis se realizó una revisión de los Planes de Desarrollo Departamental (PDD) de departamentos representativos de las regiones naturales de Colombia; para ello se seleccionaron 26 departamentos mediante un muestreo aleatorio estratificado para proporciones según departamentos y regiones. Se trabajó con un error del 10% y se asumió que el 50% de los departamentos actualizaron su PDD a 2016; finalmente quedó una muestra representativa conformada de la siguiente manera: (Tabla 1)

Tabla 1. Conformación de la muestra de departamentos de Colombia y Planes de Desarrollo Departamental seleccionados para revisión

Región	Departamentos	PDD 2016-2019
Amazonía	Amazonas	"Gestión y Ejecución para el bienestar, la conservación Ambiental y la Paz"
	Caquetá	"Con usted hacemos más por el Caquetá"
	Guaviare	"Guaviare Paz y Desarrollo Social"
	Putumayo	"Putumayo Territorio de Paz, Biodiverso y Ancestral. Juntos Podemos Transformar"
	Vaupés	"Vaupés un Compromiso de Todos"
Andina	Boyacá	"Creemos en Boyacá, tierra de paz y libertad"
	Caldas	"Caldas Territorio De Oportunidades"
	Cundinamarca	"Unidos podemos más"
	Huila	"El camino es la educación"
	Norte de Santander	"Un Norte productivo para todo"
	Quindío	"En Defensa del Bien Común"
	Risaralda	"Risaralda Verde y Emprendedora"
	Santander	"Santander nos une"
	Tolima	"Soluciones que transforman"
	Caribe	Atlántico
Cesar		"El Camino del Desarrollo y la Paz"
La Guajira		"Oportunidad para Todos y Propósito de País"
Magdalena		"Magdalena Social, ¡es la vía!"
San Andrés y Providencia		"Los que soñamos somos más"
Sucre		"Sucre progresa en paz"
Orinoquía	Arauca	"Humanizando el desarrollo"
	Meta	"Meta Tierra de Oportunidades, Inclusión, Reconciliación y Equidad"
	Vichada	"Construyamos Vichada"
Pacífica	Chocó	"Oportunidades para todas las subregiones"
	Nariño	"Nariño Corazón del Mundo"
	Valle del Cauca	"El Valle está en vos"

Fuente: elaboración propia

Se revisaron los planes formulados a partir del 2015 correspondientes al período de gestión 2016-2020. Para acceder a estos documentos fueron consultadas las páginas web oficiales de cada Gobernación.

Para el análisis crítico de los PDD se usaron categorías conceptuales definidas a partir del Informe de la Comisión sobre DSS (Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud., 2008), (Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud., 2008, Declaración de Adelaida (Organización Mundial de la Salud, 2010) y LES (Congreso de la República de Colombia, 2015):

- ¿El plan tuvo un proceso de formulación participativo y con integración de los diferentes sectores de la población e instituciones?
- ¿Se hace explícito en el documento el abordaje de los DSS en la conceptualización de salud del plan?
- ¿Hay evidencia de un enfoque de gestión con principios de equidad?
- ¿Contempla metas e indicadores de resultados orientados a una afectación positiva de los DSS?
- ¿Se evidencia la intencionalidad del avance en política pública de salud (formulación, implementación o evaluación)?

Se empleó una metodología de investigación documental que partió de la revisión de documentos de diferentes tipos, atendiendo a la pregunta de investigación: ¿Cómo ha sido el avance en política pública en salud a partir de la adopción del modelo conceptual de los DSS en el marco de la LES?

Resultados

Análisis de la conceptualización de salud en la Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria en Salud)

Las leyes estatutarias desarrollan los textos constitucionales que reconocen y garantizan los derechos fundamentales. (Jimenez et al., 2016) La Constitución Política de Colombia en su Artículo 152 enuncia que, mediante las leyes estatutarias, el Congreso de la República puede regular entre otras materias, los derechos y deberes fundamentales de las personas y los procedimientos y recursos para su protección. (Asamblea Nacional Constituyente, 1991) De acuerdo a lo anterior, la LES, tiene como Objeto: Artículo 1. “Garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección”. (Congreso de la República de Colombia, 2015).

Esta Ley está compuesta por IV Capítulos y 26 artículos. En la siguiente tabla se presenta un resumen. (Tabla 2)

Tabla 2. Estructura y Resumen de la Ley 1751 de 2015.

Capítulo	Artículos	Aspectos Relevantes
I: Objeto, elementos esenciales, principios, derechos y deberes	1. Objeto	Este es el capítulo principal de la Ley. Establece que el derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Esta ley aplica a todos los agentes, usuarios y demás que intervengan de manera directa o indirecta, en la garantía del derecho. Establece los elementos esenciales y principios interrelacionados del derecho, los cuales se deberán interpretar de manera armónica sin privilegiar alguno de ellos sobre los demás. En sujetos de protección especial por el Estado deberán adoptarse acciones afirmativas en beneficio para ellos. Determina las obligaciones, derechos y deberes tanto del afiliado como del Estado. También reconoce un tratamiento prioritario a las personas con una protección especial de sus derechos. Incorpora los conceptos de integralidad y determinantes sociales de la salud y establece seguimiento al goce efectivo del derecho.
	2. Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud.	
	3. Ámbito de aplicación	
	4. Definición de Sistema de Salud	
	5. Obligaciones del Estado	
	6. Elementos y principios del derecho fundamental a la salud.	
	7. Evaluación anual de los indicadores del goce efectivo	
	8. La integralidad	
	9. Determinantes sociales de salud.	
	10. Derechos y deberes de las personas, relacionados con la prestación del servicio de salud	
	11. Sujetos de especial protección	
II: Garantía y mecanismos de protección del derecho fundamental a la salud	12. Participación en las decisiones del sistema de salud	Establece el derecho de las personas a participar en las decisiones adoptadas por los agentes del sistema de salud que la afectan o interesan. Define la organización del sistema por redes integrales de servicios de salud públicas, privadas o mixtas. Prohíbe solicitar cualquier tipo de autorización administrativa para la atención cuando se trate de una urgencia. Establece la garantía del DS a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas. Regula los criterios para financiar con recursos públicos servicios y tecnologías en salud explícitamente excluidos, sin perjuicio de la acción de tutela. Establece las funciones de las juntas médicas de los prestadores de servicios de salud en cuanto a resolución de conflictos en diagnóstico o tratamiento.
	13. Redes de servicios.	
	14. Prohibición de la negación de prestación de servicios	
	15. Prestaciones de salud	
	16. Procedimiento de resolución de conflictos por parte de los profesionales de la salud.	
III: Profesionales y trabajadores de la salud	Artículo 17. Autonomía profesional	Se protege la autonomía profesional de cada médico tratante a la hora de establecer o determinar un diagnóstico con su respectivo tratamiento, se prohíben restricciones o dadas. Propende por condiciones laborales justas y dignas para los trabajadores de la salud.
	Artículo 18. Respeto a la dignidad de los profesionales y trabajadores de la salud	

Capítulo	Artículos	Aspectos Relevantes
IV: Otras disposiciones	Artículo 19. Política para el manejo de la información en salud.	Ordena la creación de políticas públicas importantes en materia de salud. Busca garantizar la disponibilidad de los servicios de salud para toda la población en el territorio nacional, en especial, en las zonas marginadas o de baja densidad poblacional. Protege los recursos públicos que financian la salud.
	Artículo 20. De la política pública en salud	
	Artículo 21. Divulgación de información sobre progresos científicos.	
	Artículo 22. Política de Innovación, Ciencia y Tecnología en Salud	
	Artículo 23. Política Farmacéutica Nacional	
	Artículo 24. Deber de garantizar la disponibilidad de servicios en zonas marginadas.	
	Artículo 25. Destinación e inembargabilidad de los recursos	
Artículo 26. Vigencia y derogatorias.		

Fuente: Tomada y adaptada de (Gómez & Builes, 2018) y el texto de la Ley 1751 de 2015 (Congreso de la República de Colombia, 2015).

El Artículo 2 de la LES expresa la naturaleza y desarrolla el contenido del derecho fundamental a la salud, así:

“El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado”. (Congreso de la República de Colombia, 2015).

De la conceptualización de salud que se deriva de este artículo, se destaca que incluye el ámbito colectivo del derecho a la salud, además parte una concepción positiva e integral de la salud por cuanto incluye la preservación, mejoramiento y promoción de la salud, es decir, comprende la salud más allá de la enfermedad. La Ley avanza en especificar la igualdad de trato y oportunidades de acceso a todas las actividades que comprende la gestión integral del riesgo en salud. Aunque hace explícita su prestación de acuerdo a la Constitución como servicio público a cargo del Estado, enfatiza su papel indelegable de dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control, especificado más adelante en el articulado de la LES.

De acuerdo al Artículo 5 el Estado será garante, revisor y custodio del cumplimiento del derecho, evitando al máximo cualquier tipo de violación. Con este fin y según el Artículo 6, es deber del Estado cumplir dentro de sus obligaciones con 4 elementos fundamentales para la garantía del derecho: 1) disponibilidad, 2) aceptabilidad, 3) accesibilidad e idoneidad y 4) calidad profesional. A partir de estos 4 elementos, en conjunto con el listado de

14 principios enunciados (que buscan el cumplimiento justo del derecho desde cualquier perspectiva promoviéndose ser universales, inclusivos, comprensivos, interculturales, dignos, equitativos y protectores, entre otros); se hace responsable directo al Estado tanto de su buen funcionamiento como de su vulneración. (Congreso de la República de Colombia, 2015).

El texto de la LES reconoce la *Equidad* como uno de los principios del derecho fundamental a la salud: Artículo 6. “El Estado debe adoptar políticas públicas dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección”. (Congreso de la República de Colombia, 2015).

El Artículo 9 de la LES representa el máximo reconocimiento de los DSS como conceptualización de la salud en el ordenamiento jurídico colombiano (García Ruiz et al., 2015):

“Determinantes sociales de salud. Es deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida. Estas políticas estarán orientadas principalmente al logro de la equidad en salud. El legislador creará los mecanismos que permitan identificar situaciones o políticas de otros sectores que tienen un impacto directo en los resultados en salud y determinará los procesos para que las autoridades del sector salud participen en la toma de decisiones conducentes al mejoramiento de dichos resultados”. (Congreso de la República de Colombia, 2015).

La LES retoma elementos del enfoque de conceptualización de la salud desde los DSS de la OMS, que los define como: “*las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen*”, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana. (Organización Mundial de la Salud, n.d., 2008) Estas fuerzas son políticas sociales, programas de desarrollo, normas y sistemas económicos y políticos. Las condiciones anteriores pueden ser altamente inequitativas y dar lugar a diferencias en los resultados en materia de salud. Cuando estas diferencias son inevitables se consideran como desigualdades, mientras que si estas diferencias pueden evitarse se consideran como inequidades. (Organización Mundial de la Salud, n.d.).

Los DSS son enunciados en la LES como: Parágrafo del Artículo 9. “aquellos factores que determinan la aparición de la enfermedad, tales como los sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos, [...]”. (Congreso de la República de Colombia, 2015).

Al reconocer la equidad como principio, la dimensión colectiva del derecho y al adoptar los DSS como componentes básicos del goce efectivo, comprende la ley la dimensión social de la salud, reconoce que la protección del derecho implica no solo la reducción de las enfermedades sino también el mejoramiento de la calidad de vida de la población, mediante el diseño e implementación de políticas públicas dirigidas a la reducción de las inequidades en salud. (García Ruiz et al., 2015).

El concepto de los DSS incorpora un amplio conjunto de determinantes que no se limitan al ámbito de los que son sociales por naturaleza. Los componentes básicos del marco conceptual de los DSS incluyen: a) el contexto socioeconómico y político, b) los determinantes estructurales, y c) los determinantes intermediarios. (Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud., 2008).

El modelo de los DSS, como vertiente de la epidemiología social anglosajona, reconoce la importancia de la comprensión de la dimensión social de la salud en interacción con la biología, teniendo en cuenta la relación entre pobreza, condiciones de trabajo y enfermedad, como elementos clave del proceso salud enfermedad; entendiendo la sociedad en su realidad poblacional como sumatoria de individuos. Las condiciones de vida se consideran como factores de riesgo, cuya relación con el individuo está dada por la probabilidad, en tiempo y lugar definidos. Los contextos sociales determinan la salud por las diferencias en educación, trabajo, ingresos y la cohesión social de los individuos y así definen la estratificación social, para finalmente entender los resultados en salud relacionados con el contexto social como un diferencial de exposición y vulnerabilidad explicando así la distribución de las inequidades de salud. Mas no tiene en cuenta las relaciones de poder de la sociedad. (Morales Borrero et al., 2013).

A su vez, la LES establece la evaluación y el seguimiento que deberán tener las políticas públicas en materia de salud cada año, a partir de indicadores del goce efectivo:

“Artículo 7. Evaluación anual de los indicadores del goce efectivo. El Ministerio de Salud y Protección Social divulgará evaluaciones anuales sobre los resultados de goce efectivo del derecho fundamental a la salud, en función de los elementos esenciales de accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad. Con base en los resultados de dicha evaluación se deberán diseñar e implementar políticas públicas tendientes a mejorar las condiciones de salud de la población. El informe sobre la evolución de los indicadores de goce efectivo del derecho fundamental a la salud deberá ser presentado a todos los agentes del sistema”. (Congreso de la República de Colombia, 2015).

La Corte Constitucional revisó la LES haciendo control de su constitucionalidad. En la Sentencia C 313 de 2014 se pronunció sobre la constitucionalidad del Proyecto de Ley Estatutaria N° 209 de 2013 Senado y N° 267 de 2013 Cámara. En lo relacionado con la conceptualización de salud y los DSS se resalta en esta sentencia el reconocimiento que hace la Corte en su jurisprudencia al modelo de los DSS (García Ruiz et al., 2015), así:

“La Corte ya ha emitido pronunciamientos en los que se entrevé la concepción de salud amplia que incorpora los determinantes sociales, pues, se trata de factores cuya incidencia en la salud es manifiesta y su desatención por parte del Estado puede convertir en vanos muchos de sus esfuerzos para lograr la realización efectiva de los derechos. Para la Sala no cabe duda de que la carencia de agua potable o las deficiencias nutricionales, solo por mencionar dos ejemplos, contribuyen al deterioro de la salud” (Corte Constitucional de Colombia, 2014).

También en cuanto a la conceptualización de salud, la Corte reconoce en esta sentencia las facetas positivas y negativas del derecho a la salud, así:

“El derecho a la salud tiene una marcada dimensión positiva, aunque también tiene dimensiones negativas. La jurisprudencia constitucional ha reconocido desde un inicio, que el Estado, o las personas, pueden violar el derecho a la salud, bien sea por una omisión, al dejar de prestar un servicio de salud, o bien por una acción, cuando realizan una conducta cuyo resultado es deteriorar la salud de una persona. En lo que respecta a las dimensiones negativas del derecho a la salud, de las cuales no se deriva la obligación de realizar una acción positiva, sino más bien, obligaciones de abstención, en tanto no suponen que el Estado haga algo, sino que lo deje de hacer, no hay razón alguna para que sean obligaciones cuyo cumplimiento sea pospuesto hasta que el Estado entidad o persona cuente con los recursos suficientes y la capacidad administrativa adecuada”. (Corte Constitucional de Colombia, 2014).

“El derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano. El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. En cambio, entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud”. (Corte Constitucional de Colombia, 2014).

Bajo este entendimiento de la salud la Corte finaliza la sentencia declarando la LES como exequible y constitucional. (Corte Constitucional de Colombia, 2014).

Del Capítulo III: Garantía y mecanismos de protección del derecho fundamental a la salud de la LES, se destaca en el artículo 15 de prestaciones de salud, la garantía de las mismas a partir de una concepción integral de salud, así:

“Artículo 15. Prestaciones de salud. El Sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas”. (Congreso de la República de Colombia, 2015).

En materia de política pública en salud la LES establece:

“Artículo 20. El Gobierno Nacional deberá implementar una política social de Estado que permita la articulación intersectorial con el propósito de garantizar los componentes esenciales del derecho (Los componentes esenciales del derecho a la salud se encuentran en el artículo 6 de la Ley 1751 de 2015 (LES)), afectando de manera positiva los determinantes sociales de la salud. De igual manera dicha política social de Estado se deberá basar en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y su atención integral, oportuna y de calidad, al igual que rehabilitación”. (Congreso de la República de Colombia, 2015).

También en el articulado del capítulo *IV* establece políticas públicas en temas de: Manejo de la Información en salud; Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud junto con la promoción de la divulgación de información científica y Política Farmacéutica Nacional.

Del artículo 20, la Corte conceptuó en su revisión de constitucionalidad, que la obligación de implementar una política social armoniza con la garantía de la efectividad de los derechos constitucionales que es uno de los fines esenciales del Estado. Una política pública que cumpla con los mínimos que establece la Constitución debe generar unos impactos positivos en la realidad social, transformaciones orientadas a que toda persona pueda ejercer plenamente su derecho fundamental a la salud. (Corte Constitucional de Colombia, 2014).

En cuanto a la articulación intersectorial como precepto que orienta la política pública se ajusta al principio constitucional de colaboración armónica del Artículo 113 de la Carta Magna, que implica relaciones de cooperación interinstitucional. Los objetivos de esa coordinación sectorial también se avienen a la Constitución en tanto se orientan a garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, siendo los determinantes sociales componentes básicos para su ejercicio en tanto que, con su realización se atiende a las finalidades sociales del Estado en las condiciones establecidas en el Artículo 366 de la Constitución. (Asamblea Nacional Constituyente, 1991; Corte Constitucional de Colombia, 2014).

De esta manera, se reconoce que, en el tema de la necesidad de implementar una política pública intersectorial para garantizar el derecho fundamental a la salud, hay coherencia entre lo estipulado en la Constitución y la LES, esto facilita la orientación de los desarrollos normativos subsecuentes y del accionar de las instituciones en un objetivo común, derivado de la afectación positiva de los DSS para el logro del bienestar general de la población colombiana.

Análisis de los Planes De Desarrollo Departamental (PDD) 2016-2019

Descripción general

Los PDD se formulan para 3 años, son instrumentos de gestión y obedecen a un mandato constitucional. También, en consonancia con el artículo 339 de la Constitución, como estructura general, los PDD revisados incluyen las secciones: diagnóstico, priorización de necesidades o temas, principios, ejes estratégicos, dimensiones o componentes, metas e indicadores, presupuesto, seguimiento y evaluación.

Bajo la premisa de “La tendencia internacional en materia de formulación de los planes de desarrollo modernos viene orientándose hacia el diseño e implementación de políticas públicas, programas y proyectos estratégicos enfocados en los derechos y deberes de los ciudadanos”, el PDD de Santander, presentó una propuesta diferente en tanto que, en lugar del enfoque dimensional tradicional, adoptó el “enfoque de derechos y deberes” al considerarlo como “el instrumento idóneo para identificar los temas de desarrollo que como sociedad nos proponemos alcanzar”. En este PDD lo relacionado con Salud se incluyó en “Derechos y Deberes Sociales”. (Gobernación de Santander, 2016).

En el análisis se encontró que hay una articulación y complementariedad entre los PDD y los planes y políticas públicas del nivel mundial (Objetivos de Desarrollo Sostenible, Declaración de Adelaida) y del nivel Nacional (Plan Nacional de Desarrollo, Metodologías del Departamento de Planeación Nacional).

Articulación con Políticas Mundiales

Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de Naciones Unidas

Los ODS son la continuidad de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Son 17 objetivos con 169 metas, orientados al desarrollo social y económico sostenible, una agenda adoptada por 193 países. Colombia definió las metas para garantizar su cumplimiento a través de “16 apuestas” consolidadas en el Documento CONPES 3918. Estas metas deben ser cumplidas en el año 2030, con una medición a corto plazo, con la ejecución de los PDD 2016-2019. (Departamento Nacional de Planeación, 2018).

Como se expresa en el PDD del Vaupés: “Estos objetivos buscan reducir brechas sociales, permitiendo a la población tener acceso a activos que le permitan reducir la inequidad, lo que implica que se consolide y necesite el esfuerzo de todos los sectores: público, privado y la sociedad civil”. (Gobernación del Vaupés, 2016).

Declaración de Adelaida de 2010 sobre la Salud en Todas las Políticas

La Declaración de Adelaida es el Informe de la **Reunión Internacional sobre la Salud** en Todas las Políticas de 2010: *Hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar*, que hace hincapié en que la mejor forma de alcanzar los objetivos de gobierno de todos los niveles (local, regional, nacional e internacional) consiste en que todos los sectores incluyan la salud y el bienestar como componente esencial de la formulación de políticas a partir de una nueva gobernanza con liderazgo conjunto. (Organización Mundial de la Salud, 2010).

De los PDD revisados, se destaca el PDD de Boyacá, que establece el subprograma: “tejiendo salud en todas las políticas”, con el objetivo de “generar en el departamento ciudades, entornos y ruralidades saludables, así como hábitos de vida saludables que permitan evitar la enfermedad o disminuir sus efectos adversos” reconociendo que por medio del trabajo intersectorial, transectorial y comunitario, logrará la generación de entornos, modos y condiciones de vida saludables, a través de la implementación de la estrategia “ciudad, entorno y ruralidad saludable”. (Gobernación de Boyacá, 2016).

Se resalta también, la articulación de PDD específicos con otras iniciativas globales como: El PDD de Nariño que reconoce los postulados del Decenio Internacional 2015-2024 para los Afrodescendientes. El Decenio Afro constituye un marco de las Naciones Unidas y una base sólida para la lucha contra el racismo, la discriminación racial, la xenofobia y las formas conexas de intolerancia. (Gobernación de Nariño, 2016) Así como Arauca y Santander, que adoptaron, en la formulación de sus PDD, el enfoque de Crecimiento Verde de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) como parte de su marco estratégico. (Gobernación de Arauca, 2016; Gobernación de Santander, 2016).

Planes y Políticas Públicas Nacionales

El Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país” Ley 1955 de 2019

Todos los PDD revisados parten del Plan Nacional de Desarrollo y de sus pilares: paz, equidad y educación. El Plan Nacional centra su accionar bajo la idea de que un verdadero desarrollo sostenible se traduce en bienestar para las regiones y ciudadanos que las habitan y afirma que, para lograrlo es necesario cerrar las brechas entre regiones, propugnando por la integración y la distribución equitativa de los beneficios y las oportunidades. (Presidencia de la República de Colombia, 2014).

Metodologías del Departamento Nacional de Planeación (DNP)

Todos los PDD revisados aplicaron la Clasificación de los departamentos y la metodología de Análisis de Brechas del DNP para los diagnósticos territoriales. El DNP estableció una clasificación de los departamentos del país en 5 tipologías (A, B, C, D y E) y 3 entornos de desarrollo (Robusto, Intermedio e Incipiente), a partir del análisis de 6 dimensiones (Urbana, Económica, Calidad de Vida, Ambiental, Seguridad e Institucional). Para el Análisis de Brechas de Desarrollo Territorial, los departamentos documentaron su situación en 8 indicadores priorizados de los sectores: Educación, Salud, Agua potable y Saneamiento Básico y Vivienda). (Departamento Nacional de Planeación, 2015).

El DNP ha desarrollado la herramienta “Kit Territorial” para apoyar a los gobiernos departamentales y municipales en la construcción de sus planes de desarrollo, incluyendo guías orientadoras, formatos, entre otros contenidos de apoyo desde una plataforma tecnológica. (Departamento Nacional de Planeación, n.d.).

Como refiere el PDD del Magdalena: Este análisis se fundamenta en el ejercicio realizado por el DNP, el cual tiene como propósito, por un lado, identificar territorios homogéneos en sus características de desarrollo (tipologías) para facilitar la focalización de políticas públicas sectoriales y comprender mejor la heterogeneidad territorial del país y, por otro lado, identificar brechas de desarrollo en indicadores claves de educación, salud, acueducto, vivienda e institucional para plantear metas de esfuerzo que ayuden a guiar la gestión territorial hacia su cierre. (Gobernación del Magdalena, 2016) Asimismo, el PDD de Sucre: “Para su elaboración se fundamentó en el uso de metodologías de planeación estratégica, incorporadas en los instrumentos técnicos suministrados por el DNP, en la herramienta kit territorial. La aplicación de dichos instrumentos en las mesas de trabajo y demás escenarios de discusión y participación ciudadana, se constituyeron en el principal insumo para el análisis del territorio y la exploración de alternativas de solución de las problemáticas del Departamento”. (Gobernación de Sucre, 2016).

Al aplicar estos lineamientos cada departamento tuvo en cuenta sus condiciones territoriales en el análisis para sus planteamientos estratégicos.

Resultados de la Revisión de los PDD por Categorías de Análisis

¿El plan tuvo un proceso de formulación participativo y con integración de los diferentes sectores de la población e instituciones?

En cumplimiento del artículo 342 de la Constitución Política (Asamblea Nacional Constituyente, 1991), en todos los PDD revisados se evidenció de manera explícita el proceso de formulación participativo, a través de diferentes estrategias como: 'Tour de las Ideas' en Boyacá, Mesas de concertación en Quindío, Encuentros comunitarios en Tolima, Mesas de trabajo en Sucre, Mesas temáticas en Vaupés, Mesas sectoriales y de grupos poblacionales en San Andrés y Providencia, entre otras. Sobresale el PDD de Nariño que se titula "Plan Participativo de Desarrollo Departamental.

En Departamentos como Amazonas, Vaupés, Guaviare, San Andrés y Providencia, se realizaron acuerdos específicos con grupos poblacionales como Asociaciones Indígenas y representantes del pueblo raizal. Por ejemplo: El PDD del Amazonas se orientó por los principios base del buen vivir (mandato de origen) del ejercicio de coordinación y concertación con los pueblos indígena y al final del Plan, se incorpora una matriz que recoge los acuerdos entre la Administración Departamental y el grupo de delegados de los Pueblos Indígenas. (Gobernación del Amazonas, 2016) De igual manera, el PDD del Vaupés incluye un capítulo especial sobre los Planes de Vida Indígena; planes formulados por zonas multiétnicas consolidadas históricamente como subregiones con delimitación territorial étnica, historia mítica, reflexión histórica sobre su organización social y política y, una propuesta de manejo territorial que incluye programas y proyectos de corto, mediano y largo plazo. (Gobernación del Vaupés, 2016).

¿Se hace explícito en el documento el abordaje de los DSS en la conceptualización de salud del plan?

Todos los PDD analizados integran los componentes del marco conceptual del PDSP: los enfoques conceptuales (Poblacional, Diferencial, De Derechos, Ciclo de Vida, De Género y Étnico), el modelo conceptual de los DSS y el diseño estratégico por dimensiones y líneas operativas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012). De manera que, los diagnósticos de salud y el planteamiento de objetivos programáticos se realizaron siguiendo las dimensiones priorizadas en el PDSP 2012-2021.

Esto se ve reflejado por ejemplo en el PDD San Andrés y Providencia, de la siguiente manera: "En el marco del Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021 y de la Política de Atención Integral en Salud, reconoce que los problemas de salud en el territorio insular son generados o potenciados por las condiciones ambientales, sociales, culturales, políticas, económicas, educacionales, de hábitat y genéticos que afectan a la población del Departamento, lo que implica la transformación del modelo de atención en salud y un Sistema de Salud centrado en la población y sus relaciones a nivel familiar y comunitario. Para lograr esto, se requiere de una intervención, con un abordaje intersectorial y con recursos suficientes que impacten los determinantes sociales de la salud que garanticen la provisión de servicios de salud con Calidad, Accesibilidad, Oportunidad, Seguridad, Pertinencia y Continuidad". (Gobernación del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, 2016).

El abordaje de los DSS se expresa en la conceptualización de salud en los PDD de departamentos como Amazonas así: *“La Salud es en esencia un derecho fundamental, 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 implícitamente en cada uno de los determinantes sociales de la salud”*. (Gobernación del Amazonas, 2016).

En departamentos de la Región Andina como el Tolima, el abordaje de los DSS aparece como enfoque orientador: *“Para emprender el desarrollo desde la superación de brechas, comprensión de la diversidad cultural y atributos del territorio, es fundamental considerar enfoques que orienten las intervenciones”*; así desde el Enfoque diferencial: *“Es convertir al Tolima en tierra de oportunidades que siempre incluye a hombres y mujeres afrocolombianos, indígenas, Rom, condición especial: pobreza extrema, víctima del conflicto armado, diversidad sexual, población carcelaria y en situación de discapacidad. En nuestro reto de incluir reconocemos las determinantes sociales de equidad como guía orientadora para brindar entornos favorables, oferta adecuada, buen uso y disfrute de los bienes y servicios”*. (Gobernación del Tolima, 2016) En Risaralda: *“[...] para avanzar hacia la reducción de brechas en salud, se aborda desde diferentes enfoques a saber: enfoque de derechos, enfoque diferencial, curso de vida y de poblaciones vulnerables, que llevan a proponer [...] el abordaje de los principales riesgos del ambiente, laborales y sanitarios a través de la transformación positiva de los determinantes sociales, sanitarios y ambientales”*. (Gobernación de Risaralda, 2016).

De todos los PDD revisados, se destaca el PDD del Vaupés con el análisis de salud más completo realizado con el modelo conceptual de los DSS, al presentar un análisis de mortalidad específica complementado con el análisis de desigualdad en la mortalidad materna, infantil y en la niñez, diferenciado por determinantes intermedios (Necesidades Básicas Insatisfechas) y determinantes estructurales (etnia y área de residencia). También presenta un análisis de los determinantes intermedios de la salud con indicadores de las circunstancias materiales por subgrupos: condiciones de vida, disponibilidad de alimentos, condiciones de trabajo, factores conductuales, psicológicos y culturales y sistema sanitario; y de los determinantes estructurales de las inequidades en salud identificando el estrato socioeconómico, los ingresos, la etnia, el nivel educativo y la ocupación, la relación entre ellos y los efectos sobre la salud de la población del departamento de Vaupés. (Gobernación del Vaupés, 2016).

De igual manera, en el planteamiento de los componentes o dimensiones de los PDD, la salud se integra al componente social, mostrando un avance en reconocer la dimensión social en la conceptualización de salud.

¿Hay evidencia de un enfoque de gestión con principios de equidad?

En coherencia con el PND, la equidad aparece en todos como principio rector de las gestiones contempladas en los planes. En la revisión de los PDD, también se encontró la aplicación de la Resolución 1536 de 2015 con las disposiciones para el proceso de planeación integral para la salud, tomando como insumo el PDSF 2012-2021, de allí que cada departamento realizó en Análisis de Situación de Salud bajo el modelo de los DSS. El análisis de situación de salud se define como una metodología analítica-sintética que comprende diversos tipos de modelos explicativos, los cuales permiten caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-

enfermedad de la población en su territorio e identificar los riesgos y los determinantes de la salud que los generan. Finalmente, cada entidad territorial departamental elabora el Plan de Acción en Salud y el Plan Territorial de Salud utilizando la Metodología de la “Estrategia PASE a la Equidad en Salud”. (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2015).

¿Contempla metas e indicadores de resultados orientados a una afectación positiva de los DSS?

En todos los planes se encontraron programas sociales y de salud, planteados desde un abordaje integrador de los enfoques del PDSP; a partir de cada uno de los programas se establecieron propósitos, objetivos, metas e indicadores que reflejan la intencionalidad de lograr una afectación positiva y gradual de los DSS identificados en el análisis de la situación en salud, con las particularidades de cada territorio. En la siguiente tabla se presentan algunos ejemplos de estos hallazgos en esta categoría. (Tabla 3)

Tabla 3. Ejemplos de programas con objetivos e indicadores orientados a una afectación positiva de los DSS

Departamento/Región	Programa	Objetivo/Meta	Ejemplos de Indicadores
Guaviare/Amazonía	Guaviare Saludable	Afectar de manera gradual los determinantes sociales que generan la mayor carga de enfermedad disminuyendo las brechas de inequidad sanitaria mediante la implementación de proyectos intersectoriales y el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de salud en el marco de la estrategia de la Atención Primaria en Salud/A	% de entidades territoriales que implementan modelo de envejecimiento activo
	Subprograma: Dimensión transversal de gestión diferencial de poblaciones vulnerables	2019 se impacta positivamente los determinantes sociales y sanitarios que con llevan a inequidades en la primera infancia, infancia y adolescencia; envejecimiento y vejez; salud y género; salud en poblaciones étnicas; discapacidad y población víctima del conflicto armado.	% de entidades territoriales que implementan modelo de atención y prestación de servicios en salud con adecuación etnocultural Implementar la Ruta integral de atención en salud (RIAS) con enfoque diferencial, para la primera infancia, infancia y adolescencia, en marco de la política pública de infancia, y lineamientos nacionales.
La Guajira/Caribe	Programa “Vía a la prosperidad”	Contribuir al mejoramiento del acceso efectivo al goce del derecho a la salud de los Guajiros, mediante acciones que afectan positivamente los determinantes de salud a través de la construcción de Vías para la vida, Salud Universal, Seguridad hídrica, alimentaria y nutricional para Controlar y mitigar la mortalidad infantil.	% de municipios con continuidad en la gestión para la implementación de la Política Integral de Salud Ambiental en el departamento de La Guajira
	Subprograma TEPI-CHIKANA’A Vida para los niños transversalidad para la vida		A 2019: 100% de municipios con la Estrategia “Entornos Saludables-EES, implementada Línea de base 53%

Departamento/Región	Programa	Objetivo/Meta	Ejemplos de Indicadores
Vichada/Orinoquia	Programa de Salud Ambiental	Fortalecer la vigilancia en todos los factores ambientales que inciden en la salud, afectando positivamente los determinantes sociales y sanitarios de los vichadenses.	Número de casos de intoxicación por exposición a plaguicidas organofosforados y carbamatos. Línea de base: 10 casos 2015. Disminuir en 3 casos las intoxicaciones por exposición a plaguicidas organofosforados y carbamatos.
			% Cobertura de vigilancia de los sistemas de acueducto y saneamiento básico. Línea de base: 100% en áreas urbanas con vigilancia en sistemas de acueducto. Mantener en 100% la vigilancia de los sistemas de acueducto y saneamiento básico en área urbana y rural.
Valle del Cauca/Pacífica	Programa Autoridad Sanitaria	Promover niveles óptimos de salud y bienestar con entornos y ambientes seguros y saludables, resultado de la afectación positiva de los determinantes sociales, el ejercicio de rectoría de la autoridad sanitaria fortalecida y reduciendo las inequidades en salud, mediante la acción coordinada sectorial, transectorial y con participación y decisión comunitaria / Promover la prestación, administración y acceso de bienes y servicios de salud en el marco de la garantía de derechos, mediante la intervención organizada de la sociedad para promover y prolongar la vida y dar una respuesta adecuada de los servicios de salud	Implementar un modelo integral de atención y gestión de información en salud, para incrementar la inteligencia sanitaria, en el marco de los determinantes sociales y la APS, mediante la aplicación de tecnologías de información y de comunicación, en el departamento a 2019.
Quindío/Andina	Salud Pública para un Quindío saludable y posible	Garantizar los enfoques de derechos, de género y diferencial, por medio de la articulación de los diferentes sectores que inciden en los determinantes sociales relacionados con los derechos sexuales y reproductivos para lo cual se adelantarán acciones encaminadas a que los municipios operen el sistema de vigilancia en salud pública de la violencia intrafamiliar	Lograr que 8 municipios del departamento operen el sistema de vigilancia en salud pública de la violencia intrafamiliar.
	Subprograma: Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos		Vincular 4.800 mujeres gestantes al programa de control prenatal antes de la semana 12 de edad gestacional. Línea de base: 3.600

Departamento/Región	Programa	Objetivo/Meta	Ejemplos de Indicadores
Huila/Andina	Atención Primaria con Equidad	Lograr cero tolerancia frente a la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables, mediante la equidad sanitaria tanto rural como urbana, el enfoque de Determinantes Sociales de la Salud, acciones diferenciales en sujetos y colectivos durante todo el curso de vida y entornos, a través de la implementación de las líneas de Promoción de la Salud, Gestión de Riesgo de la Salud y Gestión de la Salud Pública	Plan Decenal de Salud Pública implementado en los 37 municipios del departamento del Huila

Fuente: elaboración propia

Sobresalen departamentos que, adicionalmente, presentan otras metas relacionadas con estrategias de mejoramiento de los sistemas y análisis de la información desde la mirada de los DSS, como Cundinamarca que tiene como meta implementar la estrategia de la unidad de análisis departamental y provincial de los Determinantes Sociales en Salud y Caldas con la implementación del Observatorio Social a través del subprograma: Sistemas de Información para la gestión colectiva e individual del riesgo.

¿Se evidencia la intencionalidad del avance en política pública de salud (formulación, implementación o evaluación)?

En los PDD se hace evidente el compromiso con las políticas públicas nacionales, algunos en mayor grado de avance que otros. Llama la atención que la política pública con mayor grado de avance en los departamentos analizados es la de Primera Infancia, Infancia, Adolescencia y Juventud, en contraste la de menor evidencia en el avance es la Política de Atención Integral en Salud (PAIS). En la siguiente tabla se presentan los resultados en esta categoría. (Tabla 4)

Tabla 4. Política Pública de Salud. Avance a nivel departamental

Política Pública Nacional	Departamentos en fase de formulación	Departamentos en fase de implementación	Departamentos en fase de evaluación y seguimiento
*PAIS/MIAS/MAITE/RIAS	No informa	Putumayo, Vaupés, Guaviare, Boyacá, Norte de Santander, Santander, Risaralda, Meta.	No informa
*PISA (Salud Ambiental)	Arauca, San Andrés y Providencia, Sucre, Quindío.	Caquetá, Vaupés, Cundinamarca, Norte de Santander, Risaralda.	No informa
Equidad de género (incluye Mujer y Diversidad de género)	Vichada, Chocó, Sucre, Amazonas, Caquetá, Guaviare, Quindío.	Arauca, Nariño, Valle del Cauca, Atlántico, Cesar, San Andrés y Providencia, Vaupés, Boyacá, Cundinamarca, Huila, Norte de Santander, Risaralda, Santander, Meta.	Caldas.

Política Pública Nacional	Departamentos en fase de formulación	Departamentos en fase de implementación	Departamentos en fase de evaluación y seguimiento
Inclusión Social de personas con Discapacidad	Vichada, Sucre, Amazonas, Caquetá, Guaviare, Putumayo, Quindío, Santander, Tolima.	Arauca, Nariño, La Guajira, Atlántico, San Andrés y Providencia, Vaupés, Boyacá, Cundinamarca, Huila, Risaralda, Caldas.	No informa
Salud Mental	Caquetá, Tolima	Putumayo, Vaupés, Cundinamarca, Norte de Santander, Quindío, Caldas, Arauca, Cesar, Quindío, Risaralda, Santander, Meta.	No informa
Envejecimiento y Vejez	Caldas, Vichada, Chocó, Cesar, Sucre, Caquetá.	Arauca, Nariño, Valle del Cauca, Atlántico, San Andrés y Providencia, Guaviare, Vaupés, Boyacá, Cundinamarca, Huila, Norte de Santander, Quindío, Risaralda, Santander, Tolima.	No informa
Primera Infancia, Infancia, Adolescencia y Juventud	Chocó, Sucre, Vichada, Vaupés, Cesar.	Nariño, La Guajira, Arauca, Vichada, Atlántico, San Andrés y Providencia, Amazonas, Caquetá, Putumayo, Guaviare, Boyacá, Cundinamarca, Huila, Norte de Santander, Quindío, Meta, Risaralda, Santander, Tolima.	Valle del Cauca
Atención Integral y Reparación a Víctimas del Conflicto armado	Guaviare, Vaupés.	Arauca, Chocó, Nariño, Valle del Cauca, Risaralda, Tolima, Atlántico, La Guajira, Boyacá, Cundinamarca, Norte de Santander, Santander.	No informa

Fuente: elaboración propia

*Política de Atención Integral en Salud/Modelo Integral de Atención en Salud/ Modelo de Acción Integral Territorial/ Rutas Integrales de Atención en Salud.

*Política Integral de Salud Ambiental

Discusión

Al analizar el avance en política pública en salud a partir de la adopción del modelo conceptual de los DSS en la LES, se encontró que, para reconocer la fundamentalidad del derecho, la Ley parte de una concepción integral de la salud, que va más allá de la ausencia de enfermedad, incluyendo los DSS como componentes del goce efectivo del derecho a la salud para el mejoramiento de la calidad de vida.

Gómez y Builes (2018) han analizado a profundidad el contenido de la LES y sus antecedentes, considerando que la naturaleza fundamental del derecho a la salud no es realmente un concepto que se derive de la LES, esta ha sido una postura que ha venido siendo desarrollada por la Corte Constitucional, acompañada de la evolución del SCSSS, considerando que las falencias en la atención han permitido el deterioro general de la salud de la población afiliada. Así las cosas, es necesario concentrarse en regular el derecho fundamental a la salud de forma completa con base en las problemáticas enunciadas en la Sentencia T 760 del 2008, que siguen presentes y causando serios perjuicios al sistema en general y a los derechos fundamentales en forma particular a cada uno de sus afiliados. (Gómez & Builes, 2018).

Ahora bien, la LES, no solo reconoce a la salud como derecho fundamental, sino establece mecanismos que conducen al gobierno a garantizarlo, en el Artículo 5 se enuncian las obligaciones del Estado como responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho, constituyéndose en garante directo del buen papel que ha de desempeñar el Estado con sus ciudadanos, como refieren Jiménez y otros (2016), con los cuatro elementos fundamentales para la garantía del derecho, en conjunto con los principios también enunciados en esta Ley, se busca hacer responsable directo al Estado, tanto de su buen funcionamiento como de su vulneración, enmarcando un blindaje al derecho, sólidamente estructurado, en el que una mínima ruptura sea evidente a los ojos del Estado y del usuario. (Jimenez et al., 2016).

En cuanto a la conceptualización de salud, al incluir la LES, el acceso a las actividades de promoción y prevención asegurado por políticas para la igualdad de trato y oportunidades, crea condiciones para que los ciudadanos puedan ejercer mayor control sobre los procesos de salud. La promoción de la salud es un asunto de desarrollo político y social y se constituye en una defensa de la vida, lo cual cobra especial relevancia por los altos niveles de violencia y la consiguiente pérdida de valor de la vida humana históricos del país. El concepto de salud así planteado tiene vigencia actual y contempla una serie de factores que fueron olvidados y abiertamente relegados por la Ley 100 de 1993. (Prieto Ávila, 2015).

Al integrar el ámbito colectivo del derecho a la salud en la LES se evidencia una limitante al no cambiar el modelo de prestación del servicio; la misma Política de Atención Integral en Salud (PAIS), desarrollo normativo subsecuente para la implementación de la LES, reconoce que el contenido del Artículo 2 que integra los componentes colectivo e individual de la atención en salud y sitúa, como núcleo esencial del derecho la igualdad de trato y oportunidades es un evidente distanciamiento del modelo de prestación de la Ley 100 de 1993, donde el sujeto del derecho se encontraba en la cobertura de las prestaciones médicas, de manera aislada, sin contextualización de su integralidad ni en su interacción con las intervenciones colectivas propias de las obligaciones del Estado en salud pública. (Política de Atención Integral En Salud, 2016).

También aquí es importante tener en cuenta las implicaciones que tiene el fenómeno de judicialización del derecho a la salud en el país, por las características de sus procedimientos legales, las decisiones de los jueces basan en gran medida en una mirada individual donde el no respeto al derecho a la salud comporta una violación ya no solo del derecho a la vida sino del derecho a la salud en su carácter de derecho fundamental autónomo. Esta

interpretación omite una visión más amplia de la salud como bien colectivo, cuya mejor protección son sistemas públicos efectivos, eficaces y necesariamente sostenibles para poder dar el mejor servicio al conjunto amplio de la población. En última instancia, los procesos de judicialización pueden suponer una amenaza a la equidad de los sistemas de salud, ya que afectan la provisión de productos y servicios para toda la ciudadanía, más allá de los casos individuales examinados por cortes y jueces. (Vidal & Di Fabio, 2017).

A partir de la LES se espera que se establezcan políticas y programas bajo los preceptos de equidad, siendo este el principio del derecho a la salud para el abordaje de los DSS. García Ruiz y otros (2015), consideran que la adopción del concepto de DSS implica un mayor compromiso en la agenda nacional y regional hacia el diseño e implementación de las políticas que actualmente lideran diferentes entes en todo el país y representa un paso importante hacia la lucha global por reducir las inequidades que promueven el desarrollo de enfermedades y reducen la calidad de vida de las personas. (García Ruiz et al., 2015).

Derivado de la revisión y análisis de los PDD, que se aplican como instrumento de gestión en los diferentes territorios, en este trabajo se evidenció que los planes concuerdan y se articulan coherentemente con los objetivos mundiales y nacionales relacionados con el derecho a la salud y el mejorar las condiciones de vida de la población.

La adopción y adaptación de la Agenda 2030 al contexto colombiano se constituye en un desafío, que plantea exigencias especiales que hacen más complejo el logro de estas metas globales. El conflicto armado ha generado situaciones de salud claramente visibles, como las lesiones externas producto de la violencia, pero también, efectos en la salud mental que deben ser incorporados en los análisis de la situación de salud a nivel nacional y local y en las políticas públicas para intervenirlos adecuadamente. (Yepes & Marín, 2018).

Partiendo del reconocimiento de la complejidad del abordaje y la intervención de los DSS que rebasa el ámbito del sector salud, se requiere la participación de otros sectores de la administración pública, lo que va en el sentido de la Declaración de Adelaida de 2010 sobre la Salud en Todas las Políticas, que también se encontró articulada a los PDD revisados, con la inclusión del componente de salud y bienestar en la formulación de políticas públicas del nivel departamental (García Ruiz et al., 2015; Organización Mundial de la Salud, 2010):

En articulación con políticas nacionales, además del PND, también, todos los PDD integraron los componentes del marco conceptual del PDSP tanto en los diagnósticos de salud, como en los objetivos por dimensiones priorizadas, lo que se considera un avance, puesto que el PDSP es una política pública de salud nacional de largo plazo, pensada desde los DSS.

La inclusión de la dimensión social del proceso salud enfermedad en la normativa es relevante para el país, dados los desafíos que plantea el Análisis de la Situación de Salud en Colombia, donde se ha evidenciado que persisten las desigualdades en diferentes ámbitos y las brechas entre regiones, entre áreas rurales y urbanas y las de género, entre otras. (Yepes & Marín, 2018). Los PDD revisados contemplaron estas diferencias territoriales en sus procesos de formulación y planeación estratégica.

También, otros autores estiman el desafío de la acción sobre los DSS en el contexto colombiano; se presenta un perfil epidemiológico producto de la transición demográfica, dominado por las enfermedades crónicas no transmisibles, sumado al análisis por regiones, donde se ha evidenciado que las enfermedades transmisibles siguen siendo frecuentes en zonas dispersas y selváticas, las causas externas en zonas de conflicto armado, y las materno-infantiles en las zonas de mayor pobreza; por tanto, la acción sobre los DSS requiere la aplicación de elementos conceptuales y operativos basados en estrategias que busquen generar cambios de políticas neoliberales a sociales, empoderamiento del sector salud, de los procesos de construcción social, de seguridad, de la dignidad de los pobres frente a los ricos en un país o región, basándose también en el principio de precaución en la implementación de tecnologías que afecten el modo de vida, el ambiente, la economía y la aceptación social. (Carmona Meza & Parra Padilla, 2015; Yepes & Marín, 2018) Aspectos que se hacen evidentes en los programas y subprogramas de los PDD con metas e indicadores de resultados orientados a una afectación positiva de los DSS según los resultados derivados del presente estudio.

Teniendo en cuenta lo anterior, la inclusión del modelo de los DSS en la LES es un punto de partida para lograr afianzar un avance en materia de política pública de salud, derivándose en un compromiso que, para su implementación, exige una articulación técnica, política y social de todos los sectores, dirigido al goce efectivo del derecho fundamental a la salud en Colombia. (García Ruiz et al., 2015).

Dados los retos y desafíos de implementación que conlleva la LES, la materialización del derecho fundamental a la salud, será posible si hay acuerdo en la necesidad de priorizar la acción sobre los DSS con las políticas públicas subsecuentes, como se encontró en los PDD puestos en marcha en las regiones, donde hay avances hacia la formulación e implementación de políticas públicas en salud con acción intersectorial y participación ciudadana en temas prioritarios para el país como la salud mental, la salud ambiental y programas con enfoque diferencial.

Se destaca la participación ciudadana en la planeación del desarrollo, como ejercicio de formulación y establecimiento de objetivos para orientar acciones y decisiones, concepto clave para el sector público. Cumpliendo con el ordenamiento jurídico en los niveles nacional, departamental y municipal, todos los PDD revisados fueron explícitos en ese proceso de formulación participativo integrando los diferentes sectores de la población, con enfoque diferencial. Así, los mecanismos de participación ciudadana son una herramienta jurídica viable para que la comunidad incida en los ejercicios de planeación en todos los niveles, sin embargo, se requiere fortalecer el nivel local (comuna, corregimiento) al no ser obligatorio. (Choachi-Jaramillo et al., 2020).

Conclusiones

En conclusión, es claro que la LES ha sentado las bases para una transformación del SGSSS en el marco de la protección y garantía del derecho fundamental a la salud, pero como cuestionan algunos autores: “¿será necesario abrir el debate que conduzca a la derogación del libro II de la Ley 100 de 1993, [...] al, tal vez, resultar este discordante con el propósito de garantizar el derecho fundamental de la salud?” (Jimenez et al., 2016).

Cabe resaltar que, si bien la LES no constituye en sí misma una reforma estructural al SGSSS, de acuerdo a sus definiciones y ordenamientos se podrán dar cambios importantes, hacia la garantía del derecho a la salud con una interpretación amplia a partir de los DSS.

Ya que, para que el derecho fundamental a la salud sea una realidad, la sociedad colombiana, es decir, todos los actores del sistema, deberán entender la salud de una manera distinta, como un concepto integral e integrador, dentro de un marco de referencia que involucre los DSS y que cambie la mirada asistencialista del sistema hacia promocionar la salud y prevenir la enfermedad; comprender cómo los DSS son dinámicos, cambiantes y requieren de su participación activa; que se conviertan en protagonistas de estos cambios y hagan parte de la formulación de iniciativas tendientes a consolidar y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud. (Ramírez Ramírez et al., 2016).

El avance en la formulación, implementación y evaluación de la política pública en salud bajo el modelo de los DSS, ha sido diferencial en los departamentos colombianos, sin embargo, es evidente la manera cómo en el marco de la LES, se han dinamizado los programas para favorecer las poblaciones más vulnerables.

Referencias Bibliográficas

- Asamblea General de las Naciones Unidas. (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cescr.aspx>
- Asamblea Nacional Constituyente. (1991). *Constitución Política de Colombia*.
- Carmona Meza, Z., & Parra Padilla, D. (2015). Determinantes sociales de la salud: un análisis desde el contexto colombiano. *Salud Uninorte. Barranquilla*, 31(3), 608–620.
- Choachi-Jaramillo, A., Gutiérrez -Uribe, M., Galvis Martínez, S., & Atehortúa, F. (2020). Participación y planeación del desarrollo local en Medellín: viabilidad jurídica de los mecanismos de participación ciudadana en el ámbito local. *El Ágora USB*, 20(1), 130–141. <https://doi.org/10.21500/16578031.4644>
- Congreso de la República de Colombia. (1968). *Ley 74 de 1968*. <http://www.suin-juricol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Leyes/1622486>
- Congreso de la República de Colombia. (2011). *Ley 1438 de 2011* (pp. 1–51).
- Congreso de la República de Colombia. (2015). *Ley 1751 de 2015*.
- Corte Constitucional de Colombia. (2014). *Sentencia C 313 de 2014*.
- Defensoría del Pueblo. (2016). *La tutela y el derecho a la salud 2016*. Imprenta Nacional de Colombia.
- Departamento Nacional de Planeación. (n.d.). *Kit de Planeación Territorial*. <https://portalterritorial.dnp.gov.co/kpt/>
- Departamento Nacional de Planeación. (2015). *Tipologías Departamentales y Municipales: Una propuesta para comprender las entidades territoriales colombianas*. <https://www.dnp.gov.co/programas/desarrollo-territorial/Estudios-Territoriales/Estudios-y-Ejercicios/Paginas/Tipologias.aspx>
- Departamento Nacional de Planeación. (2018). *Las 16 grandes apuestas de Colombia para cumplir los Objetivos de Desarrollo Sostenible*. <https://www.dnp.gov.co/Paginas/Las-16-grandes-apuestas-de-Colombia-para-cumplir-los-Objetivos-de-Desarrollo-Sostenible.aspx>

- Franco Giraldo, A. (2012). La última reforma del sistema general de seguridad social en salud Colombiano. *Rev. Salud Pública*, 14(5), 865–877.
- García Ruiz, J., López Lozano, A., & Casas Ramirez, D. (2015). La Ley Estatutaria y los determinantes sociales de la salud. Un camino por recorrer. In *Monitor Estratégico Superintendencia Nacional de Salud* (Issue 8, pp. 1–10).
- Gobernación de Arauca. (2016). *Plan de Desarrollo Departamental 2016-2019 “Humanizando el desarrollo.”* <https://www.arauca.gov.co/plan-de-desarrollo-departamental-2016-2019>
- Gobernación de Boyacá. (2016). *Plan de Desarrollo Departamental 2016-2019 “Creemos en Boyacá, tierra de paz y libertad.”* <http://sedboyaca.gov.co/plan-de-desarrollo-boyaca-2016-2019/>
- Gobernación de Nariño. (2016). *Plan Participativo de Desarrollo Departamental 2016-2019 “Nariño Corazón del Mundo.”* <http://www.2016-2019.narino.gov.co/inicio/index.php/gobernacion/plan-de-desarrollo/354-plan-de-desarrollo-departamental-narino-corazon-del-mundo-2016-2019>
- Gobernación de Risaralda. (2016). *Plan de Desarrollo Departamental 2016-2019 “Risaralda Verde y Emprendedora” Ordenanza 006 de 2016.* <https://www.risaralda.gov.co/documentos/150117/plan-de-desarrollo-2016---2019/>
- Gobernación de Santander. (2016). *Plan de Desarrollo Departamental 2016-2019 “Santander nos une” Ordenanza 012 de 2016.* <https://www.santander.gov.co/index.php/gobernacion/documentacion/category/687-plan-de-desarrollo-departamental>
- Gobernación de Sucre. (2016). *Plan de Desarrollo Departamental 2016-2019 “Sucre progresa en paz.”* <http://www.sucre.gov.co/planes/plan-departamental-de-desarrollo-2016--2019>
- Gobernación del Amazonas. (2016). *Plan de Desarrollo Departamental 2016-2019 “Gestión y Ejecución para el bienestar, la conservación Ambiental y la Paz.”* <http://www.amazonas.gov.co/planes/plan-de-desarrollo-20162019-gestion-y-ejecucion-para>
- Gobernación del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina. (2016). *Plan de Desarrollo Departamental 2016-2019 “Los que soñamos somos más” Ordenanza 010 de 2016.* <https://www.sedsanandres.gov.co/index.php/planeacion-educativa/133-plan-de-sarrollo-2016-2019>
- Gobernación del Magdalena. (2016). *Plan de Desarrollo Departamental 2016-2019 “Magdalena Social, ¡es la vía!”* <http://www.magdalena.gov.co/planes/plan-de-desarrollo-20162019>
- Gobernación del Tolima. (2016). *Plan de Desarrollo Departamental 2016-2019 “Soluciones que transforman.”* <https://www.tolima.gov.co/documentos/2108/vigencia-2016-2019/>
- Gobernación del Vaupés. (2016). *Plan de Desarrollo Departamental 2016-2019 “Vaupés un Compromiso de Todos.”* <http://www.vaupes.gov.co/planes/plan-desarrollo-2016-2019-vau-pes-un-compromiso-de-todos>
- Cómez, C., & Builes, A. (2018). El derecho fundamental a la salud y la política de acceso al sistema: una mirada desde la Ley Estatutaria 1751 del año 2015. *Revista de La Facultad de Derecho y Ciencias Políticas*, 48(23), 135–167.
- Jimenez, W., Angulo, L., Castiblanco, Y., Gómez, M., Rey, L., Solano, L., & Urquijo, C. (2016). Ley estatutaria: ¿avance hacia la garantía del derecho fundamental a la salud? *Rev Colomb Cir*, 31, 81–90.

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2014). *Decreto 859 de 2014* (pp. 1-7).
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2015). *Resolución 1536 de 2015*.
- Morales Borrero, C., Borde, E., Eslava Castañeda, J., & Sonia, C. S. (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Rev. Salud Pública*, 15(6), 797-808.
- Organización Mundial de la Salud. (n.d.). *Determinantes Sociales de la Salud en la región de Las Américas*. https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=310&lang=es
- Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. http://www.who.int/social_determinants/thecommission/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Organización Mundial de La Salud. Comisión de Determinantes Sociales de la salud*. http://www.who.int/social_determinants/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas*. Gobierno de Australia Meridional.
- Política de Atención Integral en Salud, Repositorio Institucional Digital Minsalud (RID) 97 (2016). [https://doi.org/0741-5214\(93\)90264-M \[pii\]](https://doi.org/0741-5214(93)90264-M [pii])
- Presidencia de la República de Colombia. (2014). *Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 "Todos por un nuevo país."* <http://wp.presidencia.gov.co/sitios/especiales/Documents/20150616-especial-plan-nacional-desarrollo/index.html>
- Prieto Ávila, C. (2015). De la Ley Estatutaria de Salud: concepto de salud. *Revista Colombiana Salud Libre*, 10(2), 73-74.
- Ramírez Ramírez, A., Rocha Beltrán, D., Durango Suárez, L., & Rodríguez Álvarez, S. (2016). Implicaciones de la ley estatutaria 1751 de 2015 sobre las entidades promotoras de salud del régimen contributivo. *Revista CES Derecho*, 7(2).
- Valles, M. (1999). *Técnicas cualitativas de la investigación social. Reflexión metodológica y práctica*. Editorial Síntesis.
- Vidal, J., & Di Fabio, J. (2017). Judicialización y acceso a tecnologías sanitarias: oportunidades y riesgos. *Rev Panam Salud Publica*, 41, 1-5.
- Yepes, C. E., & Marín, Y. (2018). Desafíos del análisis de la situación de salud en Colombia. *Bio-médica*, 38, 162-172. <https://doi.org/https://doi.org/10.7705/biomedica.v38i0.3594>

Notas

ⁱEste artículo es uno de los productos derivados de la tesis doctoral "Evaluación de la estrategia de Atención Primaria Social desde los Determinantes Sociales de la Salud, en el departamento de Caldas, Colombia 2016-2019", en el marco del proyecto "Formación de Capital humano de alto nivel Universidad de Caldas - Nacional" Resolución 490 de 2020.