



La salud  
es de todos

Minsalud

# PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA PDSP 2022 - 2031

---

*El Espíritu que actúa...*

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



## Ministerio de Salud y Protección Social

**FERNANDO RUÍZ.**

Ministro de Salud y Protección Social

**GERMAN ESCOBAR M.**

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios de Salud

**MARÍA ANDREA GODOY C.**

Viceministra de Protección Social

**ANDREA HURTADO**

Secretaria General

**CLAUDIA MILENA CUELLAR SEGURA.**

Directora de Epidemiología y Demografía

**CARLOS EDUARDO PINZÓN FLÓREZ**

Coordinador de Planeación de la Salud Pública

**GERSON BERMONT**

Director de Promoción y Prevención

**IVAN MESA**

Director de Aseguramiento

**JOHN DELGADO**

Director de Prestación de Servicios y Atención Primaria en Salud

**KATTYA MARGARITA BAQUERO**

Directora de Talento Humano en Salud

**LEONARDO ARREGOCES**

Director de Medicamentos y Tecnologías en Salud

**MARCELA BRUN**

Directora de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento

**OTONIEL CABRERA**

Director de Financiamiento Sectorial

**WEIMAR PAZOS**

Jefe de la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales



## **ALEJANDRO CEPEDA**

Jefe de la Oficina de Promoción Social

## **CONSTANZA ENGATIVA**

Jefe de la Oficina de Tecnologías de la Información y Comunicaciones

## **HUGO AREVALO**

Jefe de la Oficina de Comunicaciones

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

#### **Gerente del Proyecto**

Carlos E. Pinzón F.

#### **Equipo Técnico Plan Decenal de Salud Pública**

Adriana Otero	Luz Stella Ríos
Alexandra Porras	Lyli Chindoy
Aley Montenegro	Marcela Galeano
Ana María Peñuela	Marcela Herrera
Ana Milena Montes	María Elena Mora
Andrea Avella	María Teresa Buitrago
Andrea Rodríguez	Maritza Silva
Aura Yanira Roa	Mauricio Montaña
Beatriz Duque	Mauricio Vera
Cristina Manrique	Maylen Rojas
Edgardo Hernando	Mónica Castro
Elisa Cadena	Norman Gil
Fredy Camelo	Nubia Bautista
Gerardo Duque	Oscar Bernal
Germán Gallego	Paola Filigrana
Gianna Henríquez	Patricia Molano
Ginna Saavedra	Patricia Rozo
Heidy García	Paula Grisales
Iván Cárdenas	Ricardo Luque
Jair Arciniegas	Roberto Bejarano
Jairo Hernández	Salome Valencia
Jazmín Jaimes	Sandra Guerrero
Johana Segura	Sergio González
José Galindo	Víctor Quiroga
Katty Baquero	Yovana Ocampo



Lady Castillo  
Lia Marcela Guiza  
Lilibeth Camargo

Yuliana Valbuena

### **Equipo Administrativo**

Karen Guzmán  
Luis Jorge Osuna  
Doris Martínez  
Omaira Teresa Borda  
Diego R. Torres  
Jeann Díaz Mora

### **Equipo de Comunicaciones**

Giannina L. Torres P.  
Gina Aurela Castellanos

### **Agradecimientos**

- Laura Plata
- Claribel Rodríguez
- Clemencia Nieto
- Julián Fernández (Director Dirección de Epidemiología y Demografía 2020-2022)
- Luis Alexander Moscoso (Viceministro de Salud Y Protección Social 2020-2021)
- Patricia Arbeláez
- Catalina Latorre
- Dora Cardona
- Y en extenso a todo el comité gestor que nos apoyó en este proceso.
- Organización Panamericana de la Salud - OPS
- Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional - USAID
- Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (Argentina)- IECS
- Instituto Nacional De Salud - INS
- Instituto Nacional De Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA
- Instituto Nacional De Cancerología - INC
- Fondo de Previsión Social del Congreso de la República



- Administradora de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES
- Fondo Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia
- Instituto Nacional de Dermatología
- Sanatorio de Agua de Dios
- Sanatorio de Contratación
- Superintendencia Nacional de Salud
- Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud -IETS
- Comité Técnico Indígena COTI de la Subcomisión de Salud Indígena de la Mesa Permanente de Concertación
- Grupo de la Población Víctima del Conflicto Armado
- Comisión Tercera de Salud del Espacio Nacional de Consulta Previa
- Mesa Nacional de Diálogo del pueblo Rrom
- Comité de Salud de Víctimas de la Mesa Nacional de Participación Efectiva de las Víctimas del Conflicto Armado

***A todas las familias, confidentes y amigos del equipo de trabajo que con su empatía y compasión permitieron que esta política sea un hecho de transformación de realidades***

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

Equipo técnico de la Dirección de Epidemiología y Demografía

Equipo técnico de la Dirección de Promoción y Prevención

Equipo técnico de la Dirección de Talento Humano

Equipo técnico de la Dirección de Prestación de Servicios

Equipo técnico de la Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud

Equipo técnico de la Dirección de Aseguramiento

Equipo técnico de la Dirección de Financiamiento Sectorial

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

Equipo técnico de la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales

Equipo técnico de la Oficina de Promoción Social

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



## Equipos de las Secretarías de Salud

Secretaría de Salud Departamental de Amazonas  
Secretaría de Salud Departamental de La Guajira  
Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia  
Secretaría de Salud Departamental de Magdalena  
Unidad Administrativa Especial de Salud de Arauca  
Secretaría de Salud de Meta  
Secretaría de Salud Departamental de Atlántico  
Instituto Departamental de Salud de Nariño  
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá  
Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander  
Secretaría de Salud Departamental de Bolívar  
Secretaría de Salud Departamental de Putumayo  
Secretaría de Salud Departamental de Boyacá  
Secretaría de Salud Departamental de Quindío  
Dirección Territorial de Salud de Caldas  
Secretaría de Salud Departamental de Risaralda  
Secretaría de Salud Departamental de Caquetá  
Secretaría de Salud Departamental de San Andrés y Providencia  
Secretaría de Salud Departamental de Casanare  
Secretaría de Salud Departamental de Santander  
Secretaría de Salud Departamental de Cauca  
Secretaría de Salud Departamental de Sucre  
Secretaría de Salud Departamental de Cesar  
Secretaría de Salud Departamental de Tolima  
Secretaría de Salud Departamental de Chocó  
Secretaría de Salud Departamental de Valle del Cauca  
Secretaría de Salud Departamental de Córdoba  
Secretaría de Salud Departamental de Vaupés  
Secretaría de Salud de Cundinamarca  
Secretaría de Salud Departamental de Vichada  
Secretaría de Salud Departamental de Guainía  
Secretaría de Salud Departamental de Guaviare



## **Universidad de los Andes**

Coordinador del equipo Consultor  
Oscar Bernal

Asesora equipo consultor  
Catalina González

Coordinadora de la Etapa de Diagnóstico  
Jovana Ocampo

Coordinadora de la Etapa de Definición Técnica  
Ana María Díaz

Coordinadora de la Etapa de Consulta  
Omaira Valencia

Coordinadora de Participación Social  
Claudia Gómez

Coordinador administrativo  
Sebastián León

Coordinador técnico  
Mauricio Cortés

Asistente de investigación  
Verónica Chaves



## Tabla de contenido

Introducción.....	8
Capítulo 1. Antecedentes y Contexto de la Planeación del Plan Decenal de Salud Pública.....	14
Capítulo 2. Metodología de la Formulación del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031.....	31
Capítulo 3. Análisis de Situación de Salud en Colombia 2020-2031.....	59
Capítulo 4. Abordajes Conceptuales y Ordenadores del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031.....	102
Capítulo 5. Marco Estratégico del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031...	180
Capítulo 6. Gestión Territorial Integral de la Salud Pública del PDSP 2022-2031.....	283
Capítulo 7. Responsabilidades de los Actores del Sector Salud en el PDSP 2022-2031.....	311
Capítulo 8. Salud Propia e Intercultural con los Pueblos y Comunidades Étnicas en el PDSP 2022-2031.....	332
Capítulo 8. Salud Propia e Intercultural con los Pueblos y Comunidades Étnicas en el PDSP 2022-2031.....	401
Capítulo 10. Acciones Diferenciales para la Población Habitante de Calle, Población con Discapacidad, Población Campesina, Población Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgénero E Intersexuales (Lgbti) y Población Migrante en el PDSP 2022-2031.....	424
Capítulo 11. Sistema de Seguimiento y Evaluación del PDSP 2022-2031...	509
Glosario.....	532
Anexos.....	542



## Introducción

---

El valor de la vida y la salud son elementos fundamentales de la dignidad humana. En 1978, delegaciones de todos los países del mundo emitieron la declaración de Alma Ata, estableciendo un deber supremo para reducir las desigualdades y comprometer a todos los países en el reconocimiento de la salud como un derecho fundamental y a la necesidad de avanzar hacia el bienestar de las personas y las sociedades. Han pasado un poco más de 40 años y en general las sociedades han progresado en su desarrollo económico, social y de salud. Sin embargo, este progreso ha sido desigual, si bien la pobreza extrema ha disminuido de manera sostenible en la última década, la pandemia de COVID-19 ha evidenciado que se puede retroceder en este avance a cifras de alrededor del 8%. (Roser & Ortiz-Ospina, 2021) Además, más del 50% de la población mundial no accede a servicios de salud y cerca de 2.200 millones de personas, en todo el mundo, no tienen acceso a agua potable. (Organization., 2018) De otra parte, según el último informe de la Unión Internacional de Telecomunicaciones (UIT, siglas en inglés) se estima que 2.900 millones de personas en el mundo carecen de conexión, de los cuales el 96% pertenecen a países en desarrollo. (Telecomunicaciones, 2021)

Así mismo, la humanidad y las sociedades fueron puestas a prueba como nunca en la historia reciente durante la crisis humanitaria producida por la pandemia de COVID-19, que evidenció y profundizó las desigualdades, pero al mismo tiempo permitió reconocer la necesidad urgente de reducir dichas desigualdades, abordar los determinantes sociales de la salud, avanzar hacia la mejoría de las condiciones de vida de las personas y al fortalecimiento de las redes de apoyo social. La pandemia de COVID-19 evidenció también capacidades diferenciales de los Estados y de los sistemas de salud para dar respuesta integral y oportuna a las necesidades de salud de las personas. En particular, en América Latina los países han optado por diferentes opciones de políticas y programas de salud pública dependientes principalmente de los recursos disponibles para llevarlas a cabo, lo



que ha resultado en acciones con diferentes niveles de desarrollo para la vigilancia epidemiológica, la atención primaria y de alta complejidad en salud, así como de los programas nacionales de vacunación (Catherine Arsenault, 2022).

Colombia ha sido un país líder en la gestión de la salud pública y el desarrollo del sistema de salud en la región, reconocido por sus avances en la garantía del derecho fundamental a la salud, la cobertura universal de la salud, y el reconocimiento de la salud en todas las políticas. A pesar de esto, el país se ha enfrentado a situaciones sociales, económicas y políticas que han generado desigualdades crecientes en términos de educación, salud y trabajo (WHO, 2017). En este contexto, desde hace diez años el país con el liderazgo del sector salud, ha emprendido una labor importante en torno al abordaje de los determinantes sociales de la salud, creando marcos normativos, una serie de elementos estratégicos orientados al reconocimiento de las prioridades en salud, así como la implementación de estrategias más efectivas para gestionarlas e incidir positivamente en la salud de las personas. Esta apuesta ha sido materializada en el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), reglamentada en la Ley 1438 de 2011 y fortalecida por las diferentes políticas de gobierno de los últimos años (Social, Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, 2013).

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



protección<sup>1</sup> y las personas expuestas a contextos, situaciones o condiciones de mayor vulnerabilidad, así como el fortalecimiento de la gestión de la autoridad sanitaria (Social, Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, 2013).

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

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

---

1 1 Los sujetos de especial protección se encuentran definidos por la Corte Constitucional como “aquellas personas que debido a su condición física, psicológica o social particular merecen una acción positiva estatal para efectos de lograr una igualdad real y efectiva. Así, ha considerado que entre los grupos de especial protección constitucional se encuentran: los niños, los adolescentes, los ancianos, los disminuidos físicos, síquicos y sensoriales, las mujeres cabeza de familia, las personas desplazadas por la violencia y aquellas que se encuentran en extrema pobreza” Sentencia T 167 de 2011.



En este contexto, nace el proceso de formulación del PDSP 2022-2031, buscando construir sobre los elementos estratégicos en torno a la salud que se han venido consolidando en las diferentes esferas del Estado y promoviendo reflexiones en salud pública a través de procesos amplios y representativos de participación social, necesarios para reconocer la necesidad urgente de transformación de las realidades injustas de los habitantes del territorio nacional, así como la necesidad de continuar avanzando en la gestión intersectorial de los determinantes sociales de la salud. Es así como el PDSP 2022-2031 establece tres grandes apuestas para la incidencia decidida y positiva sobre los determinantes sociales de la salud: 1) El fortalecimiento de la articulación intersectorial para la gestión de los determinantes sociales de la salud, 2) la interseccionalidad al reconocer que las múltiples discriminaciones incrementan la carga de desigualdades en salud en contextos históricos, sociales y culturales determinados y 3) el fortalecimiento de la gestión territorial integral de la salud pública a través un modelo de gestión territorial que oriente, articule y permita reconocer y armonizar los intereses de los diferentes actores sectoriales e intersectoriales para la implementación de las acciones y por tanto el logro de los objetivos.

Estas acciones estratégicas permitirán el logro de los cuatro fines de la política que buscan avanzar sobre las bases del PDSP 2012-2021 y que corresponden a: 1) Avanzar hacia la garantía del derecho fundamental a la salud mediante la acción intersectorial y de la sociedad en su conjunto para la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud; 2) Avanzar hacia la mejora de las condiciones de vida, bienestar y calidad de vida de los habitantes del territorio colombiano mediante la reducción de desigualdades sociales en salud entre grupos socialmente constituidos; 3) Reducir la mortalidad evitable y su impacto en los años de vida perdidos, así como la morbilidad y discapacidad evitables y su impacto en los años de vida saludables y 4) Avanzar hacia la garantía del goce efectivo de un ambiente sano y a la mejora de la salud ambiental mediante la acción intersectorial para la protección de los ecosistemas y el fomento de territorios y entornos saludables.

Este documento esta conformado por 4 secciones. La primera sección describirá en contexto de formulación, la situación de salud y de gestión de los determinantes sociales de la salud y describe las prioridades de salud y de determinantes sociales que serán los retos y desafíos a los cuales el país orientará sus esfuerzos para resolverlas. Una segunda sección donde se describen y explican las diferentes perspectivas, modelos y enfoques



conceptuales con el cuál la política busca consolidar sus bases para la incidencia positiva de los determinantes sociales de la salud, así mismo se presenta la apuesta estratégica planteada por esta política en la vigencia 2022-2031 y la propuesta de gestión territorial de la política, elemento que busca fortalecer a las Entidades Territoriales en lo que será la implementación de esta política, para cerrar esta sección el documento describe los elementos estratégicos de la salud pública para nuestras comunidades indígenas, víctimas del conflicto armado, comunidades Rrom, comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras y otros diferenciales. La tercera y última sección plantea los elementos de seguimiento, monitoreo y evaluación y sostenibilidad financiera que permiten la adecuada implementación de la política pública.

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

Por último, el Plan Decenal incorpora su slogan “El Espíritu que actúa” buscando ser reconocida como la política pública que transforme las realidades injustas por las cuales las personas, sus familias y comunidades diariamente deben atravesar para desarrollarse plenamente. El Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 busca consolidar la acción decidida hacia un país más justo y más empático frente a las circunstancias de vulnerabilidad de las personas que por diferentes situaciones carecen de salud y bienestar. El plan busca avanzar en el fortalecimiento de las direcciones territoriales para el desarrollo



de planes, programas y estrategias que garanticen las dinámicas de toma de decisión, el gobierno, la gobernabilidad y gobernanza de la salud pública; la apropiación de la atención primaria en salud, la gestión intersectorial de los determinante sociales de la salud, la gestión integral del riesgo en salud pública, la gestión del conocimiento para la salud pública y la gestión y desarrollo del talento humano en salud. El PDSP busca ser la voluntad conjunta de los actores públicos y privados por el propósito trascendente del cuidado de la vida y la salud, se esmerará por ser conciencia colectiva de las virtudes y valores por preservar el elemento fundamental de la especie humana: su dignidad.

## Referencias

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



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

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

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

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



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

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

Gráfico 1.

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



Fuente: Elaboración propia.

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

Enfoques y Modelo Conceptual. Abordaje con múltiples enfoques – de derechos, que lleve al disfrute del más alto nivel posible de salud mediante el goce de todos los beneficios y condiciones necesarias; diferencial, buscando la garantía



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

**Diseño Estratégico.** Estratégicamente el plan se compuso de una visión, meta principal y objetivos estratégicos que se desplegaron en una serie de estrategias establecidas para el abordaje por medio de dimensiones<sup>2</sup>, ocho (8) prioritarias<sup>3</sup>, dos (2) transversales<sup>4</sup>, cada dimensión desarrollo un componente transectorial y sectoriales que incorporaron en acciones (estrategias comunes y específicas) (MSPS, 2013).

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

---

<sup>2</sup> Se paso de prioridades en salud como fueron definidas en el Plan de Salud Pública 2007-2010, a dimensiones prioritarias como elementos ordenadores de abordaje y actuación en salud pública **Fuente especificada no válida.**

<sup>3</sup> Salud ambiental, Convivencia Social y Salud Mental, Seguridad Alimentaria y Nutricional, Sexualidad y Derechos Sexuales y reproductivos, Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles, Salud Pública en Emergencias y Desastres, Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles, Salud y Ámbito Laboral.

<sup>4</sup> Dimensión gestión diferencial de las poblaciones vulnerables - respecto a los desarrollos diferenciales en sujetos y colectivos específicos y Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la Gestión de la Salud - orientada al fortalecimiento de la autoridad sanitaria y de los servicios de salud.



encaminadas a modificar el riesgo primario o la probabilidad de pérdida de la salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Con estos componentes, el Ministerio de Salud y Protección Social mediante la Resolución 1841 de 2013 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013) adoptó el PDSP 2012-2021, estableciendo desde lo estratégico a nivel nacional un total de 212 metas - 79 (37.26%) de resultado y 133 (62.74%) de gestión-. Desde lo subnacional, con la Resolución 1536 de 2015 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015) estableció el proceso para la planeación integral para la salud, los elementos para el desarrollo de la planeación territorial en salud -estratégicos, operativos y financieros- y la Metodología PASE a la Equidad en Salud<sup>5</sup>, permitiendo la adopción de los contenidos del PDSP en la planeación en cada cuatrienio de las entidades territoriales y con la Resolución 518 de 2015 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015) bajo la línea operativas del PDSP se establecieron las acciones y actividades a incluir en los PTS.

Otro de los aspectos importantes para el desarrollo del PDSP 2012-2021 y la incidencia sobre los DSS, fue la gestión intersectorial<sup>6</sup>, fundamentada en la integración con otros sectores, con el propósito de poder ser usada productivamente para resolver los problemas, que permitiera compartir los recursos, saberes, experiencias de cada sector y posibilitar la búsqueda de soluciones integrales en

---

<sup>5</sup> Adaptación conceptual y metodológica del Modelo BIT PASE. Metodología vinculante con todas las políticas nacionales, que plantea una secuencia lógica, sistemática y ordenada de los procesos, momentos, pasos y actividades. Con elementos normativos, conceptuales, metodológicos, técnicos y operativos que se entretajan de manera armónica para garantizar la formulación integral del PTS. La Estrategia fue diseñada con el fin de fortalecer la capacidad conceptual, operativa y técnica de las entidades territoriales para la formulación de PTS, de acuerdo con el PDSP 2012-2021 **Fuente especificada no válida.**

<sup>6</sup> La intersectorialidad en el plan anterior era solo una estrategia de uno de los componentes (el de regulación) de la dimensión del fortalecimiento de la autoridad sanitaria **Fuente especificada no válida.** En tanto, avanzando en el tema la comisión intersectorial nace en la Ley 1438 de 2011 y se adopta con el Decreto 859 de 2014. A pesar del gran avance no se logró la fuerza para el logro efectivo de la intersectorialidad y por tanto, el PDSP 2022-2031 acoge la intersectorialidad como un eje estratégico.



las políticas públicas, buscando bienestar, desarrollo y calidad de vida de la población (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022). Para este objetivo fue creada la Comisión Intersectorial de Salud Pública - CISP<sup>7</sup> a fin de hacer seguimiento a las acciones para el manejo de determinantes en salud, según lo previsto en el párrafo 1 del artículo 7 de la Ley 1438 de 2011 (Congreso de la República, 2011) y establecidas sus funciones por medio del Decreto 859 de 2014 en su artículo 2 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

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

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

---

<sup>7</sup> Desde el 2014 la CISP llevo a cabo 12 sesiones con un promedio de 8 miembros por cada sesión y un total de 206 invitados de las instituciones que conforman la Comisión y de otras entidades del Estado. En las sesiones se abordaron temas de dos tipos: consolidación y reglamento de la comisión (2 sesiones), y respecto a situaciones en salud y de políticas públicas, con presentaciones para las siguientes temáticas: enfermedades crónicas no transmisibles ECNT, situación de la calidad del agua y del aire, salud mental, situación de la Pandemia por COVID-19 y respecto a los temas de políticas públicas con la presentación del Modelo de Atención Integral en Salud – MAITE, las líneas prioritarias de acción en Salud Pública y finalmente los avances de la formulación del PDSP 2022-2031. Dentro de las estrategias desarrolladas se encuentran las siguientes: i) Vidas en la vía – accidentalidad vial, ii) Abordaje y respuesta al sarampión, iii) Colombia Vive Saludable y iv) Abordaje y respuesta al fenómeno migratorio.



20158. Anterior a la Resolución para el periodo de gobierno 2012-2015 se llevó a cabo un proceso de migración<sup>9</sup> de los planes de salud territoriales al PDSP (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014) y un alistamiento institucional acompañado de asistencias técnicas para que a partir del periodo de gobierno del año 2016 el proceso para la planeación territorial del sector salud fuera bajo la misma metodología<sup>10</sup> (Minsalud. Universidad Externado de Colombia. UNFPA, s.f.) en la que se plantea la secuencia por procesos y se encuentra circunscrita en el ciclo de la gestión pública territorial, y con el sistema de monitoreo y de evaluación<sup>11</sup> que sigue la estructura del Plan Decenal, permitiendo el seguimiento a las acciones, al avance de las metas y la ejecución financiera. teniendo como resultado de la metodología y la disposición de la información en el sistema de monitoreo que se puede establecer el siguiente comportamiento en la planeación en las entidades territoriales, según el ordenador del plan decenal, cómo son las dimensiones. Ver Tabla 1.

---

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

9 Metodología, flexible y dinámica, mediante el abordaje del relacionamiento, desde el Modelo ATRU, con los instrumentos del Modelo ATRU, a la luz de la Teoría de los Stakeholders.

10 Anterior al PDSP 2012-2021 y la Resolución 1536 de 2015 las entidades territoriales de salud seguían las directrices establecidas por el DNP para la planeación territorial y sectorial bajo las metodologías dispuestas para tal fin. Solo a partir del 2015 se unifica la metodología para la planeación en salud, mediante la metodología PASE a la Equidad en salud, que proveniente de la metodología BIT PASE que es una metodología diseñada por una universidad e incorporada por el DNP para el desarrollo de la planeación territorial. El MSPS en 2013 inicia el proceso para la adopción y adaptación de la metodología, y con carácter obligatorio a partir de la planeación territorial del periodo 2016-2019, llevando esta situación a un primer cuatrienio de gobierno del plan con ausencia de la metodología y sin incorporación efectiva de los postulados del PDSP 2012-2021 en la planeación de las entidades territoriales en salud.

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



Tabla 1.

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

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

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

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

El Monitoreo y la Evaluación se propuso para que de manera integral apoyara los procesos administrativos del ámbito territorial a través del acceso y manejo de un tablero de control de indicadores de resultado y gestión del PDSP (efectos,



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

Gráfico 2.

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



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

Respecto a la intersectorialidad, se crea la Comisión Intersectorial de Salud Pública - CISP con el fin de hacer seguimiento a las acciones para el manejo de determinantes en salud buscando fomentar la intersectorialidad para incidir positivamente en los determinantes sociales de la salud y en ese sentido, es conformada por ocho Ministerios responsables de políticas con influencia sobre estos (Agricultura y Desarrollo Rural, Trabajo, Minas y Energía, Educación Nacional, Ambiente y Desarrollo Sostenible, Vivienda, Ciudad y Territorio, Transporte, Cultura), así como el Departamento Administrativo de la Presidencia y el Departamento Administrativo para la Prosperidad Social (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

La CISP como instrumento para el seguimiento al cumplimiento de las metas a su cargo contó con un tablero de control, que siguió la estructura del PDSP (dimensiones) y operativamente 33 indicadores, distribuidos entre los sectores que



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

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

En cuanto a resultados de la última evaluación realizada en el 2021 del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, se obtuvieron los siguientes hallazgos: de los 249 indicadores que corresponden a las 212 metas del PDSP, existió un cumplimiento diferenciado entre los indicadores de gestión y de resultado, el 27% (44) de los indicadores de gestión y el 25% (22) indicadores de resultado cumplieron el total de la meta, siendo los de gestión los que evidenciaron un mayor cumplimiento durante su implementación. Dentro de las diez dimensiones del



PDSP, la dimensión de Seguridad Alimentaria y Nutricional fue la que presento un mayor grado de cumplimiento de las metas de gestión, con el 86%. En el caso de las metas de resultado, la dimensión de Salud y Ámbito Laboral fue la dimensión con el mayor logro, con el 66% de cumplimiento de las metas de resultado, como se observa en la siguiente tabla.

Tabla 2.

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

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

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

Como hallazgos en la evaluación de procesos e institucional (Ministerio de Salud y protección Social, 2018) se encontró: i) Debilidades en los procesos de planeación reflejadas en : dificultades en la comprensión de la metodología PASE a la Equidad, falta de autonomía en el proceso de priorización, ruptura entre el diagnóstico, priorización y asignación de recursos, falta de parámetros para evaluar efectividad de intervenciones colectivas y metas de resultado ambiciosas; ii) Fallas



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

### Construir Sobre lo Construido

Con base en la evaluación de los elementos de gestión y los resultados del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, así como en las recomendaciones clave secundarias a dicha evaluación se contemplaron en la formulación del PDSP 2022-2031 cinco elementos de planeación para dar respuesta a las necesidades aun insatisfechas, los cuales se incluyeron en los diferentes procesos de participación social, consulta ciudadana y desarrollos técnicos del comité gestor y del equipo formulador del Plan Decenal. A continuación, se describen estos elementos:

- a. Reconocimiento y fortalecimiento del gobierno y la gobernanza de la salud pública. El PDSP 2012-2021 reconoció y creó las instancias necesarias para la toma de decisión en torno a la gestión sectorial e intersectorial de los Determinantes Sociales de la Salud, la Comisión Intersectorial de Salud Pública, la delegación a nivel subnacional a los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, así mismo, provocó la generación de múltiples



instancias intersectoriales orientadas por temáticas de salud prioritarias por los gobiernos y fortaleció institucionalmente equipos de trabajo de las dependencias del Ministerio de Salud y Protección Social para la implementación de la política. Sin embargo, la falta de una agenda única para la gestión de los determinantes sociales de la salud, la pérdida de la confianza y legitimidad de los procesos por parte del gobierno, la falta de articulación entre los diferentes niveles de gestión del sistema, los sectores y los actores para la incorporación de la política en los territorios, y la debilidad en los procesos de participación social y comunitaria, limitaron las instancias en su capacidad deliberativa, los procesos de toma de decisión efectiva y lo que derivó en un detrimento del proceso de planeación, formulación, implementación y evaluación de la política pública y por tanto, en la necesidad de su fortalecimiento.

- b. Fortalecimiento de la planeación estratégica. El PDSP 2012-2021 estableció dos elementos de planeación estratégica: 1) una estrategia matricial que consideraba la relación entre las prioridades de salud y la gestión de determinantes sociales explícitos y 2) la necesidad de contemplar una serie de metodologías y herramientas de planeación territorial en salud. Estos dos elementos permitieron identificar la estrategia y así mismo establecer una agenda priorizada de necesidades de salud pública. Por otro lado, el modelo de planeación territorial en salud reconocía la necesidad de generar competencias y capacidades para una adecuada implementación de la política. Sin embargo, a pesar de que el proceso de planeación territorial y de implementación de la política tuvo tres oportunidades de mejora reconocibles en los diferentes análisis realizados: i) un diagnóstico integral de capacidades de los territorios para implementar metodologías robustas de planeación, ii) un acompañamiento en la implementación basado en generación de competencias y habilidades más que de saberes y iii) una alta rotación de los profesionales de la salud pública, la implementación de los procesos de mejora no surtió el efecto esperado y por tanto no se logró el desarrollo y consolidación de dichos procesos en las entidades territoriales.



En consecuencia, el PDSP 2022-2031 retoma dichas limitaciones y reorienta el sentido de la planeación desde una visión estratégica de los procesos con el ánimo de mejorar las etapas de formulación, implementación y evaluación de la política, y el desarrollo efectivo de las estrategias y acciones obedeciendo a las necesidades de los diferentes contextos territoriales y a la garantía de la sostenibilidad de dichas acciones.

- c. Planteamiento de una estrategia que garantice la integralidad y sostenibilidad de la gestión de la salud pública. El PDSP establece una estrategia de gestión positiva de los Determinantes Sociales de Salud para la garantía del derecho fundamental a la salud. Sin embargo, incidir sobre las circunstancias injustas y evitables a las cuales las personas están expuestas requiere de una visión a largo plazo, de la capacidad de ambidestreza de los tomadores de decisión para gestionar las situaciones y prioridades emergentes y por otro lado las acciones importantes y a mediano plazo. De ahí que la segunda versión del PDSP 2022-2031 desarrolle las estrategias requeridas al interior de cada elemento orientador para dar cumplimiento al objetivo de cada uno de los ejes estratégicos e integra un nuevo eje estratégico en respuesta a los procesos de participación a saber, la gestión del talento humano en salud pública. Adicionalmente se hace el reconocimiento de nuevos diferenciales en el marco del bienestar y del desarrollo humano y sostenible con ello nuevamente ubica en el centro a las personas y a las entidades territoriales como los primeros respondientes frente a sus necesidades de salud.
- d. Fortalecimiento de gestión territorial integral de la salud pública como marco operativo del PDSP. La capacidad de las estructuras y sistemas de salud y protección social para dar respuesta efectiva a las necesidades de salud de las personas en tiempos de crisis se vio comprometida con la pandemia COVID 19 que dejó en evidencia la pobre o inexistente resiliencia de los sistemas de salud alrededor del mundo, frente a una situación de crisis de tal magnitud. En Colombia, la pandemia permitió reconocer que, aunque la apuesta por la garantía del derecho a la salud y el logro de la cobertura



universal es el camino, persisten importantes barreras y deudas históricas frente al acceso equitativo a los servicios de salud, la oportunidad en la atención, y la integralidad en salud y que este PDSP debe aportar de forma decisiva en su superación. En ese sentido se requiere fortalecer el marco operativo visibilizando los distintos componentes y niveles de gestión, sus responsables y los recursos operativos requeridos, de tal forma que se trace la ruta para la gestión territorial integral de la salud pública durante el próximo decenio y se posibilite el efectivo el seguimiento, vigilancia y control por parte de las entidades correspondientes.

- e. Seguimiento y evaluación de acciones y políticas de manera efectiva y eficiente. Colombia es un país que ha madurado en la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas. Esta maduración no ha sido armónica en las diferentes fases debido a situaciones propias del contexto, contenido y actores que inciden en la formulación de las políticas. En consecuencia, el seguimiento y evaluación fueron procesos que se desarrollaron en menor medida en el marco del PDSP anterior, comportamiento esperable debido a que, en tanto política naciente, los esfuerzos se dedicaron a garantizar una adecuada formulación e implementación. En consecuencia, existe la necesidad de estandarizar procesos de seguimiento y evaluación, reconocer indicadores validados, confiables y trazables que den cuenta del desarrollo de acciones, el cumplimiento de metas, los resultados del proceso y los resultados en salud. Lo anterior permitirá evolucionar el sistema de seguimiento y evaluación del PDSP 2022-2031 hacia un sistema más efectivo para la toma de decisiones en salud pública y eficiente en el fortalecimiento de la institucionalidad sanitaria que facilite oportunidades de mejora en el desempeño territorial e institucional y permita la generación de valor en el marco de la gestión de la salud pública. Así mismo, incluir al sistema en las tendencias globales de transformación digital, uso de inteligencia artificial y sofisticación de procesos de seguimiento y evaluación permitirá generar y consolidar capacidades



directivas, operativas y de control para la gestión efectiva y eficiente de la política pública.

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

## Referencias

Congreso de la República. (10 de Enero de 1990). *Ley 10 de 1990. Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones.*

Recuperado el 26 de Enero de 2022, de

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=3421>

Congreso de la Republica. (23 de Diciembre de 1993). *Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.*

Recuperado el 26 de Enero de 2022, de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf>

Congreso de Colombia. (15 de Julio de 1994). *Ley 152 de 1994. por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo.* Recuperado el 26 de Enero de 2022, de

[https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/Ley152\\_94.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/Ley152_94.pdf)

Congreso de la República. (21 de Diciembre de 2001). *Ley 715 de 2001. por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de*



la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la.

Recuperado el 26 de Enero de 2022, de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-0715-de-2001.pdf>

Congreso de la Republica. (9 de Enero de 2007). Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en

Salud y se dictan otras disposiciones. Recuperado el 26 de Enero de 2022, de

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

Congreso de Colombia . (19 de Enero de 2011). Ley 1438 de 2011. POR MEDIO DE LA CUAL SE REFORMA EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES. Recuperado el 25 de Enero de 2022, de

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf)

Congreso de la República. (11 de Julio de 2012). Ley 1562 de 2012. Por la cuál se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y de dictan otras disposiciones en

materia de Salud Ocupacional . Recuperado el 26 de Enero de 2022, de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Ley-1562-de-2012.pdf>

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

participación democrática. *Ley Estatutaria de Participación Democrática* .

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

disposiciones. *Ley Estatutaria de Salud*.

Departamento Administrativo de la Función Pública. (2 de Noviembre de 2011).

Decreto 4107 de 2011. Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de

Salud y Protección Social. Recuperado el 26 de Enero de 2022, de



<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/decreto-4107-de-2011.pdf>

DNP - Departamento Nacional de Planeación- Salud. (s.f.). *Rutas especializadas para la formulación de los Planes de Desarrollo Territoriales “Salud”*. Recuperado el 27 de Enero de 2022, de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/rutas-especializadas-salud.pdf>

Ministerio de Salud. (3 de Agosto de 1994). Decreto 1757 de 1994. Por el cual se organizan y establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 11 del artículo 4o de Decreto Ley 1298 de 1994. Recuperado el 26 de Enero de 2022

Ministerio de la Protección Social. (7 de Agosto de 2007). *Decreto número 3039 de 2007. Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010*.

Recuperado el 26 de Enero de 2022, de

[https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Políticas\\_Nacionales\\_Salud-Colombia\\_2007-2010.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Políticas_Nacionales_Salud-Colombia_2007-2010.pdf)

Ministerio de Salud y Protección de Salud . (Abril de 2013). *Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021. La salud en Colombia la construyes tú*. Recuperado el 26 de Enero de 2022, de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PDS P.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (28 de Mayo de 2013). *Resolución 1841 de 2013. Por a cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021*.

Recuperado el 26 de Enero de 2022, de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1841-de-2013.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (6 de Mayo de 2014). *Decreto 859 de 2014. Por el cual se reglamenta el par~grafo 1 del artículo 7 de la Ley 1438 de 2011*. Obtenido de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/decreto-859-DE-2014.pdf>



Ministerio de Salud y Protección Social. (28 de febrero de 2014). *Metodología de relacionamiento para la migración del Plan de Salud Territorial al Plan Decenal de SALud Pública 2012-2015*. Obtenido de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/pdsp-metodologia-migracion-pts-al-pdsp.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (11 de Mayo de 2015). *Resolución 1536 de 2015. Por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud*. Recuperado el 26 de Enero de 2022, de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1536-de-2015.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (24 de Febrero de 2015). Resolución 518 de 2015. Por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de IntelVenciones Colectivas - PIC. Obtenido de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-0518-de-2015.pdf>

Ministerio de Salud y protección Social. (2018). *Evaluación de procesos e institucional del Plan Decenal de Salud Pública (2012-2021)*. Recuperado el 2022 de 28 de Enero, de

<https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/evaluacion.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2 de Agosto de 2018). Resolución 3280 de 2018. Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se .

Ministerio de Salud y Protección Social. (27 de Septiembre de 2019). Resolución 2626 de 2019. Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud - PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial-MAITE.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). proceso de evaluación de la Comisión Intersectorial de Salud Pública en los aspectos cuantitativos de su ejecución. Bogotá D.C. : MSPS.



Ministerio de Salud y Protección Social. (26 de Enero de 2022). *Comisión intersectorial de salud pública*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/Paginas/comision-intersectorial-de-salud-publica.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (28 de Enero de 2022). Ministerio de Salud y Protección Social > Salud > Salud Pública - Ministerio > Epidemiología y demografía > Planeación en salud pública. Recuperado el 28 de Enero de 2022, de <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/Paginas/planeacion-en-salud-publica.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. Universidad Externado de Colombia. UNFPA. (s.f.). Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021. Estrategia PASE a la Equidad en Salud. Lineamientos Metodológicos, Técnicos y Operativos. Recuperado el 27 de Enero de 2022, de [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/EPALES\\_Metodologico.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/EPALES_Metodologico.pdf)



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

---

### Ciclo de Gestión de la Política Pública

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

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

---

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



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

En ese orden de ideas, el proceso de formulación del plan se cimentó en la generación de espacios de participación que garantizaran la incidencia de la ciudadanía, a fin de fortalecer procesos de apropiación, sostenibilidad, legitimidad y colaboración en la formulación, implementación, seguimiento y evaluación del plan (MSPS, 2020a).

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

### ***Fase de Aprestamiento***

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

Los insumos recabados en esta etapa se obtuvieron a través de la revisión documental relacionada con el proceso de formulación e implementación del Plan Decenal 2012-2021 y de diversas fuentes bibliográficas y normativas vigentes (MSPS, 2019), los cuales correspondieron a los documentos de análisis del contexto técnico, normativo y político del PDSP 2012-2021, su balance y proyección 2022-



2031; y a la elaboración y aprobación de lineamientos generales que incluyeron la hoja de ruta y el plan de trabajo para la formulación.

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

Para el diseño del plan decenal se adoptó el proceso de planificación multiescalar participativa el cual recogió los principios de la planificación multiescalar<sup>13</sup> y consideró cuatro niveles de participación ajustados al ordenamiento territorial y político del país. El primer nivel, correspondió al municipal, el cual contempló la participación de organizaciones de la sociedad civil, actores del sistema de salud y representantes de otras instituciones de gobierno de los 1.122 municipios del país, agrupados en 169 zonales. El segundo nivel, correspondió a los 32 departamentos y al distrito capital (Bogotá). El tercer nivel a la agrupación de los departamentos en ocho regiones así: i) Central 1: Bogotá, Boyacá, Cundinamarca; ii) Central 2: Huila, Tolima, Risaralda, Quindío y Caldas; iii) Noroccidental: Antioquia, Sucre, Córdoba; iv) Frontera y norte: Santander, Norte de Santander, Guajira, Cesar; v) Caribe: Bolívar, Magdalena, Atlántico, San Andrés y Providencia; vi) Amazonía: Putumayo, Amazonas, Vaupés, Caquetá, Guaviare, Guainía; vii) Llanos y Orinoquía: Vichada, Casanare, Meta, Arauca; viii) Pacífico: Valle del cauca, Cauca y Nariño.

---

<sup>13</sup> La planificación multiescalar es un proceso para definir de manera participativa, colaborativa, coherente e integral, objetivos y estrategias para el desarrollo, con múltiples esfuerzos por niveles del Estado, que se deben articular y coordinar para la resolución de las necesidades de la sociedad y el aprovechamiento de las oportunidades de desarrollo (Sandoval, Sanhueza y Williner, 2015). Para ampliar información sobre la metodología de participación social consultar: Documento de aportes a la metodología de participación social para la formulación del PDSP 2022-2031 (MSPS, 2021b).



Por último, el nivel nacional contempló la participación de actores de la academia, del sistema general de seguridad social en salud, de las direcciones y oficinas del ministerio, además de otros sectores de gobierno que tienen incidencia sobre los determinantes sociales de la salud<sup>14</sup>. Las orientaciones metodológicas del proceso participativo incluyeron: generación de consensos y reconocimiento de disensos; coordinación y comunicación entre los diferentes niveles; representatividad; comunicación mediante estrategias informativas a lo largo del proceso; y acceso abierto a la información mediante un repositorio público de información<sup>15</sup>.

### ***Fase de Formulación***

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

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

***Diagnóstico de Necesidades y Mecanismos para la Garantía de la Participación Social en el Proceso de Formulación del PDSP 2022-2031.*** Para

---

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

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



comenzar se desarrolló un mapeo de actores<sup>16</sup> territoriales en cuatro instancias: la primera, al interior del Ministerio de Salud y Protección Social, identificando el grado de poder e interés en el proceso y el tipo de relación entre dependencias. Dichos resultados permitieron obtener un balance de los actores y la capacidad instalada de las diferentes dependencias internas para aportar al proceso de construcción del PDSP (MSPS, 2021a).

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

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

Por su parte, el balance global del PDSP 2012-2021 se realizó a partir de varios métodos y fuentes. Uno de ellos correspondió a una evaluación institucional y de procesos del PDSP 2012-2021, cuyo propósito fue identificar factores críticos de éxito y cuellos de botella respecto a la planeación integral en salud y su implementación territorial. Esta evaluación utilizó métodos mixtos de investigación, a partir de la recolección de información primaria (entrevistas- grupos focales) e

---

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



información secundaria (fichas de caracterización y contenido). De igual forma desarrolló dos estrategias: aplicación de minería de texto a través de la cual se analizaron el capítulo de salud del Plan Nacional de Desarrollo (PND), el PDSP y los Planes Territoriales de Salud (PTS) de las principales ciudades del país, en aras de encontrar coherencia entre los diferentes instrumentos de planeación del nivel nacional y subnacional; y una revisión detallada del aplicativo web de Gestión del PDSP (MSPS, 2018).

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

Otra fuente que robusteció este análisis fue la información derivada de los foros temáticos realizados con representantes de la academia y de funcionarios de instituciones del sector y entidades territoriales<sup>17</sup>, a partir de la cual se identificaron las principales lecciones aprendidas de la implementación del PDSP 2012-2021 y del abordaje de la pandemia Covid 19 para la gestión territorial de la salud pública.

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

---

<sup>17</sup> Foros temáticos: I Foro académico PDSP 2022-2031, lecciones aprendidas del PDSP 2012- 2021, 30 de septiembre 2021. Disponible en : <https://es-la.facebook.com/OPSOMSColombia/videos/284400736862533/>; II Foro académico: Lecciones aprendidas de la gestión de la pandemia Covid 19, 8 de noviembre de 2021. Disponible en: [https://www.youtube.com/watch?v=z4\\_aPxZRFAQ](https://www.youtube.com/watch?v=z4_aPxZRFAQ)



deberían guiar el PDSP. Una vez obtenida esta información, se ordenó y sometió a un análisis de contenido que permitió agrupar y categorizar estos elementos, como insumo para el marco estratégico del PDSP (MSPS, 2021a).

***Metodología Diagnóstico de Situación de Salud con Enfoque de Equidad.*** El diagnóstico de situación de salud tuvo como objetivo proporcionar información acerca de la situación de salud de la población colombiana, su relación con los determinantes sociales y las desigualdades en salud territoriales, con el fin de aportar insumos en la definición del marco estratégico del Plan. Se desarrolló bajo la perspectiva del modelo conceptual de los determinantes sociales de la salud de la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España (2015), lo cual permitió la identificación de los principales ejes de desigualdad y el reconocimiento de las brechas generadas por las inequidades sanitarias. Para este análisis se aplicó un estudio multi-método que incluyó un estudio ecológico con análisis multinivel, geoespacial y un estudio de corte transversal analítico. Asimismo, desarrolló modelos multivariados para determinar la relación y la magnitud de los determinantes sociales priorizados en la gestión de las condiciones de salud (MSPS, 2021).

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



2002.). Así mismo, se calculó la carga de la mortalidad mediante Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) y tasas ajustadas de AVPP para las grandes causas de mortalidad.

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

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

Se realizó un análisis descriptivo en persona, lugar y tiempo de la situación de salud e indicadores de salud con medidas de frecuencia (mortalidad y



proporción), tasa de mortalidad ajustada por edad, razón de razones, razón de tasas e intervalos de confianza al 95% por el método de Rothman, K.J.; Greenland, S (Rothman KJ, 1988).

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

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

Para la selección de las revisiones sistemáticas y meta-análisis fueron considerados los criterios de inclusión de las guías JBI para revisiones sistemáticas (Aromataris et al., 2017) y las guías de la Base de Datos de Resúmenes de Revisión de Efectos (DARE, por su siglas en inglés) del National Health Service – NHS Centre for Reviews and Dissemination (2002) entre los que se encuentran: 1) pregunta de investigación claramente definida que incluya la efectividad de una intervención en uno o varios determinantes sociales de la salud, estipulando al menos dos de los siguientes factores PICO: población, intervención, comparación, resultado en salud y diseño de estudio; 2) estrategia de búsqueda con al menos una base de datos reconocida y una de las siguientes: comprobación de referencias, búsqueda manual, búsqueda de referencias citadas o contacto con autores en el campo de estudio. Así mismo, estas revisiones podían incluir estudios observacionales (e.g., cohortes, casos y controles y transversales con grupo de



comparación), estudios cuasi-experimentales y experimentales (e.g., ensayos controlados aleatorizados, ensayos controlados aleatorizados clúster, ensayos controlados no-aleatorizados), estudios controlados antes y después, series de tiempo interrumpidas, y evaluaciones de efectividad, costo-efectividad, y costo-beneficio. Finalmente, las revisiones sistemáticas a incluir debían haber sido publicadas en revistas con revisión por pares en idiomas español, portugués e inglés y sin restricciones en el año y lugar de publicación.

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

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



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

***Identificación y Priorización de Necesidades en Salud y de Estrategias de Intervención Sectoriales e Intersectoriales.*** La identificación y priorización de necesidades en salud y de estrategias de intervención sectoriales e intersectoriales, se realizó con base en la información derivada de los procesos participativos a nivel territorial, del diagnóstico de situación de salud con enfoque de equidad y de la revisión sistemática de la literatura referida anteriormente. A continuación, se describen los principales elementos metodológicos de los procesos participativos. El desarrollo metodológico del diagnóstico de situación será descrito como parte del capítulo tres.

Los procesos participativos territoriales en los niveles zonal, departamental y regional se desarrollaron a través de la metodología de la teoría del cambio<sup>18</sup>, donde se promovieron espacios de diálogo para identificar las necesidades sentidas en salud, las cuales fueron calificadas por los participantes según la reflexión sobre la temporalidad para su resolución, el impacto y la capacidad de agencia para dar respuesta desde el nivel territorial. Posteriormente, se identificaron las intervenciones requeridas para abordar dichas necesidades, buscando establecer de manera clara y directa las acciones a considerar en el PDSP para acercarse colectivamente al cambio deseado.

---

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



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

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

Utilizando la técnica de análisis de contenido, se categorizó la información sobre necesidades e intervenciones identificadas en los espacios de participación social, a la luz de los determinantes sociales de la salud. Posteriormente se realizó la triangulación de fuentes así: i) necesidades identificadas en el proceso de participación social con la información derivada del diagnóstico de situación de salud con enfoque de equidad e ii) intervenciones identificadas en los procesos de participación con los resultados de la revisión sistemática de la literatura, las intervenciones socializadas en el coloquio de experiencias exitosas y los compromisos nacionales e internacionales en temas de salud pública. Con este insumo se construyeron estrategias que se reflejan en los elementos orientadores de los ejes del marco del plan y en la definición de prioridades, acciones y metas que se traducen en la propuesta final del PDSP 2022-2031.

***Construcción del Marco Estratégico del PDSP 2022-2031.*** Con base en los insumos recabados en la etapa de diagnóstico, así como de los resultados de los procesos participativos y de revisiones documentales sobre armonización de políticas y planes de salud pública de diversos países, se proyectó una propuesta inicial que incluyó visión, fines, ejes estratégicos y recursos operativos. Esta versión



se puso a consideración del comité técnico del MSPS, del comité gestor y demás actores interesados por medio de reuniones de entendimiento y mesas de trabajo que permitieron consolidar acuerdos e identificar disensos alrededor de lo propuesto.

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

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

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

Posteriormente, con el fin de llegar a acuerdos sobre las prioridades en salud y las acciones para la gestión de los determinantes sociales de la salud (DSS) en el PDSP 2022-2031, durante la primer semana de mayo se realizaron grupos nominales, por un lado, con la participación de representantes de las diferentes dependencias del MSPS y sus entidades adscritas; y por el otro, para los grupos de discusión de las acciones por momento del curso de vida y familia, se vincularon además actores de otros sectores y de comisiones intersectoriales que tienen incidencia sobre dichos determinantes.



En estos espacios se realizó un diálogo deliberativo alrededor de la propuesta de prioridades y acciones, la cual fue consolidada con los insumos disponibles (diagnóstico de situación con identificación de desigualdades, información de procesos de participación social, revisión sistemática de literatura, revisión de las rutas integrales de atención en salud – RIAS, entre otras fuentes propias de los grupos técnicos del Ministerio). La sistematización y análisis de la información derivada de los grupos nominales, permitió consolidar la propuesta de acciones a validar durante la tercera semana de mayo a través de grupos nominales con delegados de instituciones de otros sectores, academia, sociedades científicas, actores del sector y representantes de la sociedad civil organizada. Durante esta misma semana, las direcciones territoriales de salud realizarán la revisión y análisis de la propuesta y remitirán sus aportes vía correo electrónico. Una vez se consoliden los aportes, se procederá a consolidar las metas y estrategias del documento definitivo del PSDS 2022-2031.

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

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

*Poblaciones Indígenas.* La ruta metodológica se desarrolló entre 2018 y 2021 en el marco del diálogo y concertación con las organizaciones nacionales indígenas y se dinamizó mediante la metodología propia de la minga de pensamientos, en la cual se compartieron experiencias, saberes, testimonios y consejos sobre las formas de vida de las comunidades en los territorios. Aunado a esto se realizó la



revisión, sistematización y análisis de información relacionada con la caracterización sociocultural y situacional de los pueblos indígenas y se realizaron encuentros territoriales a partir del diálogo de saberes expresado en tres momentos durante el encuentro: el primero enfocado a la exploración de situaciones, conocimientos y experiencias (identificar); el segundo orientado a la determinación de factores que inciden en sus realidades (comprender); y el tercero a la resignificación o definición de elementos para la transformación de dichas realidades (responder).

Los equipos conformados por las organizaciones indígenas integrantes de la Subcomisión de Salud lideraron los encuentros y consolidaron los insumos obtenidos en matrices y documentos que se entregaron al Ministerio. A partir de éstos, se redactó de manera conjunta el texto preliminar del capítulo indígena, que implicó un proceso de conceptualización y triangulación de datos en donde se relacionó información de fuentes primarias y secundarias, necesidades normativas y percibidas, datos cuantitativos y cualitativos, y perspectivas desde lo occidental y lo tradicional o propio de las realidades socioculturales indígenas.

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

*Pueblo Rrom o Gitano.* La ruta metodológica se desarrolló con la Comisión Nacional de Diálogo, en coordinación con el Ministerio del Interior entre 2018 y 2022. Incluyó la revisión, sistematización y análisis de la información relacionada con la caracterización sociocultural y situacional del pueblo Rrom, el diseño de la metodología de los encuentros con las Kumpanias<sup>19</sup> y la capacitación de los equipos técnicos para la realización de los diálogos participativos.

---

<sup>19</sup> Conjunto de patrigrupos familiares pertenecientes a un mismo linaje Rom, o linajes diferentes que han establecido alianzas entre sí, que comparten espacios para vivir cerca o para itinerar de manera conjunta. <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion->



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

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

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



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

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

- Conformación de equipos técnicos interculturales para la definición del proceso metodológico de la ruta de armonización que acople las directrices de las resoluciones étnicas y los ejes estratégicos formulados en el PDSP 2022 – 2031, con el fin de acordar las orientaciones técnicas para la incorporación del enfoque diferencial étnico en la planeación integral en salud.
- Realización de encuentros de diálogo comunitario en el nivel subnacional para el desarrollo metodológico de la ruta de armonización con el fin de revisar, completar y articular los elementos estratégicos del Plan Decenal de Salud Pública en el marco del enfoque diferencial étnico.



- Consolidación y análisis de los resultados del proceso de armonización mediante el desarrollo de mesas de trabajo con los equipos técnicos interculturales para la definición de las orientaciones para la incorporación del enfoque diferencial étnico en la planeación integral en salud.
- Socialización ante las instancias representativas nacionales de cada grupo étnico e incorporación de los resultados de las rutas de armonización en las directrices de planeación participativa en salud propia e intercultural y despliegue con entidades territoriales de salud, estructuras propias étnicas y demás actores del SGSSS, mediante la disposición de un acto administrativo dirigido a las entidades territoriales y actores del SGSSS para la incorporación de las orientaciones del enfoque diferencial étnico en la planeación integral en salud.

#### ***Desarrollo e Inclusión del Enfoque para Víctimas del Conflicto Armado.***

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

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

La validación se realizó con los equipos técnicos de las diferentes áreas del MSPS y demás instituciones con competencias relacionadas con esta población, lo que implicó la revisión y emisión de aportes a los contenidos del documento preliminar. En el Plenario Nacional con la Mesa de Participación Efectiva de



Víctimas realizado el 26 de julio del 2017 se socializaron, analizaron y realimentaron los resultados de la propuesta del capítulo diferencial de víctimas. La propuesta final del capítulo se presentó ante Plenario Nacional realizado con la Mesa de Participación Efectiva de Víctimas el 12 de diciembre de 2018.

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

***Metodología para Inclusión del Enfoque Diferencial para Migrantes, Personas en Situación de Discapacidad, Habitantes de calle, Personas Privadas de la Libertad y Campesinos.*** Para la inclusión del enfoque de movilidad humana en el PDSP 2022-2031, se realizó la identificación de actores clave y de la oferta institucional disponible para la población migrante como insumo para el desarrollo de los encuentros comunitarios que permitieron identificar las necesidades sentidas en salud. Estos encuentros se realizaron con una metodología cualitativa (círculo de palabra) y la información derivada de los mismos fue sometida a análisis de contenido, teniendo como referencia las categorías de los determinantes sociales de la salud. Asimismo, se realizó una revisión sistemática de literatura con el fin de identificar las estrategias para la inclusión de la población migrante en las acciones de gestión territorial de la salud pública, además de las consideraciones normativas que aplican para la atención de esta población.



De igual manera, una vez reconocidas las necesidades de otros diferenciales que cuentan con desarrollos vinculantes tanto normativos como de política pública como son: las personas con discapacidad, personas privadas de la libertad, habitantes de calle y otros existentes o emergentes que según condiciones y situaciones particulares su abordaje diferencial se encuentra en proceso de consolidación como es el caso de las comunidades rurales y los desafíos que supone comprender las brechas de inequidad y vulneración de derechos del campesinado colombiano; se realizó la revisión de los desarrollos técnicos, normativos y experienciales que a la fecha han guiado la respuesta diferencial a sus necesidades desde el MSPS, en articulación con otros sectores para construir los elementos estratégicos y operativos que, en armonía con el marco estratégico del Plan, guiarán su abordaje en la planeación territorial. Orientaciones que forman parte del capítulo IX del presente plan.

**Etapa de Consulta.** Esta etapa se desarrolló en abril de 2022, su objetivo fue diseñar e implementar una encuesta virtual que permitiera recoger opiniones y aportes sobre la primera versión del PDSP 2022-2031. Para este efecto se diseñó y aplicó un sondeo de opinión dirigido a los habitantes del territorio nacional (de 15 años en adelante) con dos grupos objetivo, el primero relacionado con los públicos debidamente informados en temas de salud pública, y el segundo, a la ciudadanía general.

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

Se realizó una prueba piloto del instrumento y de las estrategias de alfabetización y a partir de sus ajustes se adelantó el sondeo aplicando las



preguntas de la consulta pública y abierta en la plataforma digital SurveyMonkey (MSPS, 2022b). La información derivada de este proceso fue sistematizada, analizada y sirvió de insumo para perfilar la segunda versión del PDSP 2022-2031, la cual será publicada en la página del Ministerio para la revisión y retroalimentación de los actores interesados.

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

**Etapa de Validación.** Se hará un proceso de validación del documento con dos estrategias: i) Revisión técnica por parte de las Direcciones Territoriales de Salud: Consistirá en la revisión del documento con el fin de reconocer la pertinencia de las estrategias, acciones y elementos operativos propuestos; y ii) Revisión técnica del documento y emisión de recomendaciones para el proceso de implementación del PDSP 2022-2031 por parte de expertos de la Organización Panamericana de la Salud en cooperación con el Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS) de Argentina.

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

### ***Fase de Implementación***

La implementación del PDSP comprende el conjunto de procesos y acciones encaminados a ejecutar las decisiones que lo constituyen, buscando reducir y controlar los factores que puedan incidir negativamente en el logro de los fines y prioridades propuestos. Las estrategias de implementación pueden ser diversas, algunas incluyen la definición de instancias de coordinación con sus funciones y responsabilidades, elaboración de anexos y lineamientos complementarios,



formulación de planes de acción ajustados y actualizados periódicamente y las acciones para garantizar el compromiso de los gobernantes con la asignación de prioridad y presupuesto para la implementación, dado que suelen ser de un plazo mayor a los del periodo de gobierno (Secretaría Distrital de Planeación, 2017).

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

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

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

**Divulgación:** Comprende la definición y desarrollo de instrumentos de información y comunicación con el propósito de permitir a los actores del sector salud, de los otros sectores y a la comunidad en general, conocer y apropiarse del PDSP 2022-2031. Este proceso debe ser continuo, efectivo y veraz.



**Desarrollo del Plan de Implementación:** La implementación del PDSP 2022-2031 implica la acción coordinada y progresiva de los actores del SGSSS, de actores de otros sectores que tengan incidencia sobre los determinantes sociales de la salud y de la comunidad en general, para alcanzar los fines propuestos en el plan. El plan de implementación contempla el desarrollo de cinco etapas: i) Aprestamiento o preparación, ii) Inicio de la implementación operativa, iii) Implementación propiamente dicha, iv) Evaluación del proceso de implementación y v) Ajustes al proceso de implementación. A continuación, se describen los hitos y periodos previstos para cada etapa:

***Aprestamiento o preparación:*** Esta etapa se llevará a cabo entre el II semestre de 2022 y el año 2023 e implica dos niveles de gestión, el nacional y subnacional. La gestión del nivel nacional incluye: i) Desarrollo de capacidades y asistencia técnica a los actores del SGSSS para la apropiación y puesta en marcha del plan de acuerdo a las competencias de cada actor; ii) Abogacía para la consolidación de la acción de la Comisión Intersectorial de Salud Pública y para la emisión de lineamientos técnicos que orienten la acción intersectorial a nivel subnacional; iii) Adecuación de metodologías y herramientas de planeación, monitoreo, seguimiento y evaluación del PDSP; iv) Emisión de lineamientos técnicos para la planeación integral en salud. Por su parte, la gestión del nivel subnacional incluye: i) Realización de un diagnóstico de capacidades por parte de las entidades territoriales y EAPB para establecer planes de fortalecimiento de capacidades y de competencias que favorezcan la implementación del plan en los departamentos, distritos y municipios; ii) Definición de equipos funcionales al interior de las entidades, que lideren y promuevan la articulación interna y externa, y la incorporación de los elementos estratégicos y operativos del plan; iii) Definición de estrategias de dirección, coordinación y organización institucional para la implementación del Plan; iv) Identificación de recursos y procesos disponibles para la implementación; v) Inicio del sistema de seguimiento y monitoreo.



***Inicio de la implementación operativa:*** Comprende el primer semestre de 2024 y corresponde a la formulación de los Planes Territoriales de Salud de manera articulada con los Planes de Desarrollo. Incluye la puesta en marcha de los procesos de seguimiento y monitoreo.

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

***Evaluación del proceso de implementación:*** Prevé la evaluación del proceso de implementación, del resultado de las acciones y el logro de los fines propuestos en el PDSP, en los años 2026, 2029 y 2032.

***Ajustes del proceso de implementación:*** De acuerdo con los resultados del proceso de evaluación de la implementación, la dirección territorial deberá desarrollar planes de mejoramiento con base en la evaluación de proceso y resultado de la implementación del PDSP. El Ministerio apoyará la incorporación de las acciones de mejora en el proceso de implementación y podrá hacer ajustes a los elementos operativos del plan para optimizar el desempeño de la política.

### ***Fase de Evaluación***

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



El análisis documental consistió en la referenciación de buenas prácticas en evaluación de políticas públicas y revisión de experiencias internacionales y nacionales de modelos de referencia y sistemas de evaluación de política pública en salud, así como en la revisión de literatura relacionada con sistemas de evaluación. Este análisis incluyó además la revisión de experiencias de sistemas de monitoreo y seguimiento, en particular de los sistemas que dispone el gobierno nacional para realizar seguimiento a las políticas, planes y proyectos, con el fin de disponer de los insumos requeridos para la concreción del sistema de monitoreo y seguimiento y evaluación del PDSP 2022-2031. Para este proceso se analizaron: i) el portal web del Plan Decenal de Salud Pública; ii) el Sistema de Gestión de Documentos CONPES (SisCONPES); iii) el Seguimiento a Proyectos de Inversión (SPI); iv) el Sistema Nacional de Evaluación de Gestión y Resultado (Sinergia); y v) el Kit de Planeación Territorial (KPT). Este momento concluyó con la realización del diagnóstico del componente de monitoreo y seguimiento, así como de la evaluación del PDSP 2012-2021<sup>20</sup>.

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

Con base en estos insumos, se realizó la conceptualización y se proyectó la propuesta del sistema de monitoreo, seguimiento y evaluación, cuyo desarrollo se evidencia en el capítulo diez. Con este contexto, la evaluación del plan decenal tiene como marco de referencia la gestión pública orientada a resultados e incluye el monitoreo, seguimiento y la evaluación de los elementos de la cadena de valor (insumos, procesos, productos, resultados del proceso y resultados en salud), a través de métodos cualitativos y cuantitativos que proveerán información sobre el

---

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



avance en el cumplimiento de metas, la relación entre los actores y el logro de los objetivos con el fin de aportar evidencia para la toma de decisiones. Los periodos de evaluación del plan están previstos de la siguiente manera: Primera evaluación 2026, segunda evaluación 2029 y tercera evaluación 2032.

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

## Referencias

- Aromataris, E., Fernandez, R., Godfrey, C., Holly, C., Khalil, H., Tungpunkom, P. (2017). Chapter 10: Umbrella Reviews. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual. Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual.
- Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. (2015). *Avanzando hacia la equidad. Propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Gervás, J., Pané, O., & Sicras, A. (2006). Capacidad de respuesta de la atención primaria y redes de servicios. El caso del Consorci Hospitalari de Catalunya. *Atención Primaria*, 38(9), 506-510.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Evaluación de Procesos e Institucional Del Plan Decenal de Salud Pública (2012-2021). Oficina para el apoyo a la planeación sectorial. OAPES.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). *Lineamientos Generales para la formulación del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031*. Disponible en:



<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS/P/lineamientos-formulacion-pdsp-2022-2031.pdf>

Ministerio de Salud y Protección social. (2020a). *Diagnóstico de necesidades y condiciones para la garantía de la participación social, comunitaria y ciudadana en el proceso de formulación del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031*. Informe producto contrato de prestación de servicios 494 de 2020.

Ministerio de salud y protección social. (2020b). Informe Avance Metas Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021 Informe Técnico Periodo 2012 – 2019. Disponible en:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS/P/informe-avance-metas-pdsp-2012-2021-periodo2012-2019.pdf>

Ministerio de Salud y Protección social. (2021a). *Análisis de resultados Mapeo interno de Actores MSP e insumos capital social etapa diagnóstico PDSP 2022-2031*. Informe producto contrato 127 2021.

Ministerio de salud y protección social. (2021b). *Documento de aportes a la metodología de participación social para la formulación del PDSP 2022-2031*. Informe Universidad de los Andes contrato No. 374 del 2021.

Ministerio de salud y protección social. (2022a). *Informe de resultados de la implementación del proceso de participación social con niñas, niños y adolescentes en el marco de la formulación del plan decenal de salud pública 2022- 2031*. Informe Universidad de los Andes contrato No. 374 del 2021

Ministerio de salud y protección social. (2022 b). *Documento implementación del protocolo de participación social del PDSP 2022-2031 en la etapa de definición técnica, análisis de los resultados obtenidos y recomendaciones para su desarrollo en la etapa de consulta*. Informe Universidad de los Andes contrato No. 374 del 2021.



- National Health Service - Centre for Reviews and Dissemination (2002) . The Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE) York: University of York. Effectiveness Matters. 6 (2).
- Sandoval, C., Sanhueza, A., Williner, A. (2015). *Las estrategias de participación ciudadana en los procesos de planificación multiescalar*. Manuales de La CEPAL. P. 2, 74.
- Secretaría Distrital de Planeación. (2017). *Guía para la adopción e implementación de políticas públicas del Distrito*. 52. Disponible en:  
[https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/planeacion/guia\\_para\\_la\\_formulacion\\_de\\_politicas\\_publicas\\_del\\_distrito\\_capital.pdf](https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/planeacion/guia_para_la_formulacion_de_politicas_publicas_del_distrito_capital.pdf)
- Silva-Jaramillo, Santiago. (2017). Identificando a los protagonistas: el mapeo de actores como herramienta para el diseño y análisis de políticas públicas. *Gobernar: The Journal of Latin American Public Policy and Governance: Vol. 1 : Iss. 1 , Article 7*. DOI:10.22191/gobernar/vol1/iss1/4 Available at:<https://orb.binghamton.edu/gobernar/vol1/iss1/7>.
- Torres-Melo, Jairo., Santander, Jaime. (2013). *Introducción a las políticas públicas Conceptos y herramientas desde la relación entre Estado y ciudadanía*. Ediciones IEMP. Bogotá. D.C. Disponible en:  
[https://www.funcionpublica.gov.co/eva/admon/files/empresas/ZW1wcmVzYV83Ng==/imgproductos/1450056996\\_ce38e6d218235ac89d6c8a14907a5a9c.pdf](https://www.funcionpublica.gov.co/eva/admon/files/empresas/ZW1wcmVzYV83Ng==/imgproductos/1450056996_ce38e6d218235ac89d6c8a14907a5a9c.pdf)
- Van Es, M., Guijt, I., Vogel, I. (2015). *Theory of Change Thinking in Practice - A Stepwise Approach*. La Haya: Hivos.



## Capítulo 3. Análisis de Situación de Salud en Colombia 2020-2031

---

### Contexto

Colombia tiene una extensión territorial de 1.141.748 km<sup>2</sup> y marítima de 928.660 km<sup>2</sup>. Limita en su frontera territorial con Venezuela, Brasil, Perú, Ecuador y Panamá. Tiene límites marítimos con Costa Rica, Nicaragua, Honduras, Jamaica, República Dominicana, Haití y Panamá.

Colombia es una república compuesta por entidades territoriales de segundo nivel que corresponden a departamentos y distritos. Las entidades territoriales de tercer nivel son los municipios y territorios indígenas.

El país tiene un total de 32 departamentos, los cuales tienen autonomía para administración de asuntos seccionales, al igual que para planificar y promover el desarrollo económico y social dentro de su jurisdicción de acuerdo con la Constitución. Los departamentos cumplen funciones de administración, coordinación y de complementariedad de las acciones a cargo de los municipios; también tienen un papel de intermediación entre la nación y los municipios, y prestan servicios en los casos determinados por la Constitución y las leyes.

En Colombia hay 1.101 municipios, que son la entidad territorial fundamental de la división político-administrativa del Estado. Los municipios, según el ordenamiento jurídico de Colombia, tienen autonomía política, fiscal y administrativa.

De acuerdo con el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, Colombia tiene para el 2021 una población de 51.049.498 habitantes, de los cuales 38.898.851 (76,20%) vive en cabeceras municipales y 12.150.647 reside en centros



poblados y rurales dispersos. Del total de la población para este año, 24.912.231 son hombres (48,80%) y 26.137.267 son mujeres (51,20%) (Dane, 2018).

Entre 2012 y 2019, la pirámide poblacional de Colombia fue relativamente similar, excepto por estar un poco más ensanchada en los grupos de 0 a 9 años y en los de 25 a 34 años.

## **Metodología**

### ***Tipo de Estudio***

El análisis de la situación de salud de la población colombiana se llevó a cabo a partir de un estudio transversal para describir el estado de salud de la población entre 2012 y 2019 en el que se caracterizan las variaciones en los indicadores de salud. Por tratarse de una observación de indicadores anuales que resumen el estado de salud de la población durante ocho años, este estudio transversal permite describir los cambios que pudieron darse respecto a la magnitud de siete grandes causas de enfermedad. En este análisis falta la inclusión de indicadores para el grupo de lesiones de causa externa.

### ***Área de Estudio***

Para este estudio interesaba tener un panorama de todo el contexto nacional por lo cual se incluyó información desagregada para 33 departamentos, respecto de siete grandes causas de enfermedad. La implementación del Plan Decenal 2012-2021 pudo tener una implementación heterogénea de acuerdo con características o condiciones de los entes territoriales. Estas características pudieron influir en el estado de salud de la población colombiana de manera heterogénea y por esta razón este estudio se enfoca en el nivel departamental para describir esa variación bajo el supuesto de que los municipios que integran un departamento comparten características en cuanto a la organización de acciones y recursos en pro de la salud pública, la accesibilidad a servicios y el abordaje de la morbimortalidad.

### ***Población***



La población de interés para el estudio transversal fue la totalidad de población colombiana según su departamento de residencia. Se tomó en cuenta el estudio de la situación de salud y sus determinantes de acuerdo con la perspectiva del curso de vida, es decir, durante la gestación, la infancia, la adolescencia, la juventud y la vida adulta.

### ***Variables***

Para este estudio se usaron dos tipos de variables. Las variables resultado y las covariables para describir la desigualdad social. Las variables resultado fueron los indicadores de salud para morbilidad y mortalidad de seis grandes causas desagregados por departamentos y disponibles para el periodo 2012 a 2019 que facilita analizar el periodo del PDSP 2012-2021). Estos indicadores se seleccionaron con base en el Estudio Mundial de Carga de la Enfermedad (2019), principalmente. Además, se tuvo en cuenta su magnitud con base en los documentos ASIS anuales del mismo periodo y la posibilidad que reflejaran el estado de salud según curso de vida. De esta manera se tienen indicadores para describir la salud en la gestación, la infancia, la adolescencia, la juventud y la vida adulta (tabla 1).

Las covariables para describir la desigualdad social que se seleccionaron fueron el PIB per cápita como proxy del ingreso y el promedio de años de educación. El territorio fue tenido en cuenta una primera fase de la exploración a través de la desagregación de los indicadores por departamento.



**Tabla 1.**

**Indicadores de salud seleccionados como variable resultado para el estudio transversal\***

Grupo	Indicador
Materno- infantil	Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal
	Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer
	Razón de mortalidad materna (a 42 días)
	Razón de mortalidad materna (a 1 año)
	Tasa de mortalidad neonatal
	Tasa de mortalidad neonatal precoz - temprana (antes de 7 días)
	Tasa de mortalidad neonatal tardía (de 7 a 28 días)
	Tasa de mortalidad infantil en menores de un año (por 1000 nacidos vivos)
	Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años (por 1000 nacidos vivos)
	Promedio de controles prenatales (mujeres de 15 a 49 años)
	Proporción de partos atendidos por personal sanitario especializado (mujeres de 15-19 años)
	Proporción de partos atendidos por personal sanitario especializado (mujeres de 15-49 años)
Transmisibles	Tasa de incidencia de dengue
	Índice parasitario anual total
No transmisibles	Tasa de mortalidad por cáncer próstata
	Tasa de mortalidad por cáncer mama
	Tasa de mortalidad por cáncer colon
	Tasa de mortalidad por cáncer cuello uterino



---

	Tasa de mortalidad por cáncer pulmón
	Tasa de mortalidad por cáncer estómago
	Tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón
	Tasa de mortalidad por enfermedades hipertensivas
	Tasa de mortalidad por enfermedades cerebro vasculares
Salud mental	Porcentaje de personas atendidas por episodio depresivo
	Porcentaje de personas atendidas por demencia
	Tasa de lesiones autoinfligidas o suicidio
	Tasa de incidencia de intento de suicidio
	Prevalencia de personas (12 a 18 años) que reportaron consumo de cualquier sustancia ilícita en el último año
	Prevalencia de personas (12 a 18 años) que reportaron consumo de alcohol en el último mes
	Prevalencia de personas (18 a 69 años) que reportaron consumo de cigarrillo actual
	Tasa de incidencia por intento de suicidio
	Tasa de mortalidad por lesiones y/o envenenamientos autoinfligidos (suicidio)
	Incidencia de violencia de género intrafamiliar
	Tasa de incidencia de violencia contra niños, niñas y adolescentes
	Tasa de incidencia violencia interpersonal
Salud	Tasa de accidentalidad
ocupacional	Tasa de enfermedad laboral
	Tasa de mortalidad por accidente de trabajo y enfermedad laboral



Salud  
ambiental

Concentración de material particulado-pm10 (ug/m3) por estación de monitoreo



La información para cada indicador, así como la fuente de información para cada uno, se describe en detalle en el anexo 1 del reporte completo.

### ***Fuentes de Información***

Las fuentes de información para el estudio transversal son variadas y corresponden a las fuentes oficiales. Estas fueron gestionada a través del área de Gestión del Conocimiento del Ministerio de Salud y Protección Social. Como criterios de inclusión para cada indicador se tuvo en cuenta que pudiera ser captado el total nacional y también desagregado por departamento, además de estar disponible para la serie 2012 a 2019.

Por la naturaleza de los datos recolectados a nivel de país, indicadores como los de salud mental, salud laboral, salud ambiental se recolectaron en una serie diferente dentro del periodo deseado de observación.

Aquellos indicadores que fueron obtenidos con desagregaciones mucho más detalladas y sin consolidados departamentales y nacionales (por ejemplo, con desagregaciones por sexo, municipio, EPS) no fueron procesados individualmente con la información disponible para evitar discrepancias con reportes oficiales. De esta manera, estos indicadores provenientes de la Cuenta de Alto Costo y no fueron procesados para los análisis del estudio transversal.

En general, se incluyeron indicadores de las principales fuentes de información en salud del país como proyecciones poblacionales 2018 del DANE, estadísticas vitales, RIPS; SISAIRE, SIVIGILA entre otros consultados entre junio a octubre de 2021.

Adicionalmente, para el análisis de equidad se tuvo en cuenta información de dos estratificadores de clase social, el producto interno bruto per cápita y los años promedio de educación (tabla 2).

**Tabla 2.****Covariables para el estudio de desigualdades sociales**

Eje de equidad	Estratificador	Nombre del indicador	Fuente
Clase social	Ingresos	Producto interno bruto per cápita	DANE
	Educación	Años promedio de escolaridad de 15 años y más	DANE – Gran Encuesta Integrada de Hogares_GEIH

***Plan de Análisis***

Para analizar el estado de salud de la población colombiana para siete grandes causas en relación con la inequidad social y territorial entre 2012 a 2020 se realizaron tres aproximaciones. Primero, un estudio de la tendencia del indicador en la ventana de observación disponible para el indicador para describir la variación en los indicadores de salud de la población colombiana. Segundo, un análisis de la tendencia del indicador según estratos de desigualdad social para caracterizar las variaciones en los indicadores de salud en términos del nivel de ingreso y educación de la población colombiana entre 2012 a 2020. Esta caracterización incluyó la realización de un gráfico comparativo de inequidad. A continuación, se describe en detalle cada aproximación

***Análisis de Inequidad***

Para el análisis de inequidad se procesó la información del total nacional de cada indicador según los estratificadores proxy de clase social incluidos en este estudio, años promedio de educación y producto interno bruto per cápita. Ambos estratificadores corresponden a variables continuas con las que se estimaron quintiles de distribución para cada indicador en la serie de tiempo disponible y teniendo en cuenta el tamaño poblacional de cada uno. Las distancias entre quintiles se procesaron a través de diagramas llamados equiplot cuya metodología



fue desarrollada por el Centro Internacional para la Equidad y la Salud (International Centre for Equity in Health, Universidad Pelotas y OMS).

## Resultados

El análisis realizado frente a los grupos de grandes causas para el país permite establecer múltiples conclusiones que podrían ser útiles para las decisiones de priorización que se tomen en el marco de la formulación del Plan Decenal de Salud Pública.

Una conclusión inicial general es que la relevancia de los diferentes grupos de indicadores de salud pública varía a nivel territorial en Colombia. Mientras los relacionados con salud materno-infantil y enfermedades transmisibles tienden a concentrarse en los departamentos de la periferia del país, los vinculados con las enfermedades no transmisibles lo hacen en el centro del país en departamentos con mayor urbanización y envejecimiento. La agrupación de los indicadores para los otros grupos de causas es más difícil, aunque para ciertos indicadores de salud mental se encuentra una agrupación dada por continuidad entre departamentos y no siempre por pertenencia a una determinada región.

Al hacer un análisis de la tendencia del país frente a los diferentes grupos de causas, no es fácil sacar conclusiones generalizadas. Con relación a salud materno-infantil se puede concluir que las tendencias observadas muestran una orientación mixta frente a lo que se esperaría durante el periodo de estudio. Por ejemplo, mientras se observa una reducción en la mortalidad materna a 42 días, no pasa lo mismo con este indicador a 1 año, el cual mostró una tendencia al aumento, al igual que el bajo peso al nacer. Mientras otros indicadores, relacionados con la mortalidad neonatal, en menores de cinco años e infantil se mantuvieron relativamente estables. Aquellos indicadores relacionados con el control prenatal, por su parte, aunque al inicio tuvieron una tendencia a aumentar se redujeron nuevamente para el final del periodo de análisis.



En este sentido, el panorama nacional muestra más un mosaico en el seguimiento de estos indicadores, aunque si sugiere la importancia de su focalización tomando en cuenta su agrupación en ciertos departamentos del país. Este comportamiento podría ser una expresión de la diversidad de condiciones de vida y determinantes sociales presentes en el territorio nacional. La mirada de situación de salud a nivel nacional requiere un análisis a nivel departamental a la hora de implementar acciones en los municipios que requieren mayor atención en cuanto a los diferentes indicadores presentados.

Para el caso de las enfermedades transmisibles, se observa un comportamiento fluctuante, aunque para dengue y malaria hay un aumento en los últimos años, lo que hace que cierren en 2019 con valores muy similares a los que se tenían para 2012.

La tendencia general en el país para la mortalidad asociada a las enfermedades no transmisibles es hacia al aumento, con la excepción de la mortalidad por cáncer de pulmón que, pese a su aumento desde inicio del periodo, mostró una reducción importante en los últimos tres años de análisis sin llegar a los valores de base de 2012.

Con relación a los indicadores de salud mental los indicadores en general tienen una tendencia al aumento, tanto en indicadores de patologías mentales como en algunos indicadores de violencia. Sin embargo, se resalta la reducción en lo relacionado con violencia de género e intrafamiliar y en la violencia interpersonal.

Frente a salud ocupacional, el análisis de tendencias permite concluir que para los últimos años se logró revertir su incremento y se observó una reducción en los indicadores de accidentalidad laboral y de enfermedades calificadas como laborales, lo cual se acompañó de una reducción muy notoria de la tasa de mortalidad por accidente y enfermedad laborales.



En lo relacionado con calidad del aire, si bien no fue posible tener un panorama para todo el país la información que se obtuvo muestra que en general durante el periodo de análisis el pm10 en las estaciones de monitoreo estuvo por encima del referente normativo de 30  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  proyectado al año 2030, según lo indicado en la Resolución 2254 de 2017.

Los análisis realizados tomando como referencia la variación de los indicadores de salud según PIBpc y educación, muestran que en general los patrones más claros en las brechas se encontraron a través del uso del primer tipo de estratificador. En general, se pueden identificar tres escenarios: aquellos en los que se observó claramente una distancia amplia entre el quintil con mayor ventaja e indicadores más favorables y los quintiles con menor desventaja e indicadores desfavorables. Este fue el caso de los eventos de salud materno infantil (mortalidad y control prenatal) e indicadores como la incidencia de dengue e índice parasitario anual. Así mismo, la mortalidad por accidente de trabajo y/o enfermedad laboral.

Otro patrón observado fue aquellos indicadores con una distancia amplia entre el quintil con menor ventaja y mejores indicadores en relación con quintiles con mayor ventaja e indicadores menos favorables. Este fue el caso de la mortalidad por algunos tipos de cáncer como de mama, de próstata y de colon, la violencia interpersonal, la violencia intrafamiliar y de género, la violencia contra niñas, niños y adolescentes y las tasas de enfermedad laboral y de accidentes laborales.

Por otro lado, un escenario en los que no se observó una brecha clara entre quintiles que denotara un patrón específico o consistente en el periodo de observación. Este es el caso mortalidad por algunos tipos de cáncer como de estómago, de pulmón, de cuello uterino, el suicidio y la tasa de intento de suicidio.

A partir de los análisis realizados se puede concluir que Colombia cuenta con una gran disponibilidad de fuentes de información sobre el estado de salud de su población. Para este estudio, esa gran disponibilidad de datos suponía un ejercicio



de síntesis para lograr describir un perfil nacional que desde lo técnico respondiera a las aproximaciones teóricas propuestas. Esto significó la aplicación de criterios de inclusión para seleccionar los indicadores de fuentes oficiales, que presentaran una desagregación departamental para cada una de las siete grandes causas estudiadas, en el periodo de 2012 a 2019. En este sentido, la mayoría de los indicadores que cumplieron estos criterios estaban relacionados con la descripción de la mortalidad y morbilidad que clásicamente se han utilizado para la caracterización de perfiles poblacionales. Esto es necesario para establecer un diagnóstico de la situación de salud nacional en el periodo anterior y también permite comparaciones internacionales.

Sin embargo, el monitoreo de las inequidades en salud debería incluir indicadores positivos que permitan una interpretación desde las dinámicas que determinan la salud que permitan la planificación y las decisiones más informadas en el establecimiento de prioridades y asignación de recursos. En la salud materno infantil, indicadores como el porcentaje de controles prenatales en grupos de interés y el porcentaje de atención de parto por personal especializado fueron incluidos. Sin embargo, en el resto de grandes causas es necesario un avance en la obtención de este tipo de información. Por ejemplo, en enfermedades no transmisibles indicadores de entornos físicos, alimentarios y socioeconómicos. En enfermedades transmisibles, un mayor avance técnico en la recolección y manejo de información ambiental, de coberturas de acueducto, alcantarillado y acceso a agua potable. En salud mental, las connotaciones positivas que tienen que ver con habilidades para la adaptación, la participación, entre otras. En salud laboral, indicadores que reflejen la cultura de seguridad en el trabajo.

Un vacío claro de este análisis tiene que ver con la inclusión de los estratificadores de género, al menos el proxy de sexo, al igual que los relacionados con la condición étnica y racial. Con miras al seguimiento del nuevo plan va a ser fundamental la inclusión de información y la apropiación de criterios de análisis que permita una adecuada valoración de estas categorías sociales.



En el mundo, el entendimiento de los procesos de salud y enfermedad empiezan a tener más en cuenta la perspectiva de género. En Colombia, los registros sobre violencia empezaron a incluir recientemente este tipo de información. En este sentido, el SIVIGILA capta información de identidad de género y orientación sexual desde 2019, con el que se espera tener una mejor caracterización de las tipologías de violencia y grupos vulnerables que sirva para la toma de decisiones. En este estudio, como parte de la gran causa salud mental estos indicadores no pudieron ser incluidos porque su consolidación nacional no estaba disponible, pero se incluyó un indicador sobre la violencia intrafamiliar y de género y otro sobre violencia en niños, niñas y adolescentes, ambos con información desde 2017 que dan una perspectiva inicial del fenómeno en Colombia. Para las otras grandes causas, es necesario entonces avanzar en el desarrollo de las fuentes de información que permitan reconocer las estructuras de poder que se enmarcan desde lo patriarcal y que determinan la salud de la población.

En lo que tiene que ver con la etnicidad y raza, si bien desde principios de este siglo se han tenidos avances en la inclusión de preguntas sobre estas categorías en las diferentes fuentes de interés en salud pública, todavía queda el desafío de su captura apropiada y consistente. Tener esta información con suficiente calidad es relevante dado que a través de otros análisis se ha podido verificar el rezago de las poblaciones étnico/raciales en diversos indicadores de salud.

Frente a ruralidad, si bien se hizo un análisis preliminar de tendencias tomando en cuenta la dicotomía urbano-rural<sup>21</sup>, los hallazgos fueron poco informativos, lo cual plantea la necesidad de tener aproximaciones más adecuadas para el análisis de las brechas de acuerdo a los diferentes niveles de urbanización y ruralidad del país.

---

<sup>21</sup> Datos no mostrados.



Un último aspecto tiene que ver con el reto que resulta abordar estas diferentes categorías desde una perspectiva de múltiples intersecciones, considerando que las categorías sociales que pueden ser relevantes en Colombia no actúan por separado, por tanto, un análisis más complejo podría ser apropiado para orientar mejor las intervenciones y decisiones de política pública orientadas a abordar las inequidades en salud en el país (Tabla 3).

Tabla 3.

Resumen de indicadores priorizados para cada departamento, Colombia 2017 a 2019

ENTIDAD TERRITORIAL	Materno infantil								No transmisibles								Transmisibles		Salud mental						TOTAL POR DEPARTAMENTO									
	* Porcentaje nacidos vivos con 4 o más controles prenatales	* Promedio de controles prenatales (mujeres de 15 a 19 años)	* Promedio de controles prenatales (mujeres de 15 a 49 años)	* Proporción de partos atendidos por personal sanitario especializado (mujeres)	Tasa de mortalidad neonatal precoz (antes de 7 días)	Tasa de mortalidad infantil (por 1000 nacidos vivos)	Razón de mortalidad materna (a 1 año)	Bajo peso al nacer	Tasa de mortalidad neonatal tardía (de 7 a 28 días)	Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años (por 1000 nacidos vivos)	Razón de mortalidad materna (a 42 días)	Tasa de mortalidad de cáncer de colon	Tasa de mortalidad de cáncer de cuello uterino	Tasa de mortalidad de cáncer de estómago	Tasa de mortalidad de cáncer de mama	Tasa de mortalidad de cáncer de próstata	Tasa de mortalidad de cáncer de pulmón	Tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas	Tasa de mortalidad por Enfermedades Hipertensivas	Tasa de mortalidad por enfermedades Cerebro Vasculares	Tasa de incidencia dengue	Índice Parasitario Anual	Tasa de lesiones autoinfligidas o suicidio	Tasa de incidencia de Violencia interpersonal		Tasa de incidencia de violencia contra niños, niñas y adolescentes	Incidencia de violencia de género e intrafamiliar	Tasa de incidencia de intento de suicidio	Porcentaje de personas atendidas por episodio depresivo	Porcentaje de personas atendidas por demencia				
Antioquia																																		9
Atlántico																																		11
Bogotá																																		7
Bolívar																																		6
Bovaca																																		9
Caldas																																		9
Caquetá																																		5
Cauca																																		7
Cesar																																		7
Córdoba																																		8
Quindíamarca																																		6
Chocó																																		12
Huila																																		7
La Guajira																																		10
Magdalena																																		9
Meta																																		11
Nariño																																		7
Norte de Santander																																		9
Quindío																																		15
Risaralda																																		12
Santander																																		11
Sucre																																		7
Tolima																																		13
Valle del Cauca																																		10
Arauca																																		12
Casanare																																		10
Putumayo																																		8
San Andrés y Providencia																																		8
Amazonas																																		15
Quanía																																		8
Quaviare																																		9
Vaupés																																		9
Vichada																																		9
TOTAL POR INDICADOR	14	18	18	14	9	12	8	6	13	13	8	9	11	13	8	8	6	13	9	11	11	8	13	12	8	10	15	3	4			305		

\*Indicadores priorizados por debajo del promedio nacional: porcentaje nacidos vivos con 4 o más controles prenatales, promedio de controles prenatales (mujeres de 15 a 19 años), promedio de

controles prenatales (mujeres de 15 a 49 años), proporción de partos atendidos por personal sanitario especializado (mujeres de 15 a 19 años)



## Situación de Salud

### ***Salud Materno Infantil***

Esta sección describe la situación de salud materno-infantil en Colombia considerando como categorías el control prenatal, la atención del parto por personal sanitario, el bajo peso al nacer, la mortalidad materna y la mortalidad neonatal.

#### ***Control prenatal***

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

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

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

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

El análisis de equidad para los tres indicadores seleccionados muestra que los promedios de control prenatal en los dos grupos, 15 a 19 y 15 a 49, han sido similares a lo largo del periodo de estudio tanto para PIB per cápita como por



educación. Este hallazgo es similar a lo que ocurre con el porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales.

Para los tres indicadores y ambos estratificadores, se evidencia un gradiente en el cual los quintiles más altos tienen una mayor ventaja con relación al restante, con una clara brecha al comparar el quintil.

### ***Atención del parto por personal sanitario***

Durante el periodo de estudio se ha alcanzado una cobertura universal en la atención del parto por personal sanitario en mujeres de 15 a 19 años. La proporción más baja para esta atención se obtuvo en 2018, siendo de 98,4%.

Para 2019 la proporción de partos atendidos por personal sanitario tuvo una diferencia relativa menor con referencia al país en los departamentos de Chocó, Vichada y Vaupés. Lo mismo sucedió con Cauca y Amazonas, pero para estos dos departamentos la diferencia no fue estadísticamente significativa.

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

### ***Bajo peso al nacer***

Entre 2012 y 2019 el porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer en Colombia ha oscilado entre 8,8% y 9,2%, siendo 2014 el periodo en el cual se obtuvo más bajo, aumentado de manera progresiva hasta 2019 donde se observa el porcentaje más alto.



Cundinamarca y Bogotá fueron las entidades territoriales con mayores diferencias relativas en el porcentaje de bajo peso al nacer en comparación a Colombia como un todo. Aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

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

### ***Mortalidad materna***

Las razones de mortalidad materna a 42 días y un año difieren en su tendencia para el periodo 2012-2019. La primera tuvo una tendencia al descenso hasta 2018, mientras la segunda aumentó a partir de 2013.

En 2019 varios departamentos tuvieron una diferencia relativa más alta de razón de mortalidad materna a 42 días en comparación con el país. Esta diferencia fue mayor y estadísticamente significativa en Vichada, Guainía y Amazonas. Por su parte, en comparación al país, la diferencia relativa fue menor en Meta, Huila, Santander, Caldas, Risaralda y Boyacá. La diferencia en esta razón también fue menor en comparación al país y estadísticamente significativa en Antioquia. Para la mortalidad materna a 1 año, la diferencia relativa en comparación al país fue más alta en 2019 para Vichada, Guainía, San Andrés y La Guajira, aunque también fue más alta y estadísticamente significativa en Atlántico, Magdalena, Chocó, Nariño, Casanare, Guaviare y Amazonas. Mientras fue significativamente menor en Huila, Caldas, Risaralda y Boyacá, Antioquia y Meta.

Las brechas en equidad de 2012 a 2018 para mortalidad materna a 42 días fueron menores para años promedio de educación. El comportamiento de la razón de mortalidad a un año es muy similar a lo descrito para esta razón a 42 días.



### ***Mortalidad neonatal***

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

Para 2018 el Amazonas tuvo una diferencia relativa y estadísticamente significativa en la tasa de mortalidad neonatal precoz al compararlo con el resto del país como un todo. La mayoría de los departamentos del país tuvieron una diferencia relativa en esta tasa con relación a Colombia, pero las diferencias no fueron estadísticamente significativas. Con respecto a la mortalidad neonatal tardía, si bien no hubo diferencias relativas significativas estadísticamente. La mayoría de los departamentos de la Costa Atlántica, del sur del país y del Chocó poseen una tendencia por arriba de la tasa con respecto al país.

No ha habido un claro gradiente en las tasas de mortalidad neonatal precoz y tardía, aunque estas tasas resultan en general menores para el quintil más alto de PIB per cápita.

### ***Mortalidad infantil***

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

Para 2019, La Guajira, Vichada y Chocó tuvieron diferencias relativas más altas y estadísticamente significativas en su tasa de mortalidad infantil con respecto al país. Aunque con diferencias menores que estos departamentos Guainía y



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

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

### ***Enfermedades Transmisibles***

En las siguientes secciones se hace una descripción de la situación de salud de las enfermedades transmisibles en Colombia, incluyendo como categorías de análisis dengue y malaria.

#### ***Dengue***

La evolución de la tasa de incidencia de dengue en Colombia durante el periodo de estudio. La tasa pasó de 155 casos por 100.000 habitantes en 2012, a 358 en 2013 para luego descender hasta 70 en 2017. En los últimos dos años, la tasa de incidencia volvió a incrementar reportando 330 casos por 100.000 habitantes en 2019, superando la tasa al inicio del periodo.

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



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

### ***Malaria***

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

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

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

### ***Enfermedades No Transmisibles***



En el grupo de enfermedades no transmisibles se incluyeron condiciones como obesidad, hipertensión y diabetes, y también desenlaces de enfermedad cardiovascular, la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón, enfermedades hipertensivas y enfermedad cerebrovascular. Con relación a las neoplasias se incluyó cáncer de cuello uterino, mama, próstata, pulmón, estómago y colon.

### ***Enfermedad isquémica del corazón***

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

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

### ***Enfermedades hipertensivas***

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

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



### ***Enfermedad cerebrovascular***

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

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

### ***Cáncer de cuello uterino***

La tendencia de la mortalidad por cáncer de cuello uterino en el país ha sido fluctuante del año 2012 a 2019. Para 2012 la tasa de mortalidad fue de 6,45 x 100.000 mujeres y para 2019 de 7,2 x 100.000 mujeres. Los departamentos con una tasa más alta para 2019 fueron Arauca y Guaviare. Ambos con una tasa mayor a la nacional (Arauca, TM<sup>22</sup>: 13,66 x 100.000 mujeres; DR<sup>23</sup>: 1,897; IC<sup>95%</sup>:1,12-3,22. Guaviare, TM: 12,60 x 100.000 mujeres; DR: 1,75; IC<sup>95%</sup>:1,01-3,04). Antioquia fue el departamento con la tasa de mortalidad más baja por cáncer de cuello uterino en 2019 (TM: 4,49x 100.000 mujeres; DR: 0,62; IC<sup>95%</sup>:0,25-1,57).

Al hacer el análisis de equidad no se encuentra un claro gradiente en la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino entre los quintiles por años promedio de educación y por producto ingreso bruto per cápita.

---

22 Tasa de mortalidad (TM)

23 Diferencia relativa (DR) con relación a nivel nacional (1,00).

24 Límite inferior y superior del intervalo de confianza (IC) al 95% de la DR.



### ***Cáncer mama***

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

Para el mismo año, Chocó, Amazonas y Guainía tuvieron las tasas más bajas de mortalidad por mama y estuvieron por debajo de la tasa nacional. Siendo Amazonas el que tuvo la tasa de mortalidad más baja por esta localización de cáncer en el país (TM: 2,68 x 100.000 mujeres; DR:0,19; IC95: 0,06-0,62).

Similar a lo reportado previamente, al hacer el análisis de equidad para los dos estratificadores, se observa que en el periodo de estudio quienes estuvieron en el quintil más alto de PIB per cápita y para años promedios de educación. Tanto la brecha como las tasas más altas se observaron para los años promedios de educación.

### ***Cáncer próstata***

La mortalidad por cáncer de próstata ha aumentado de 2012 a 2019. Para el primer año la tasa de mortalidad por esta causa fue de 10,87 por cada 100.000 hombres mientras que para 2019 fue 14,25 por cada 100.000 hombres. En 2019, San Andrés tuvo la tasa de mortalidad más alta por esta localización de cáncer (TM: 23,20 x 100.000 hombres, DR: 1,63; IC95: 1,08-2,44). En el mismo año, Chocó, Putumayo, Guaviare y Vichada tuvieron las tasas más bajas y por debajo de la tasa nacional. De los departamentos, Chocó tuvo la tasa de mortalidad más baja por esta localización de cáncer en Colombia (TM: 4,50 x 100.000 hombres; DR:0,32; IC95: 0,13-0,80).



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

### ***Cáncer de pulmón***

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

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

### ***Cáncer de estómago***

La tendencia de la mortalidad por cáncer de estómago muestra una tendencia al aumento de 2012 a 2019. Para 2012 la tasa fue 9.98,45 por cada 100.000 habitantes mientras para 2019 fue 11,00 por 100.000 habitantes. La mortalidad por esta causa en 2019 fue más alta en Quindío (TM: 21,17, DR: 1,92; IC95:1,26-2,95), estando esta tasa por arriba de la nacional. Por su parte, para el mismo año Córdoba, Chocó, La Guajira, San Andrés, Amazonas y Guainía estuvieron por debajo de la tasa



nacional. Siendo Amazonas el de la tasa de mortalidad más baja por cáncer de estómago en Colombia (TM: 1,29; DR:0,12; IC95: 0,02-0,69).

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

### ***Cáncer de colon***

La tendencia de la mortalidad por cáncer de colon en el país viene en aumento del año 2012 a 2019. Para el primer año esta tasa fue de 4.94 por cada 100.000 habitantes, mientras que para 2019 fue de 6.61 por 100.000 habitantes. Los departamentos con la tasa más alta para 2019 fueron Quindío, Risaralda y Caldas; sin embargo, solo el primero tuvo una tasa mayor que la nacional (Quindío TM: 12,05 x 100.000 habitantes; DR: 1,82; IC95%:1,036-3,21). Para el mismo año, Putumayo fue el departamento con la tasa de mortalidad más baja (TM: 0,28 x 100.000 habitantes; DR: 0,04; IC95%: 0,001-1,71).

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

### **Salud Mental**

#### ***Último consumo de alcohol en escolares y último consumo cualquier sustancia ilícita***

Para este indicador se procesaron los resultados de La Encuesta Nacional de Sustancias Psicoactivas en Escolares (2016). En esta encuesta se encontró que 15,9% de los niños encuestados reportaron haber consumido cualquier sustancia



ilícita alguna vez en la vida. Entre otros indicadores, uno de los hallazgos fue que el consumo incrementa sistemática y significativamente con la edad.

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

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

### ***Fumadores adultos actuales***

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

No se calcularon tendencias por quintiles según estratificadores sociales ni se realizó el análisis de desigualdad porque los datos de consumo de sustancias psicoactivas provienen de dos encuestas nacionales transversales que se



realizaron en 2007 (ENDS) o 2016 (Encuesta de consumo de PSA en escolares), por tanto, solo se analizó el dato de la prevalencia y las diferencias relativas.

### **Personas atendidas por episodio depresivo**

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

### **Porcentaje de personas atendidas por demencia**

La tendencia del porcentaje de personas atendidas por demencia tuvo un comportamiento relativamente estable entre 2012 y 2016. Sin embargo, a partir de este año, el indicador tiende al aumento. El porcentaje más alto se presentó en 2017. El porcentaje de consultas por este evento en 2019 se presentó en los departamentos de Valle del Cauca y Quindío, seguidos por Tolima, Risaralda, Caldas, Bogotá, Santander y Atlántico. Se observa que todos los departamentos tienen una tendencia al incremento en el periodo observado.

### **Intento de suicidio**

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

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



bajas comparado con el resto de los quintiles. Aunque el año con menor brecha entre quintiles es 2017, no se observa un patrón consistente para los quintiles inferiores.

De acuerdo con el producto interno bruto per cápita, se observan grandes distancias entre quintiles con respecto al valor de la tasa. Mientras en 2016 y 2017, se puede identificar una brecha entre el quintil más bajo que muestra las tasas de incidencia más altas con respecto al segundo y quinto quintil, este patrón se invierte en 2018. En este año, el quintil más bajo de riqueza presenta las tasas de incidencia de intento de suicidio más bajas y la brecha con quintiles superiores es más marcada. Es importante describir el comportamiento de la tasa de incidencia en el quintil mediano, el cual muestra un aumento progresivo hacia 2018 presentando las tasas más altas y la mayor brecha con otros quintiles en ese año.

## **Violencia**

### ***Violencia contra niños, niñas y adolescentes.***

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

Según el estudio de la desigualdad por años promedio de educación y PIB per cápita, se observa que en la violencia contra niños, niñas y adolescentes hay una clara brecha entre los quintiles con mayor ventaja educativa y de ingreso que



presentan altas tasas de incidencia a través de los años, que aquella población en el quintil con menor ventaja en educación e ingreso. Esta brecha es más visible cuando se analizan los años promedio de educación y a la luz de lo mencionado para el análisis de la tendencia por quintiles, esto refuerza la hipótesis de la mayor sensibilización poblacional con el tema que puede incrementar el reporte.

### ***Violencia de género e intrafamiliar***

La tasa de incidencia de violencia de género e intrafamiliar muestra disminución entre el año 2016 (158 x 100.0000 hab.) hasta el 2019 (156 x 100.000 hab). La mayor tasa respecto de la tasa nacional se presentó en los departamentos de Tolima, Cundinamarca, Arauca, Meta y Casanare, Amazonas y Bogotá D.C. con diferencias relativas mayores a 1.3 y estadísticamente significativas.

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

### ***Violencia interpersonal***

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

Al analizar cómo se comportó la tasa de incidencia interpersonal con respecto a la tasa nacional en 2019, se evidencia que Tolima, el Archipiélago de San Andrés D.T. y Bogotá D.C. muestran las tasas de incidencia más elevadas y estadísticamente significativas con respecto a la tasa nacional. En general, estos



departamentos han mostrado también una tendencia al aumento de casos entre 2015 a 2019.

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

## **Salud Ocupacional**

### ***Accidente laboral***

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

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



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

### **Enfermedad laboral**

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

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

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



## **Muerte por enfermedad y accidente laboral**

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

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

### ***Condiciones Ambientales***

#### **Calidad del aire (Material Particulado, PM10)**

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

Se observa que el promedio de PM10 en la mayoría de las estaciones se encuentra por encima del referente normativo proyectado a 2030. La estación con mayor PM10 promedio es la de Acopi, localizada en la zona industrial de Yumbo,



Valle del Cauca, seguida por la estación Carvajal Sevillana de Bogotá, la estación Medellín Alta en Antioquia, la estación Kennedy en Bogotá y la estación la Jagua Vía en el municipio la Jagua de Ibirico, César. En contraste, la estación con menor promedio fue la estación en la Cuenca Río Risaralda en el municipio de la Virginia, Risaralda.

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

## Conclusiones

El análisis realizado frente a los grupos de grandes causas para el país permite establecer múltiples conclusiones que podrían ser útiles para las decisiones de priorización que se tomen en el marco de la formulación del Plan Decenal de Salud Pública.

Una conclusión inicial general es que la relevancia de los diferentes grupos de indicadores de salud pública varía a nivel territorial en Colombia, mientras que los relacionados con salud materno-infantil y enfermedades transmisibles tienden a concentrarse en los departamentos de la periferia del país y los vinculados con las



enfermedades no transmisibles lo hacen en el centro del país, en departamentos con mayor urbanización y envejecimiento. La agrupación de los indicadores para los otros grupos de causas es más difícil, aunque para ciertos indicadores de salud mental se encuentra una agrupación dada por continuidad entre departamentos y no siempre por pertenencia a una determinada región.

Al hacer un análisis de la tendencia del país frente a los diferentes grupos de causas, no es fácil sacar conclusiones generalizadas. Con relación a salud materno-infantil se puede concluir que las tendencias observadas muestran una orientación mixta frente a lo que se esperaría durante el periodo de estudio; por ejemplo, mientras se observa una reducción en la mortalidad materna a 42 días, no pasa lo mismo con este indicador a 1 año, el cual mostró una tendencia al aumento, al igual que el bajo peso al nacer. Mientras que otros indicadores, relacionados con la mortalidad neonatal, en menores de cinco años e infantil se mantuvieron relativamente estables. Por su parte, aquellos indicadores relacionados con el control prenatal, aunque al inicio tuvieron una tendencia a aumentar, se redujeron nuevamente para el final del periodo de análisis.

En este sentido, el panorama nacional muestra más bien un mosaico en el seguimiento de estos indicadores, aunque sí sugiere la importancia de su focalización tomando en cuenta su agrupación en ciertos departamentos del país. Este comportamiento podría ser una expresión de la diversidad de condiciones de vida y determinantes sociales presentes en el territorio nacional. La mirada de la situación de salud a nivel nacional requiere un análisis a nivel departamental a la hora de implementar acciones en los municipios que requieren mayor atención en cuanto a los diferentes indicadores presentados.

Para el caso de las enfermedades transmisibles, se observa un comportamiento fluctuante; sin embargo, es claro que para dengue y malaria hay un aumento en los últimos años, lo que hace que cierren en 2019 con valores muy similares a los que se tenían para 2012.



La tendencia general en el país para la mortalidad asociada a las enfermedades no transmisibles es hacia al aumento, con la excepción de la mortalidad por cáncer de pulmón que, pese a su aumento desde inicio del periodo, mostró una reducción importante en los últimos tres años de análisis sin llegar a los valores de base de 2012.

Con relación a los indicadores de salud mental, en general, tienen una tendencia al aumento, tanto en indicadores de patologías mentales como en algunos indicadores de violencia. Sin embargo, se resalta la reducción en lo relacionado con violencia de género e intrafamiliar y en la violencia interpersonal.

Frente a salud ocupacional, el análisis de tendencias permite concluir que para los últimos años se logró revertir su incremento y se observó una reducción en los indicadores de accidentalidad laboral y de enfermedades calificadas como laborales, lo cual se acompañó de una reducción muy notoria de la tasa de mortalidad por accidente y enfermedad laborales.

En lo relacionado con calidad del aire, si bien no fue posible tener un panorama para todo el país la información que se obtuvo muestra que en general durante el periodo de análisis el pm10 en las estaciones de monitoreo estuvo por encima del referente normativo de 30  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  proyectado al año 2030, según lo indicado en la Resolución 2254 de 2017.

Los análisis realizados tomando como referencia la variación de los indicadores de salud según PIB $_{pc}$  y educación muestran que en general los patrones más claros en las brechas se encontraron a través del uso del primer tipo de estratificador. En general, se pueden identificar tres escenarios:

- Aquellos en los que se observó claramente una distancia amplia entre el quintil con mayor ventaja e indicadores más favorables y los quintiles con menor desventaja e indicadores desfavorables. Este fue el caso de los eventos de salud materno-infantil (mortalidad y control prenatal) e indicadores como la incidencia



de dengue e índice parasitario anual; así mismo, la mortalidad por accidente de trabajo y/o enfermedad laboral.

- Otro patrón observado fue aquellos indicadores con una distancia amplia entre el quintil con menor ventaja y mejores indicadores en relación con quintiles con mayor ventaja e indicadores menos favorables. Este fue el caso de la mortalidad por algunos tipos de cáncer como de mama, de próstata y de colon; la violencia interpersonal, la violencia intrafamiliar y de género, la violencia contra niñas, niños y adolescentes, y las tasas de enfermedad laboral y de accidentes laborales.
- Por otro lado, un escenario en los que no se observó una brecha clara entre quintiles que denotara un patrón específico o consistente en el periodo de observación. Este es el caso mortalidad por algunos tipos de cáncer como de estómago, de pulmón, de cuello uterino, el suicidio y la tasa de intento de suicidio.

A partir de los análisis realizados se puede concluir que Colombia cuenta con una gran disponibilidad de fuentes de información sobre el estado de salud de su población. Para este estudio, esa gran disponibilidad de datos suponía un ejercicio de síntesis para lograr describir un perfil nacional que desde lo técnico respondiera a las aproximaciones teóricas propuestas. Esto significó la aplicación de criterios de inclusión para seleccionar los indicadores de fuentes oficiales, que presentaran una desagregación departamental para cada una de las siete grandes causas estudiadas, en el periodo de 2012 a 2019. En este sentido, la mayoría de los indicadores que cumplieron estos criterios estaban relacionados con la descripción de la mortalidad y morbilidad que clásicamente se han utilizado para la caracterización de perfiles poblacionales. Esto es necesario para establecer un diagnóstico de la situación de salud nacional en el periodo anterior y también permite comparaciones internacionales.



Sin embargo, el monitoreo de las inequidades en salud debería incluir indicadores positivos que permitan una interpretación desde las dinámicas que determinan la salud y, a su vez, que posibiliten la planificación y las decisiones más informadas en el establecimiento de prioridades y asignación de recursos. En la salud materno-infantil, indicadores como el porcentaje de controles prenatales en grupos de interés y el porcentaje de atención de parto por personal especializado fueron incluidos. Sin embargo, para el resto de las grandes causas es necesario un avance en la obtención de este tipo de información. Por ejemplo, en enfermedades no transmisibles indicadores de entornos físicos, alimentarios y socioeconómicos. En enfermedades transmisibles, un mayor avance técnico en la recolección y manejo de información ambiental, de coberturas de acueducto, alcantarillado y acceso a agua potable. En salud mental, las connotaciones positivas que tienen que ver con habilidades para la adaptación, la participación, entre otras. En salud laboral, indicadores que reflejen la cultura de seguridad en el trabajo.

Un vacío claro de este análisis tiene que ver con la inclusión de los estratificadores de género, al menos el proxy de sexo, al igual que los relacionados con la condición étnica y racial. Con miras al seguimiento del nuevo plan, va a ser fundamental la inclusión de información y la apropiación de criterios de análisis que permita una adecuada valoración de estas categorías sociales.

En el mundo, el entendimiento de los procesos de salud y enfermedad empiezan a tener más en cuenta la perspectiva de género. En Colombia, los registros sobre violencia empezaron a incluir recientemente este tipo de información. En este sentido, el SIVIGILA capta información de identidad de género y orientación sexual desde 2019, con el que se espera tener una mejor caracterización de las tipologías de violencia y grupos vulnerables que sirva para la toma de decisiones. En este estudio, como parte de la gran causa salud mental, estos indicadores no pudieron ser incluidos porque su consolidación nacional no estaba disponible, pero se incluyó un indicador sobre la violencia intrafamiliar y de género y otro sobre violencia en niños, niñas y adolescentes, ambos con



información desde 2017 que dan una perspectiva inicial del fenómeno en Colombia. Para las otras grandes causas, es necesario entonces avanzar en el desarrollo de las fuentes de información que permitan reconocer las estructuras de poder que se enmarcan desde lo patriarcal y que determinan la salud de la población.

En lo que tiene que ver con la etnicidad y raza, si bien desde principios de este siglo se han tenido avances en la inclusión de preguntas sobre estas categorías en las diferentes fuentes de interés en salud pública, todavía queda el desafío de su captura apropiada y consistente. Tener esta información con suficiente calidad es relevante dado que a través de otros análisis se ha podido verificar el rezago de las poblaciones étnico/raciales en diversos indicadores de salud.

Frente a ruralidad, si bien se hizo un análisis preliminar de tendencias tomando en cuenta la dicotomía urbano-rural, los hallazgos fueron poco informativos, lo cual plantea la necesidad de tener aproximaciones más adecuadas para el análisis de las brechas de acuerdo a los diferentes niveles de urbanización y ruralidad del país.

Un último aspecto tiene que ver con el reto que resulta abordar estas diferentes categorías desde una perspectiva de múltiples intersecciones, considerando que las categorías sociales que pueden ser relevantes en Colombia no actúan por separado; por tanto, un análisis más complejo podría ser apropiado para orientar mejor las intervenciones y decisiones de política pública orientadas a abordar las inequidades en salud del país.

## Referencias



Arcaya, M. C., Arcaya, A. L., & Subramanian, S. V. (2015). Inequalities in health: Definitions, concepts, and theories. *Global Health Action*, 8, 10.3402/gha.v8.27106. <https://doi.org/10.3402/gha.v8.27106>

Dane (2019). Encuesta nacional de consumo de sustancias psicoactivas (ENCSPA). (s. f.). Recuperado 24 de mayo de 2022, de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/encuesta-nacional-de-consumo-de-sustancias-psicoactivas-encspa>

DANE (2009). Encuesta nacional de salud 2007: Resultados nacionales (1ra. edición). Ministerio de la Protección Social, República de Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/ENCUESTA%20NACIONAL.pdf>

DANE (2018). Proyecciones de población calculadas con base en los resultados del Censo Nacional de Población y Vivienda 2018. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>

Gollust, S. E., & Cappella, J. N. (2014). Understanding public resistance to messages about health disparities. *Journal of Health Communication*, 19(4), 493-510. <https://doi.org/10.1080/10810730.2013.821561>

Graham, H. (2004). Social determinants and their unequal distribution: Clarifying policy understandings. *The Milbank Quarterly*, 82(1), 101-124. <https://doi.org/10.1111/j.0887-378x.2004.00303.x>

Lezine, D. A., & Reed, G. A. (2007). Political Will: A Bridge Between Public Health Knowledge and Action. *American Journal of Public Health*, 97(11), 2010-2013. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.113282>

Marmot, M., Allen, J., Bell, R., & Goldblatt, P. (2012). Building of the global movement for health equity: From Santiago to Rio and beyond. *Lancet* (London, England), 379(9811), 181-188. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61506-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61506-7)



Murray, C. J., Gakidou, E. E., & Frenk, J. (1999). Health inequalities and social group differences: What should we measure? *Bulletin of the World Health Organization*, 77(7), 537-543.

OPS. Determinantes sociales de la salud Washigton D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2021 [Available from: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>].

Measurement of socioeconomic status in health disparities research—PubMed. (s. f.). Recuperado 24 de mayo de 2022, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17913111/>

The Lancet: Global Burden of Disease. (s. f.). Recuperado 24 de mayo de 2022, de <https://www.thelancet.com/gbd>

Rationale for Regular Reporting on Health Disparities and Inequalities—United States. (s. f.). Recuperado 24 de mayo de 2022, de <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/su6001a2.htm>

Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation*, 22(3), 429-445. <https://doi.org/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN>



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

---

La salud pública es un campo de acción estatal y social de relevancia para la garantía del derecho a la salud y por tanto sus actuaciones sectoriales<sup>25</sup> y conjuntas con otros actores y sectores deben dar cuenta de lo exigible en el marco de derechos, bajo el reconocimiento de su interdependencia e indivisibilidad. En este sentido, se reconoce que el más alto nivel de salud posible es la base del goce y ejercicio efectivo de otros derechos y, a su vez, los logros en salud dependen de la garantía de múltiples obligaciones establecidas en los contenidos de los derechos ratificados por el Estado colombiano, y que hacen parte del bloque de constitucionalidad.

Este capítulo se organiza en tres grandes apartes. El primero, referido a los derechos, sus diferenciales y el abordaje integral e integrado de los sujetos de derecho y los sujetos de especial protección constitucional, tanto individuales como colectivos. Se inicia con los sujetos para enfatizar que son el centro, la razón de ser que sustenta la acción en salud pública y por tanto quienes estructuran el sentido de lo que el país debe concretar en los próximos diez años, a través del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2022 – 2031.

El segundo, incluye los abordajes y modelos que guían el modo de proteger y mejorar la salud de los habitantes de Colombia, con alcances que trascienden lo sectorial y enfatizan la comprensión territorial. El capítulo se construye con base en aportes, revisiones y trabajo conjunto entre diferentes actores y desde definiciones documentales y normativas internacionales y nacionales. Propone una síntesis que

---

<sup>25</sup> Se refiere al sector administrativo de salud y protección social.



orienta lo definido en el PDSP y determina la base de transformaciones institucionales y sociales que privilegian la salud, el bienestar y la calidad de vida de personas, familias, comunidades y colectivos, reconociendo el significado de los sujetos de derecho y su diversidad en el marco de la salud pública; los compromisos relacionados con su reconocimiento, y las alternativas para comprender y orientar la acción que se incluye en el PDSP 2022-2031.

El tercero, se refiere a los ordenadores que establecen el contenido y alcance de la salud pública, como base de la organización estratégica y operativa del PDSP 2022-2031.

Para efectos del capítulo se reconoce que no existen únicas aproximaciones a ninguno de los aspectos que se recogen. Sin embargo, se considera pertinente que la acción en salud pública y, en particular, el PDSP 2022-2031 se sustente en apuestas explícitas, que permitan la protección de los derechos en interdependencia, particularmente del derecho a la salud y al ambiente sano, con aportes concretos para su garantía. Asimismo, apunta a materializar la garantía de los derechos individuales y colectivos con perspectiva sectorial, intersectorial y ciudadana, a fin de avanzar en la superación de las desigualdades en salud por medio de un abordaje integral e interseccional de sus determinantes.

Lo anterior, supone la organización de respuestas institucionales y sociales de diversos órdenes que de forma planeada, inmediata (tiempo presente) y progresiva (acumulados a diez años), sinérgica y armónica aborden con efectividad no solo las obligaciones establecidas en el marco de derechos, sino además las necesidades y expectativas de los sujetos..

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

### ***Enfoque de Derechos Humanos y Equidad***



Colombia es un Estado Social de Derecho y, por ende, es uno de los países que reconoce y ha incorporado en su bloque de constitucionalidad<sup>26</sup> múltiples instrumentos internacionales relacionados con los Derechos Humanos y el Derecho Internacional Humanitario; no solo como decisión jurídica, sino como un compromiso de trabajar por su garantía, protección, goce y ejercicio efectivo, no solo para y con sus ciudadanos, sino con aquellos que, en razón de la movilidad humana y ejerciendo el derecho a la libre circulación, habitan el territorio nacional.

Los derechos humanos son inherentes a la naturaleza humana, inalienables, universales, inviolables, iguales para todos/as y sin los cuales no es posible vivir como seres humanos, con las mismas libertades respetando los derechos de los/las demás (MSPS, 2021).

Son múltiples los instrumentos internacionales cuyo objeto es la protección de los derechos humanos. Al ratificarlos, sus enunciados se convierten en materia vinculante para el Estado colombiano, y se constituyen en el sustrato primario de políticas públicas y de planes como el PDSP 2022-2031. Por tanto, el enfoque de derechos fundamenta la acción en salud pública al centrarse en el reconocimiento de los sujetos titulares de derechos, así como en la garantía de la promoción, respeto y protección de dicha titularidad y contenidos (obligaciones) en cabeza del Estado.

En este marco, no solo el logro del derecho a la salud, sino de los demás derechos en interdependencia, deben ser analizados e incorporados en el desarrollo del PDSP 2022-2031 con el objeto de acometer sus fines. En ese sentido, de un lado, en relación con los derechos políticos y civiles, se asume lo que señala la Consejería Presidencial para los Derechos Humanos y Asuntos Internacionales

---

<sup>26</sup> Establecido en el artículo 93 de la Constitución Política, de acuerdo con el cual los tratados y convenios internacionales ratificados por Colombia, que reconocen los DDHH y prohíben su limitación en los estados de excepción, prevalecen sobre el orden interno y además que los derechos y deberes consagrados en la Constitución deben ser interpretados de conformidad con estos instrumentos internacionales.



en Colombia (2018), en términos de dignidad humana, integridad, autonomía y libertades fundamentales.<sup>27</sup> De otro lado, con respecto a los Derechos Económicos Sociales Culturales y Ambientales DESCA, la misma Consejería plantea que se refieren a las condiciones materiales, bienes públicos y servicios necesarios para materializar la idea de una vida digna, y sus relaciones con las desigualdades e inequidades presentes en la sociedad.<sup>28</sup>

A lo anterior y dadas las específicas situaciones que se viven cotidianamente en Colombia se une lo relativo al Derecho internacional humanitario (DIH), en tanto se mantiene el conflicto armado y socio político en la mayoría del territorio, desde donde se busca limitar su impacto, tanto en las personas y grupos que participan directamente, como entre quienes no están involucrados de manera directa, pero son afectados de distintas formas. En este mismo espacio, es necesario reconocer que tanto los conflictos armados como otras situaciones<sup>29</sup> que vulneran sistemáticamente la garantía de los derechos humanos, derivan en circunstancias vitales tanto internas como de origen externo, que comprometen las condiciones y situaciones relativas al goce y ejercicio del derecho a la salud, a las que se agregan otros fenómenos, como lo es la migración internacional desde países vecinos.

---

27 “Al hablar de derechos civiles podemos abordar la protección de la dignidad humana, la integridad física, sexual, psicológica y moral de la persona; la protección de las libertades fundamentales y la autonomía de las personas para decidir sobre su propia vida sin la interferencia del Estado o de algún otro poder social. Por su parte, los derechos políticos, están relacionados con las garantías para el ejercicio de la participación en los espacios de toma de decisión y en el ciclo de la gestión pública”.

28 “Son el grupo que hace referencia a las condiciones materiales, bienes públicos y servicios necesarios para materializar la idea de una vida digna. El goce efectivo de los DESCA “[...] permite cerrar las brechas de desigualdad e inequidades presentes en las distintas sociedades entre personas, grupos y sectores [y] hacen posible además la efectiva participación y el disfrute de la vida social, económica, política y cultural; resultan esenciales para el ejercicio pleno de la ciudadanía y el fortalecimiento de la democracia”. Debido a lo anterior, a partir de la Estrategia Nacional de Derechos Humanos se puede mencionar que dentro de los DESCA se encuentran contenidos : i) Derecho a la salud; ii) a la familia; iii) a la alimentación adecuada; iv) a la educación; v) derechos del trabajador; vi) derecho a la huelga y libertad en la elección de empleo; vii) a la seguridad y protección social; viii) a la vivienda; ix) derecho al agua; x) desarrollo económico; xi) derechos sexuales y reproductivos; xii) Derechos culturales; xiii) derechos colectivos y ambientales, entre otros”.

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



En el marco del reconocimiento constitucional de los derechos humanos, se resalta que todas las autoridades sin excepción, y de acuerdo con sus competencias, asumen roles de garantes estatales y, por ende, están obligados a salvaguardar los derechos humanos en términos de protección, respeto, promoción y, en caso de vulneraciones e impactos desproporcionados, deben asegurar su restablecimiento, reparación y no repetición. De ahí que el PDSP 2022-2031 acoge los postulados de universalidad, indivisibilidad, interdependencia, igualdad y no discriminación, progresividad y no regresividad, dignidad humana e integridad que configuran los derechos humanos. A continuación, se presenta el alcance de cada uno, como estructurantes de la salud pública con enfoque de derechos.

La **universalidad** reconoce que todos los seres humanos tienen los mismos derechos sustentados en su condición de ser humanos, independientemente de sus particularidades, y en marcos jurídicos estructurados y reconocidos. En este sentido, son inalienables, por lo que suprimirlos obedece a situaciones de excepción y de acuerdo con procedimientos concretos; son indivisibles e interdependientes, esto significa que un conjunto de derechos no puede disfrutarse plenamente sin los otros (OHCHR, 2022). La interdependencia establece relaciones recíprocas e incidentes<sup>30</sup> que son de especial relevancia en salud.

---

30 “Señala la medida en que el disfrute de un derecho en particular o un grupo de derechos dependen para su existencia de la realización de otro derecho o de otro grupo de derechos. La interdependencia comprende, por lo menos, un par de relaciones donde: a) un derecho depende de otro(s) derecho(s) para existir, y b) dos derechos (o grupos de derechos) son mutuamente dependientes para su realización. En este sentido, el respeto, garantía, protección y promoción de un derecho tendrá impacto en los otros y/o viceversa. De tal forma, la protección del derecho a la salud no puede quedar al margen de una revisión de otros derechos condicionantes como la alimentación y el acceso al agua. Otro ejemplo, los derechos políticos (a votar, ser votada o votado, dirigir los asuntos públicos y participar en la función pública) no deben mirarse de manera independiente de los derechos a la libertad de asociación, libertad de expresión y a la igualdad y no discriminación” (Vásquez & Serrano, 2013,152-153).



La **indivisibilidad** entiende los derechos integrados e integralmente equiparables en su garantía, por tanto, no se pueden aislar ni seleccionar unos y postergar otros, dado que sus realizaciones particulares se alcanzan en tanto se garantizan otras, relativas a otros derechos. El enfoque de derechos asume que todos aquellos que confluyen en una vida digna, deben ser incorporados, analizados y garantizados de manera conjunta.

Con respecto a la **igualdad** se establece en la Declaración Universal de Derechos Humanos que “todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos”; y se relaciona de forma directa con la ausencia de discriminación.<sup>31</sup> Los derechos humanos y su protección, llevan implícito el reconocimiento a la diversidad, derivada de múltiples diferenciales y, por ende, la obligación de contar con medidas afirmativas que los identifiquen, reconozcan y respondan con equidad, e incluso desde una respuesta institucional diferenciada y específica, acorde con las particularidades poblacionales.

En relación con la **igualdad sustancial** se hace referencia a la equidad; siendo necesario resaltar el sentido de justicia que subyace a este término, relacionado con un trato libre de discriminación para todas las personas, desde el reconocimiento de las diferencias singulares y colectivas. La equidad en salud “es un componente fundamental de la justicia social que indica la ausencia de diferencias evitables, injustas o remediables entre grupos de personas debido a sus circunstancias sociales, económicas, demográficas o geográficas” (OPS, s.f.).<sup>32</sup> Debido a que lo que se puede evitar o remediar puede variar a través del tiempo y el lugar, la concepción que se tenga de la equidad en salud puede también cambiar según las sociedades. En todo caso, “la equidad en salud enfatiza que la mayoría de las diferencias en el estado y los resultados de salud entre grupos no son el

---

31 Implica una participación igualitaria en cualquier área de la vida civil, cultural, política, económica y social y la prohibición de la discriminación como se expresa en el artículo 13 de la Constitución Política.

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



resultado de diferencias biológicas, sino que resultan de procesos sociales y económicos que crean y recrean diferencias en el acceso a la salud” (OPS, s.f). Por lo tanto, lograr la equidad en salud requiere tantas acciones de reconocimiento como acciones distributivas de recursos, bienes y servicios.

Los resultados del incumplimiento en la garantía del goce y ejercicio de los derechos establecen distintas situaciones, muchas veces permanentes, que agregan vulnerabilidad<sup>33</sup> a los sujetos de derecho, en diferentes circunstancias y ámbitos de su vida individual e interdependiente.

La **progresividad y no regresividad**, parte de reconocer que, en los instrumentos internacionales de derechos humanos, se incluyen contenidos mínimos vinculantes, con obligaciones de orden general y específico; inmediatas y progresivas. Así, hay aspectos que se deben garantizar sin dilaciones y otros que asumen una mejora sustentada en un acumulado de medidas de garantía, que busquen explícitamente ganancias permanentes en el ejercicio y goce efectivo de los derechos.

Implica gradualidad en su reconocimiento con la expresa prohibición de retroceder sobre lo alcanzado. Entiende además que hay contenidos de los derechos humanos, que para obtener su materialización requieren esfuerzos reales y materiales por parte de los Estados para generar medidas efectivas, no solo desde sus obligaciones generales, sino y en relación con los sujetos de especial protección; que infieren el desarrollo de acciones preferenciales y diferenciales. Los énfasis están en los sujetos de derecho, sus relaciones, sus contextos y sus referentes personales, familiares y sociales.

---

<sup>33</sup> “La vulnerabilidad es una situación de desventaja en el ejercicio pleno de los derechos y libertades. Los hechos ponen en evidencia que la vulnerabilidad distancia del ejercicio de los derechos a las personas más débiles de la sociedad, las estigmatiza y las margina, por lo que el Estado y corresponsablemente los particulares, tienen la obligación de protegerlas dado que, en tales condiciones, desconocen sus derechos y las formas para hacerlos valer” (MSPS;2021, p.17).



La **dignidad** es una cualidad esencial del ser humano, atributo universal común que permite valorarse y ser valorado, como sujeto individual y social, siendo el fundamento de los derechos. La dignidad humana constituye el valor de los seres humanos como fines en sí mismos, merecedores de consideración y respeto, como algo intrínseco, inalienable e independiente de acciones y vida moral (MSPS,2021). Los derechos en su conjunto confluyen para dignificar la vida humana. Por su parte la integridad, se entiende como un conjunto de condiciones físicas, psíquicas y morales que le permiten al ser humano su existencia, sin sufrir ningún tipo de menoscabo en cualquiera de esas tres dimensiones (Afanador, 2002).

**Enfoque Diferencial de Derechos.** Como se expresó en el marco de los derechos humanos, sus características estructurantes y en particular, la igualdad y no discriminación, se constituyen en un elemento central de las maneras en las que la vida digna se debe materializar. Esto significa para la salud pública que las aspiraciones derivadas del contrato social basado en derechos, relativas al logro del más alto nivel de salud posible, se deben dar sin discriminaciones por ninguna razón y con acciones afirmativas que prevengan, superen, corrijan y reparen cualquier condición o situación en las que se generen desigualdades o brechas de equidad entre grupos o segmentos poblacionales.

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

La Corte Constitucional se ha referido a la categoría de “sujetos de especial protección constitucional”, señalando como tales a sujetos como los niños y niñas, las madres cabeza de familia, a las personas en situación de discapacidad, a la población desplazada, a las personas mayores, y todas aquellas personas que por



su situación de “debilidad manifiesta” o “estado de indefensión”, están en una posición de desigualdad material con respecto al resto de la población, considerando que requieren de un tratamiento de especial protección y, por ende, se les debe aplicar un “amparo reforzado”, debido a la deuda histórica del Estado con estos grupos poblacionales” (Corte Constitucional en su Auto 006 de 2009, Sentencia T-282, 2008 y T-341 de 2012, C-293 de 2010)

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

La protección real y material de los derechos humanos debe partir en términos del reconocimiento de la múltiple discriminación presente y socio históricamente construida, acumulada y agravada en personas, familias, comunidades y colectivos por su situación, condición, pertenencia étnica e identidad y que se materializa bajo la figura de los sujetos de especial protección constitucional así,

El enfoque diferencial de derechos es un aporte del derecho internacional de los derechos humanos a la implementación de políticas públicas, promoviendo que el centro de la intervención social esté dado por las características del sujeto social y el contexto geográfico y sociocultural donde desarrolla su cotidianidad. (MSPS, 2021, p. 12)

También considera:



El alcance de los conceptos de identidad, diversidad, diferencia, interculturalidad y derechos humanos precisando que son producto de diversas dinámicas sociales y culturales en las que históricamente adquieren significado hasta constituirse en elementos centrales para el reconocimiento de la diferencia y búsqueda del bienestar, la igualdad y la equidad. (MSPS, 2021, p. 12)

De ahí que, el enfoque diferencial se concibe no solo frente a la protección de los sujetos, sino en la intervención de condiciones y situaciones generadoras de vulneraciones y dinámicas de vulnerabilidad en individuos y colectivos que estructuran discriminación, segregación y exclusión. Además, reconoce la diversidad derivada de múltiples condiciones humanas y situaciones vitales como un componente imprescindible de la materialización de los derechos humanos que:

Reconoce la existencia de una estructura social diversa, multiétnica y pluricultural, donde conviven personas y grupos de personas que presentan situaciones, condiciones y características particulares y con necesidades de protección diferenciales, las cuales, están esencialmente a cargo del Estado y de la sociedad en su conjunto. (MSPS, 2021, p. 19)

Asumir los diferenciales que acompañan la vida y la condición humana, está directamente relacionado con el goce efectivo de los derechos humanos de acuerdo con esta diversidad.

De esta forma, los derechos humanos tienen una condición de universalidad y de diversidad, en tanto establecen condiciones y situaciones que deben ser atendidas, en relación con sujetos de especial protección. Esto significa que lo diferencial siempre está presente y no se trata solo de “focalizar en grupos vulnerables”, sino que la garantía de los derechos debe contemplar acciones generales y acciones específicas, relacionadas con los derechos en sí mismos y con la especial protección. El reconocimiento de características particulares implica



que la igualdad y la equidad se sustenta en medidas diferenciales (afirmativas) enmarcadas en las obligaciones de garantía, protección, promoción y respeto de los derechos humanos. Esta diferenciación en la práctica incluye el reconocimiento de dinámicas sociales, históricas, económicas, culturales que inciden en el ejercicio pleno de los derechos fundamentales.

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

Las relaciones entre la universalidad, la igualdad y la no discriminación son esenciales al abordar los caminos de la salud pública; ya que se debe traer de cada una de ellas lo necesario, para no perderse en la búsqueda del más alto nivel de salud posible. La materialización de los derechos debe diferenciar y no invisibilizar particularidades y contextos, por usos homogéneos de la acción pública. Lo anterior exige que el ejercicio y goce efectivo de los derechos se haga bajo un análisis de la relación sujetos-garantes-contenidos de derecho en contexto; lo que significa que el centro y la razón de ser de las medidas estatales y sociales se ubica en los sujetos titulares, sus derechos y sus necesidades resignificados desde las realidades en que sus vidas se desenvuelven. El enfoque diferencial hace visible la diversidad y ordena la adecuada protección de los derechos.

**Diversidad y enfoque Interseccional.** Del enfoque diferencial de derechos surge entonces el reconocimiento de que la igualdad no puede ser vista como homogeneidad simplificadora de la comprensión de asuntos complejos, del reconocimiento de lo distinto y de la acción diferenciada; sino que supone la relevancia de lo diverso. Por esta razón en este apartado no se presentan los siguientes diferenciales como subcategorías de lo diferencial; sino como enfoques que deben aplicarse en todo momento para visibilizar la diversidad que es



connatural a la vida y a los seres humanos, sus relaciones sociales, sus espacios vitales y su convivencia en el planeta.

Partiendo de esta premisa, se entiende entonces que, para la connotación universal de la salud pública toda la población que habita el territorio colombiano es diversa; ya sea porque se encuentra en algún momento vital, porque tiene unas características biológicas específicas, porque ha construido en su vida y entornos roles o formas de ser diversas, o porque sus circunstancias y sus trayectorias individuales y colectivas generen situaciones propias y condiciones de vida particulares compartidas en contextos a su vez dinámicos. Esto lleva a reconocer la diversidad como un estructural de la condición humana y, por ende, siempre presente tanto en lo singular, como en lo colectivo y lo contextual.

Asumir esta propuesta, implica dejar de visualizar la diferencia solo en algunos grupos que pueden ser extraídos del total y abordados de manera específica y focalizada. También permite plantear que los matices de la diversidad y sus acumulados pueden de entrada no generar necesariamente condiciones y/o situaciones que ameriten una atención particular; pero sus dinámicas e interacciones sociales, pueden durante el trascurso de la vida, establecer indeseables que configuran desigualdades, discriminación, segregación, exclusión y rezagos que generan vulneración de derechos y condiciones de vulnerabilidad. Procesos sociohistóricos de este orden, son los que estructuran reconocimientos particulares de especial protección, que buscan visibilizar los sujetos, los contextos y las circunstancias que requieren apuestas afirmativas para superar esos indeseables, que no tendrían porque, afectar permanente y significativamente la vida de personas y grupos humanos.

Lo planteado tiene dos implicaciones: el reconocimiento general de lo diverso como constitutivo de la condición humana y el abordaje de respuestas afirmativas e integrales frente a la vulneración sistemática de la dignidad, igualdad e integridad



humanas como consecuencia de la no aceptación, discriminación y exclusión de las diversidades.

La diversidad devenida del “enfoque diferencial” pero entendida ampliamente, exige del PDSP 2022-2031 su reconocimiento plural, sistémico, dinámico, y connatural a la vida humana. Esto implica que los sujetos de derecho y diversos, no existen en abstracto, sino que presentan permanentes dialécticas entre características particulares compartidas con otros y singularidades que deben ser reconocidas e incorporadas en la construcción colectiva del más alto nivel de salud posible desde contextos heterogéneos y que exigen de la acción en salud pública, adecuaciones significativas de las intervenciones generales y los usos particulares de activos sociales distintos, que deben ser reconocidos, protegidos y respetados en el marco de los derechos humanos.

La totalidad de los habitantes de Colombia se sitúan en contextos territoriales donde se tejen relaciones intersubjetivas que configuran formas particulares de apropiación territorial y construcción de identidades. Así, existen territorios sin pobladores humanos, pero no existen poblaciones humanas sin territorios, sin temporalidades y espacios que se determinan entre sí<sup>34</sup>. Estas dinámicas territoriales establecen sentidos compartidos, pero también distintos que alimentan la diversidad creciente, que define una sociedad. En este escenario confluyen organizaciones y presencias institucionales que de igual modo inciden en la permanente construcción de aspiraciones comunes o propias, de reconocimientos y referentes que dan sustento tanto a la identidad como a la diferencia.

El Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 incorpora para sí, categorías de la diversidad que orientarán el abordaje de los sujetos de derecho y la cualificación de sus acciones. el enfoque de curso de vida y el enfoque de género, se asumen como perspectivas aplicables a la totalidad de la población a la que se dirige,

---

<sup>34</sup> Base de las relaciones población-territorio.



puesto que todas las personas experimentan una trayectoria de vida en la que las condiciones y necesidades cambian; y puesto que a todas las personas les afectan las normas, los roles y los estereotipos de género, es decir, las expectativas sociales respecto a cómo deben comportarse en función de su sexo biológico o asignado al nacer.

En este mismo sentido y para los pueblos y comunidades étnicas, se relieves la etnicidad sustentada en su identidad y cosmovisiones, que incluso resignifican tanto el curso de vida como el género. Ellos (pueblos y comunidades) son los dinamizadores de sus culturas y tienen reconocimientos específicos de derechos colectivos que no se comparten con otros grupos de la sociedad. Adicionalmente, se incluyen diferenciales relacionados con la discapacidad, migración, conflicto armado, la orientación sexual y la identidad de género, la situación de habitanza en calle, entre otros.

**Curso de Vida 35.** El curso de vida ha orientado la política sectorial en los últimos años como uno de los elementos centrales del reconocimiento de los sujetos tanto en lo individual (personas) como en lo colectivo (familias y comunidades). El enfoque de curso de vida surge como una propuesta interdisciplinaria desde los años sesenta, orientado al análisis de las múltiples influencias históricas, sociales, económicas, demográficas y culturales que determinan la vida individual y colectiva. Deriva de la apuesta por el desarrollo humano y el reconocimiento de los derechos humanos, en tanto, reconoce la importancia de la trayectoria vital en la configuración de estados de salud que implican o no la ampliación de libertades y logros en términos de capacidades, bajo la idea fundante de la dignidad humana.

En este sentido el desarrollo humano se entiende como un conjunto de procesos que transcurren a lo largo de la existencia, desde el nacimiento hasta el

---

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



final de la vida. Es un proceso continuo, multi determinado, multidireccional y multidimensional, caracterizado por permanentes avances y retrocesos en todas las etapas de la vida, en que participan, interactúan y se interrelacionan las esferas del sujeto, se entrelazan sus trayectorias, y se potencian las capacidades de los seres humanos, para cambiar y adaptarse permanentemente a la realidad según su contexto. Para expandir las oportunidades, se hace necesario desarrollar capacidades, entendidas como opciones de elegir libremente, la forma de vida que se quiere vivir, orientada a vivirla en condiciones dignas, perdurables y saludables.

De este modo, se considera que el desarrollo humano y los resultados en salud a lo largo del curso de vida, dependen de la interacción de diferentes determinantes, en consideración de efectos acumulativos y situaciones presentes que viven los sujetos en un contexto y lugar, en un momento histórico y con unas condiciones particulares, matizadas por las capacidades que tienen las personas, familias y comunidades para decidir las formas de vida y para responder a los retos diversos o sucesos que les acontecen en el cotidiano vivir.

El curso de vida se estructura a partir de varios conceptos, principios y alcances que se relacionan con el conjunto de trayectorias que tiene un sujeto y su familia de acuerdo con los roles que desarrolla a lo largo de la vida, las transiciones y momentos significativos; por las expectativas sociales referentes a la edad, por condiciones históricas y culturales específicas, así como por acontecimientos individuales únicos; integra una mirada longitudinal sobre la vida y sus transformaciones a lo largo del curso vital. Trasciende un enfoque evolutivo (etapas) hacia un enfoque interrelacional, donde las interacciones marcan las diferencias, los proyectos de vida y logros en términos de realización humana, disfrute de derechos y despliegue de capacidades- libertades, procesos biológicos, comportamentales y psicosociales que operan a través del curso de vida de un sujeto, o a través de generaciones para producir condiciones y/o situaciones que pueden abordarse con acciones anticipatorias como oportunidades para la acción en salud pública.



Considera el análisis de la temporalidad como esencial, así como la trama de relaciones en las que el sujeto se configura; reconoce desde el principio de las vidas interconectadas, trayectorias vitales vinculadas de personas, familias y comunidades con incidencia intergeneracional. Se interesa por la manera en que un sujeto cambia a lo largo de la vida, por la comprensión del cambio como un fenómeno intrínsecamente vinculado a un entorno también en transformación; y reconoce los recursos y capacidad propia de los sujetos para reflexionar acerca de su propia existencia, de las relaciones y el contexto social al que pertenece.

Todo lo anterior fundamenta el curso de vida en términos de desarrollo a lo largo de la vida, tiempo y lugar, timing, vidas interconectadas, libre albedrío o agencia; y como elementos se reconocen: trayectorias, transiciones, sucesos vitales, ventana de oportunidades, efectos acumulativos y autogobierno, que definen limitaciones, pero también capacidades en todos los momentos del proceso de envejecimiento de una persona, que no sólo comprende los inevitables efectos biológicos y fisiológicos ocasionados por los daños moleculares y celulares, sino la adaptación paulatina a nuevos roles y posiciones sociales, transiciones vitales y del propio crecimiento psicológico, con manifestaciones, continuas, multifacéticas, irreversibles y heterogéneas de una persona a otra .

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

- Se reconocen los períodos sensibles o críticos del proceso del desarrollo y de la vida, donde hay mayor susceptibilidad a las influencias que tienen un impacto a lo largo de la vida. El acompañamiento en el proceso de desarrollo, el cuidado de la vida y mantenimiento de la salud son vitales durante toda la trayectoria vital y en especial en estos momentos de alta susceptibilidad.



- Reconocimiento de los diferenciales en los perfiles de salud y enfermedad, atendiendo a la interdependencia generacional y al principio de vidas interconectadas, donde la afectación o incidencia en la vida o salud de un individuo, toca inevitablemente la dinámica de sus relaciones y sus legados generacionales, o en sus redes próximas.
- La acumulación a lo largo de la experiencia y trayectoria vital de condiciones y situaciones relacionadas con exposiciones y afectaciones que inciden en la dinámica de las relaciones, la interacción del sujeto y su capacidad adaptativa a los retos de la vida cotidiana y del proceso de desarrollo.

En coherencia con lo anterior, de acuerdo con el enfoque de curso de vida, al analizar los momentos vitales, se **trasciende** la idea de la edad como único criterio explicativo para identificar procesos de salud – enfermedad y desarrollo. La edad, debe ser considerada como un valor social más que cronológico, ya que se constituye en una construcción social e histórica al interactuar con los roles sociales, marcando trayectorias y cursos de vida diferentes para los sujetos, de acuerdo con la cultura, la historia y el contexto social, político y económico de cada persona. Dado el énfasis de política pública relacionado con los momentos de vida, el PDSP 2022-2031 relaciona su actuación con estos, y proyectando las dinámicas poblacionales que contemplan un envejecimiento incremental y los acumulados que supone.

El curso de vida, entendido en su relación con los derechos humanos, propende por acciones oportunas para afectar positivamente la salud y las trayectorias de los sujetos, centradas en las personas y colectivos (familias, comunidades, sociedad). En reconocimiento de la interacción entre capacidades, situaciones y condiciones; da un lugar relevante a la visibilización de las desigualdades sociales y define acciones para mejorar condiciones desde esta perspectiva, reconociendo el impacto que esto tiene para favorecer el desarrollo de los sujetos y la ruptura de círculos negativos relacionados con la equidad.



## **Enfoque de Género**

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

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

Por ejemplo, generalmente, se espera que las mujeres sean femeninas y que los hombres sean masculinos o que las mujeres sientan atracción erótico-afectiva por los hombres y viceversa<sup>36</sup>. En la medida en que encasilla, el género constituye un sistema de división: entre mujeres y hombres; entre las identidades femeninas y las masculinas; y entre las personas heterosexuales y aquellas que no lo son. Asimismo, el género configura un sistema de poder: del hombre sobre la mujer; de lo masculino sobre lo femenino y de la heterosexualidad como la norma (Newcastle University, n.d.).

Por esta razón, según la OMS (2007) el género por sí mismo es un determinante social de la salud, que puede crear inequidades sanitarias o agravar aquellas que son producidas por la influencia de otros determinantes sociales de la salud, como la posición socioeconómica, la edad o la etnia (OPS, 2011). La sobre-representación de las mujeres entre las víctimas de violencia sexual, intrafamiliar y

---

<sup>36</sup> Al modelo según el cual solo existen dos géneros y dos sexos contrapuestos y complementarios (mujeres: femeninas y hombres: masculinos) se le conoce como binarismo de género.



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

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

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

Implica también el fortalecimiento de la autonomía, empoderamiento, toma de decisiones y participación orientada a la igualdad de género; además de la protección basada en acciones afirmativas que prevengan, atiendan y superen las discriminaciones, exclusiones y violencias en los ámbitos de vida de los sujetos de acuerdo con su identidad, expresión de género y orientación sexual.

En relación con el enfoque de género se debe resaltar lo correspondiente a la sexualidad humana y la garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, los cuales responden a la reivindicación y al reconocimiento de que todas las personas son dueñas de su cuerpo y sexualidad, y que se puede decidir



sobre la vida sexual y reproductiva sin presiones, ni coerciones.<sup>37</sup> Son derechos que no se extinguen por el paso de los años y mantienen su vigencia en la vejez, salvo por las restricciones ocasionadas por los inevitables cambios biológicos y fisiológicos en el último momento del ciclo vital. El ejercicio igualitario de estos derechos se relaciona con la integridad, la dignidad humana, y las responsabilidades compartidas. Los derechos sexuales son independientes de los reproductivos, y suponen decisiones con incidencia en la vida relacional de las personas, de las familias y de los colectivos.

De acuerdo con la OMS (2018), la sexualidad es:

Un aspecto central del ser humano que está presente a lo largo de su vida. Abarca el sexo, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Se siente y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones. Si bien la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se experimentan o expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales. (p.3)

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

---

<sup>37</sup> MSPS, 2022. Sexualidad y derechos. Páginas - Sexualidad y derechos (minsalud.gov.co) Página web.



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

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

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

**Etnicidad.** Deriva del respeto a la diversidad étnica y cultural y se relaciona con el conocimiento y reconocimiento de las identidades diferenciadas, individuales y colectivas, las cosmovisiones, usos, costumbres y tradiciones de las comunidades y grupos étnicos, propendiendo por la adopción de acciones afirmativas de acuerdo



con los derechos colectivos y sus necesidades de inclusión social, cultural, política, económica y de desarrollo humano (MSPS,2021).

La etnicidad se entiende como las prácticas culturales y perspectivas que distinguen a una comunidad dada de personas. Los miembros de los grupos étnicos se ven a sí mismos como culturalmente diferentes de otros agrupamientos en una sociedad, y son percibidos por los demás de igual manera. (CEPAL, 2000) La marginalidad evidenciada en los grupos étnicos tiene su origen en factores socioculturales y económicos de larga data histórica, donde la discriminación étnico-racial juega un papel central como fuente de exclusión para dichas poblaciones (CEPAL, 2000).

El abordaje étnico se basa en las dinámicas propias de los pueblos y comunidades, sus posibilidades y potenciales de autodesarrollo, y sus cosmovisiones que dan sustento a lógicas y conocimientos diversos, visibles en fenómeno social y cultural identitarios y colectivos. Esto significa comprender las identidades étnicas y las diferencias culturales como algo que debe ser valorizado a la luz del reconocimiento del carácter multiétnico y pluricultural de las sociedades, abandonando así el paradigma negador y homogeneizador predominante.

Las relaciones entre culturas permiten reconocer la diversidad y la diferencia cultural, a la vez que incluir en las estructuras sociales a grupos de condiciones diferentes. La interacción entre culturas configura la interculturalidad, que va más allá de un simple contacto, expresando variados intercambios, establecidos en términos equitativos, en condiciones de igualdad. La interacción va generando una modificación de las estructuras sociales disminuyendo los conflictos entre sí, pero demandando mejores respuestas de los gobiernos en torno de sus necesidades diferentes, pero comunes. La interculturalidad toma vigencia al posibilitar la interacción social entre las culturas, mediante relaciones de respeto y valoración, en condiciones de equidad e igualdad, fundamentadas en el intercambio de



saberes, conocimientos y prácticas, y en el reconocimiento del otro como diferente, mas no inferior. (MSPS,2021)

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

El PDPS 2022-2031 tiene en cuenta los derechos propios y colectivos de los grupos étnicos reconocidos en Colombia y enuncia, por tanto, a partir de procesos de construcción y definición con cada uno de ellos, el alcance de la acción en salud pública en marcos de protección y respeto de lo propio; y en la promoción de potencialidades interculturales derivadas de las interacciones inevitables entre las cosmovisiones étnicas y las diversidades culturales de los demás grupos poblacionales. Las especificidades de derechos y abordajes diferenciales para los pueblos y comunidades se amplían en los capítulos que dan cuenta de cada uno de ellos.

**Otros Diferenciales.** El abordaje diferencial desde los derechos humanos y la protección ciudadana en un Estado Social de Derecho incorpora otros reconocimientos relativos a condiciones y situaciones que generan discriminación, exclusión y desigualdades. El PDSP 2022-2031 reconoce los diferenciales que, de acuerdo con lo establecido en instrumentos internacionales, ratificados en Colombia mediante normativas específicas y otros avances de política pública, definen



obligaciones vinculantes para diferentes desarrollos en los próximos diez años, horizonte de implementación y resultados en salud pública.

Se empieza por las personas con discapacidad<sup>38</sup> quienes pueden enfrentar impedimentos en igualdad de condiciones, dadas las barreras en sus entornos, que limitan su participación plena y efectiva en la sociedad. Su reconocimiento como sujetos de especial protección busca proteger el goce efectivo de sus derechos y el respeto por su dignidad inherente, sin discriminación alguna y con autonomía. Para esto Colombia cuenta con un acervo normativo que es referente para las medidas a adoptar en salud pública, basadas en una inclusión efectiva.

Como situaciones especiales de Colombia se identifican las víctimas del conflicto armado y los migrantes internacionales. Ambos se relacionan con el conjunto de derechos humanos y con lo establecido en el derecho internacional humanitario. Tanto los hechos victimizantes como las condiciones de vida y salud que los afectan son materia de la salud pública, en tanto sus dinámicas de movilidad, asentamiento, retorno, violencia, entre otros; afectan sus procesos de salud-enfermedad y reconfiguran las relaciones de población-territorio y la intersubjetividad local.

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

---

<sup>38</sup> Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás. (Convención sobre los Derechos de las personas con discapacidad. Artículo 1)



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

“La sociedad las segrega en razón de su edad y las personas mayores actúan a su vez como un grupo limitado en las relaciones de poder, ubicándose más frecuentemente entre los excluidos de las relaciones de influencia, lo que perpetúa su posición asimétrica en la distribución de los recursos y beneficios que genera el desarrollo” (Huenchuan y Rodríguez-Piñero: 2010).

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

Aquellos que están expuestos a una mayor vulnerabilidad; lo cual implica un tratamiento especial por parte del Estado, quien debe prevenir cualquier afectación, brindar la atención indispensable, salvaguardar sus derechos



individuales y colectivos, haciendo una diferenciación positiva, un trato preferente para el ejercicio de sus derechos. 39

La categoría de sujetos de especial protección constitucional se deriva de instrumentos internacionales y de garantía y protección de los sujetos de derecho a quienes se les vulneran; reconociendo en ello, su menor favorabilidad para el ejercicio efectivo de los mismos. Es pertinente resaltar lo establecido como sujetos de reparación colectiva, en el marco de la ley de víctimas y sus acciones, entendidos como:

Las comunidades campesinas y barriales, comunidades y pueblos étnicos, organizaciones, grupos y movimientos sociales preexistentes a los hechos que los victimizaron, que sufrieron daños colectivos, es decir, transformaciones a sus elementos característicos como colectivo debido a vulneraciones graves y manifiestas a los Derechos Humanos y violaciones a los Derechos Colectivos en el contexto del conflicto armado. 40

Por esta razón el PDSP 2022-2031 asume en su abordaje conceptual, que más allá de las acciones en salud pública que se definen desde la universalidad del derecho a la salud, y desde la especificidad de diferenciales sustentados en curso de vida, género, etnicidad; no solo se reconocen otros como discapacidad, víctimas, migrantes, sino que se analizarán de manera permanente vulnerabilidades contextuales como las que se presentan en algunos entornos (personas privadas de la libertad, centros de protección, lugares especiales de alojamiento, entre otros), emergentes como las registradas en la sindemia de COVID-19 y demás abordajes diferenciales que requieran una respuesta progresiva y adaptada a las vulnerabilidades contextuales y al reconocimiento de la diversidad.

---

39 Corte Constitucional Sentencia T – 736 de 2013.

40 Reparación Colectiva | Unidad para las Víctimas ([unidadvictimas.gov.co](http://unidadvictimas.gov.co))



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

**Enfoque Interseccional: la Discriminación Múltiple.** La diversidad y su integración se relaciona con la comprensión de la discriminación como la expresión de la vulneración de derechos humanos y no lograr la igualdad sustancial derivada de estos; con persistencia de distintas manifestaciones en la vida de las mujeres, de niñas y niños, de pueblos indígenas, en la vejez, entre otros.

La realidad de la discriminación es más compleja y debe superar el análisis unidimensional, ya que como se ha venido planteando, se presentan varios aspectos que acumulan vulneraciones derivadas de diferenciales que deben ser reconocidos en conjunto, de manera integrada y sumativa en términos de desigualdades. *“Como explica Consuelo Chacártegui (2010), «[l]os fenómenos de discriminación múltiple se producen cuando en una misma persona —o, más frecuentemente, grupo de personas— se unen dos o más formas de discriminación, lo que les hace sustancialmente más vulnerables a los efectos de la misma» (p. 39)”* En el ámbito de los derechos humanos la expresión más frecuente es «discriminación múltiple», mientras que en los círculos académicos también se encuentra con relativa facilidad la expresión «discriminación interseccional» (Resurrección, 2015, p. 316).

“Así, con la expresión discriminación múltiple, se reconoce la acumulación de las distintas experiencias de discriminación que puede vivir una persona en diferentes momentos de su vida” (Resurrección, 2015, p.317). Por otra parte, se hace referencia a la discriminación interseccional “cuando distintos motivos de discriminación interactúan de manera simultánea” (Resurrección, 2015, p.317).



La visibilización de la discriminación integrando diferentes condiciones o situaciones que se presentan en los sujetos de derecho, refuerza además que las respuestas afirmativas relacionadas con la diversidad deben ir más allá de lo que se asume como suficiente para superar las discriminaciones fragmentadas. Así:

La realidad demuestra que no es poco frecuente que una persona (o grupo de personas) enfrente simultáneamente más de un factor de discriminación, lo que muchas veces genera una situación agravada, distinta a cualquier forma de discriminación de un solo tipo, de manera que no reconocer esta realidad sería contrario a la noción de dignidad humana. (Resurrección, 2015, p. 323)

La discriminación múltiple puede incluir el curso de vida –llevando a acuñar el término “edadismo” que comprende el rechazo contra los más jóvenes y las personas mayores-, las personas con discapacidad, las personas de diversas orientaciones sexuales e identidades de género, las personas migrantes, las personas en situación de pobreza, las personas pertenecientes a grupos étnicos, las personas sin hogar, las personas privadas de libertad, las personas en ruralidad, entre otros. Partiendo de este reconocimiento, es que para efectos del PDSP 2022-2031 se asume un enfoque de interseccionalidad como el camino de integración de la diversidad y de acción frente a sus afectaciones acumuladas y potenciadas desde la discriminación.

El concepto de interseccionalidad fue acuñado en 1989 por Kimberlé Williams Crenshaw, quien después de 30 años, definió la interseccionalidad como “un lente, un prisma, para ver la forma en que las diversas formas de desigualdad a menudo operan juntas y se exacerban entre sí” (Steinmetz, 2021). En 1990, Collins definió la interseccionalidad como “la forma particular de intersección de opresiones” reconociendo que no existe un solo tipo de opresión y que la opresión produce injusticia (Collins, 2000). En la cultura francófona y latinoamericana, se comenzó a hablar de este término en el año 2008, planteando que se enmarca en tres ejes de



desigualdad dependientes y en interacción, raza, sexo y clase (sexismo, clasismo y racismo). La interseccionalidad ha tenido grandes discusiones desde diferentes enfoques, teorías, puntos de vista, paradigmas, etc; sin embargo, se constituye en un abordaje que permite integrar diferenciales en contexto, con sus impactos y afectaciones sobre sujetos individuales y colectivos.

En Colombia, desde la Constitución Política de 1991, se incluyen artículos relacionados con los derechos humanos, la igualdad y la no discriminación. Sin embargo, aunque no se identifica un desarrollo amplio de la interseccionalidad en las decisiones de Estado, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) ha promovido la creación de estadísticas nacionales con un enfoque diferencial e interseccional que permitan reconocer estas características sociales de las diferentes comunidades que conviven en el territorio nacional.

Asimismo, en 2018, el decreto 762 que busca asegurar la garantía de los derechos de las personas con orientación o identidad sexual diversa, determina que la política pública tiene diferentes enfoques y uno de ellos es el enfoque de interseccionalidad con la siguiente definición:

Articula y analiza la confluencia de múltiples categorías identitarias o características particulares, como: sexo, género, orientación sexual, identidad de género, etnicidad, discapacidad, ruralidad, rol social o político, clase, etnicidad o raza, entre otras. De esta forma, comprende cómo interactúan en la vida de las personas para poder intervenirlas de manera conjunta. y articulada. (Presidencia, 2018)

En el año 2020 el mismo Dane, en el contexto de sus avances relacionados con construir datos inclusivos y desagregados, establece la generación de estadísticas con un enfoque diferencial e interseccional, y establece que la definición de interseccionalidad es:



Una perspectiva que permite conocer la presencia simultánea de dos o más características diferenciales de las personas (pertenencia étnica, género, discapacidad, etapa del ciclo vital, entre otras) que en un contexto histórico, social y cultural determinado incrementan la carga de desigualdad, produciendo experiencias sustantivamente diferentes entre los sujetos (adaptado de Corte Constitucional-Sentencia T-141-15). (DANE, 2020, p.14)

El abordaje de los sujetos de derechos en la salud pública centra la acción del conjunto de políticas públicas y en particular del PDSP 2022 -2031 en la generación de aportes concretos al ejercicio y goce efectivo de los derechos humanos y el derecho a la salud de acuerdo con los postulados que los sustentan; el reconocimiento profundo de la diversidad y su integración en sujetos y contextos específicos. De lo descrito se deriva que la salud pública se relaciona directamente con la calidad de vida, el bienestar y el desarrollo humano categorías que sustentan el ordenamiento de las acciones en el aparte que sigue a continuación.

## **Abordaje Conceptual de los Alcances en Salud Pública y Modelos de Acción**

### ***Desarrollo Humano y Desarrollo Social Sostenible***

Entendiendo que la salud y el desarrollo humano son interdependientes y deben establecer que, aun en casos de enfermedad o discapacidad, existe el potencial de lograr los máximos deseables; se puede asumir el desarrollo humano como:

Un proceso continuo, permanente, presente en todo el trascurso de la vida, desde la gestación hasta la muerte; con amplias y diversas potencialidades y posibilidades de construcción de capacidades humanas, de interacción de distintos órdenes sociales, que producen y reproducen diferentes circunstancias con incidencia dinámica en los resultados integrales de vida y salud de las personas, de las familias, de las comunidades y de los colectivos;



en contextos construidos históricamente y con activos sociales también diversos. (MSPS, 2021a)

La permanente interacción del ser humano con su entorno y contextos requiere que se entienda como un sujeto multidimensional, que se reconoce como tal, más allá de sus propios condicionantes y/o estímulos externos, incluso más allá de lo que él mismo considera como sus propias posibilidades. Desde esta perspectiva, cada persona es capaz de orientarse hacia un propósito y, por tanto, contar con el derecho de asignarle un significado a la vida, situado en una circunstancia, un entorno, un territorio existencial, unos referentes sociohistóricos. Es, de igual manera, capaz de trascenderse a sí mismo, y actuar en interdependencia, con los demás, con el planeta, superando el referente de ser en salud, en tanto las transacciones realizadas con las entidades del sector salud. Permite, por ende, comprender la articulación de diferentes esfuerzos, situar al ser humano en el centro, reconocer su libertad y su responsabilidad como ser social, como partes intrínsecas e inherentes a su propia existencia, y parte de un todo, que establece una interacción sistémica con el ambiente.

Complementariamente, el enfoque de las capacidades desarrollado por Amartya Sen (1981, 1988, 1992, 2000) ofrece un interesante marco de interpretación para la comprensión de los problemas del desarrollo humano, la medición del bienestar humano, la pobreza, el desarrollo y la desigualdad. Esta propuesta teórica procura superar la perspectiva clásica de las necesidades básicas introduciendo la noción de espacio de capacidades humanas en tanto habilidades y potencialidades que tienen los seres humanos en términos de logros y oportunidades que se le presentan para elegir entre diferentes formas de vida. (Salvia, 2013, p.2)

En el marco de los derechos humanos, la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, considera que este punto de partida:



Es un marco conceptual para el proceso de desarrollo humano que desde el punto de vista normativo está basado en las normas internacionales de derechos humanos y desde el punto de vista operacional está orientado a la promoción y la protección de los derechos humanos. Su propósito es analizar las desigualdades que se encuentran en el centro de los problemas de desarrollo y corregir las prácticas discriminatorias y el injusto reparto del poder que obstaculizan el progreso en materia de desarrollo. (OACNUDH, 2006, p.15)

En el plano internacional se reconoce el imperativo del desarrollo humano y social en numerosos instrumentos normativos, tratados, pactos de derechos y declaraciones entre las que se encuentran los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Así,

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible propone una hoja de ruta hacia un modelo de desarrollo en el que los países emprenden un plan de acción para promover la prosperidad económica compartida, el desarrollo social y la protección ambiental desde una perspectiva holística y universal, que abarca las esferas económica, social y ambiental, y propone la inclusión de dos componentes esenciales para la construcción de una sostenibilidad genuina: la participación colectiva y la paz. A partir de su lema “Transformar nuestro mundo sin dejar a nadie atrás”, la Agenda 2030 adopta un carácter universal, integrado e indivisible para combatir la pobreza, desigualdad y exclusión en todas las naciones y sectores de la sociedad especialmente en los grupos más vulnerables y dentro de los límites del planeta. (DANE, 2021, p.16)

El reconocimiento de que el desarrollo humano debe lograrse en el marco de la protección del planeta pone en primer plano y en coherencia con la Agenda 2030, que:



Las acciones para combatir la degradación ambiental y mitigar los efectos del cambio climático son fundamentales para proteger los recursos naturales y así garantizar el respeto por todas las formas de vida; al igual que, tanto las generaciones presentes como futuras, puedan satisfacer sus necesidades mediante la gestión sostenible de sus recursos naturales y la conservación de los ecosistemas. (DANE, 2021, p.19)

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

Se convierte, de esta manera, en un ejercicio consciente de la reciprocidad, mediante un proceso complejo, abierto, cambiante, dinámico y transformador, donde todo repercute en todo, y por tanto, la mirada y comprensión integral de una determinada realidad sanitaria devela, al mismo tiempo, las potencialidades y los problemas, para con base en ellos y en su poder transformador ir más allá de ellos a través de la puesta en práctica de visiones positivas de futuro, que le impelen a estados superiores de bienestar y calidad de vida.

Colombia hace parte del conjunto de Estados cuyas constituciones ratifican el derecho de la ciudadanía a disfrutar de un ambiente sano y seguro<sup>41</sup> Este compromiso constitucional unido a las relaciones de ambiente y salud, hace que

---

41 Los artículos 79 y 95 de la Constitución Política de Colombia establecen que “todas las personas tienen derecho a gozar de un ambiente sano” y el deber de “proteger los recursos culturales y naturales del país y velar por la conservación de un ambiente sano”.



para el PDSP 2022-2031 se plantee la necesidad de avanzar de concepciones antropocéntricas a construcciones biocéntricas como un imperativo del desarrollo sostenible. Este avance, deseable para la salud pública, entiende que los sistemas naturales del planeta no le pertenecen a la humanidad, sino que cohabitan, la contienen; y se encuentran en una coevolución sostenible.

En contraposición, el antropocentrismo percibe la naturaleza como recursos utilizables para cubrir sus necesidades e intereses individuales, con la completa relevancia de los seres humanos y sus decisiones, sobre todo lo demás.

La concepción antropocéntrica concibe al hombre como el centro del universo por su capacidad de razonar y de actuar, desde esta perspectiva se impulsó un modelo de desarrollo económico y político que se está agotando por no haber contemplado la sostenibilidad. En contraposición surge la visión biocéntrica, que considera a la especie humana como un miembro más de la comunidad biosférica, y no como un ser superior a las demás especies. (...) para trascender la concepción antropocéntrica hay que imbricarse en modelos como el ecodesarrollo, el saber ambiental y el desarrollo sostenible, juntos conforman la concepción biocéntrica. (Ereú, 2018, p. 21)

Para la salud pública es relevante iniciar el camino hacia el biocentrismo que además de la relevancia humana, reconoce a la naturaleza entera, con la que comparte la especial característica de estar viva (Ereú, 2018, p.22). Esto implica relaciones armónicas con el ambiente, buscando un desarrollo sostenible que implica formar capacidades en las personas y en la sociedad para orientar el desarrollo sobre bases ecológicas, de diversidad cultural, equidad y participación social (Ereú, 2018, p.22-23).

En las definiciones del PDSP 2022 – 2031 se incluyen profundas relaciones entre ambiente y salud, y en consecuencia, se espera que en los próximos diez años, se avance significativamente en modular el desarrollo humano centrado en lo



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

### ***Salud y Salud Pública***

Establecer un marco de derechos humanos, diversidad, desarrollo humano y sostenible implica que se precise lo que se entenderá como salud y salud pública en el PDSP 2022-2031, conceptos que se han transformado y construido en diferentes momentos de la historia humana, y que reflejan propuestas filosóficas, apuestas sociales, políticas, económicas y ambientales, originadas en contextos y momentos históricos particulares.

No existe un concepto de salud único y universal, por el contrario, se ha construido y reconstruido como: ausencia de enfermedad; bienestar físico mental, emocional, espiritual y social; derecho humano; equilibrio, adaptación y capacidad de funcionamiento; la salud conductual como estilo de vida; la salud holística como desarrollo personal y social y más recientemente la salud interconectada con lo ambiental, entre otros; esto sin profundizar en las cosmovisiones de la salud propias de los grupos étnicos e incluso de la diversidad intercultural existente.

La salud es una de las expresiones de la existencia que obtiene su sentido en la realidad social independiente del momento o lugar al cual se haga referencia. Interpretarla también corresponde al mundo social en tanto cubre diversos elementos interrelacionados, que permiten entenderla como hecho, fenómeno y proceso, bien sea por separado o en su conjunto.



En contraste, la salud se ha visto como un proceso dialéctico entre salud y enfermedad, y en este sentido es un fenómeno social, político, ideológico, y económico; cuestionando las explicaciones causales. También la salud "es un derecho fundamental y se orienta a la obtención del más alto nivel de salud; y en otros marcos de la agenda mundial considerada una medida del desarrollo humano y su vinculación con lo económico, social y ambiental. En todo caso, en el PDSP 2022-2031 la salud es un proceso dinámico en contextos culturales, políticos, ecológicos, económicos que supera la perspectiva reducida biológica e individualista del abordaje del sujeto aislado con riesgos y eventos específicos.

Desde la acción se parte de lo establecido en la ley 1122 de 2007, Art. 32, La salud pública está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad.

La Salud Pública comparte con la salud la doble acepción de ser concepto y práctica, es así como el concepto de salud pública y sus propuestas de acción se enmarcan en las nociones de salud y responden a un momento histórico particular que coincide con transformaciones sociales, económicas, políticas y ambientales. Para efectos del PDSP 2022 -2031 se entiende la salud pública como un campo teórico y práctico, multidimensional, multidisciplinar y complejo, en permanente tensión dado su carácter estructural y en relación con los determinantes sociales de la salud.

### ***Modelo de Determinantes Sociales y Desigualdades Sociales en Salud***



Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud (OMS, 2007). Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que dependen a su vez de las políticas adoptadas (OMS, 2010).

Estudios han develado que los determinantes sociales pueden ser más importantes que la atención en salud o la elección de estilos de vida sobre la salud de los individuos y colectivos (OMS, 2007). Además, estos tienen un rol sustancial sobre las desigualdades sociales de la salud, en la medida que es en los determinantes ambientales, sociales, económicos y culturales que subyacen los orígenes de las desigualdades e inequidades sanitarias.

En el mundo han sido propuestos diversos modelos explicativos de los determinantes sociales de la salud y de las desigualdades sanitarias. Entre estos, quizá el más ampliamente difundido y utilizado ha sido el modelo conceptual de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009), soportado sobre el principio ético de la equidad en salud (OMS, 2010). Sin embargo, se ha encontrado que la mayoría de los modelos han sido propuestos en y para países desarrollados (Hosseini, 2017), los cuales no corresponden completamente a las realidades de los países de bajos y medios ingresos, por lo que resulta crucial avanzar en la construcción de modelos contextualizados, incorporando al PDSP 2022 -2031 el modelo conceptual sobre determinantes y desigualdades sociales de la salud propuesto desde el Ministerio de Salud y Protección Social para Colombia.

Existe consenso en que para disminuir o eliminar las desigualdades sociales en salud es necesario entender las características, los mecanismos y las vías a través de las cuales los determinantes sociales inciden sobre la salud, y producen y reproducen desigualdades sanitarias, de manera que puedan identificarse puntos



estratégicos para que las políticas, planes, programas y proyectos puedan incidir positiva y efectivamente sobre las condiciones de vida de la población.

Contar con un modelo para Colombia, considera que los determinantes sociales de la salud de cada país tienen características particulares, asociadas a los sistemas sociales, ideologías imperantes, culturas respectivas, entre otros (Caballero, y otros, 2012) y aporta a la construcción de políticas que consideren desde su diseño —e implementación— los determinantes estructurales, ejes de desigualdad y determinantes intermedios de la salud y de las desigualdades en el país.

Siguiendo los postulados de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, y de la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud de España —los cuales, a su vez, rescatan aspectos del modelo de Diderichsen, Evans y Whitehead—, se propone el modelo conceptual para Colombia, en el que se entiende la salud como un fenómeno social, y se conserva la diferenciación propuesta, distinguiendo entre los mecanismos por los cuales se crean las jerarquías sociales (determinantes estructurales) y las condiciones de la vida diaria relacionadas (determinantes intermedios) (OMS, 2010).

Esta diferenciación guarda coherencia con el marco de Diderichsen, Evans y Whitehead sobre los orígenes sociales de las inequidades sanitarias (Evans, Whitehead, Diderichsen, Bhuiya, & Wirth, 2001) al entender cuatro mecanismos generadores de inequidades en salud: i) la estratificación social, ii) la exposición diferencial, iii) la susceptibilidad diferencial y iv) las consecuencias diferenciales.

De esta manera, en el modelo que se presenta a continuación, se entiende que el contexto ambiental, social, económico, político y cultural (determinantes estructurales) dan lugar a la posición que individuos y comunidades ocupan en la pirámide social, en donde los grupos se estratifican según ingresos, educación, ocupación, sexo/género, edad, etnia, territorio, condición migratoria, régimen de



afiliación al sistema de salud y condición de víctima u otros roles dentro del conflicto socio-político colombiano (ejes estructurales de desigualdad). Dichas posiciones en la jerarquía social, por su parte, inciden sobre determinantes específicos del estado de salud (determinantes intermedios), es decir, sobre las exposiciones a condiciones asociadas al daño o la enfermedad, y sobre la susceptibilidad a presentar desenlaces negativos.

Juntos, los determinantes estructurales y los ejes estructurales constituyen los determinantes sociales de las desigualdades en salud, los cuales operan a través de los determinantes intermedios (recursos materiales y simbólicos, factores psicosociales, conductuales, biológicos, la agencia y el acceso y la calidad de los servicios sanitarios) para producir salud, enfermedad, bienestar y muerte.

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

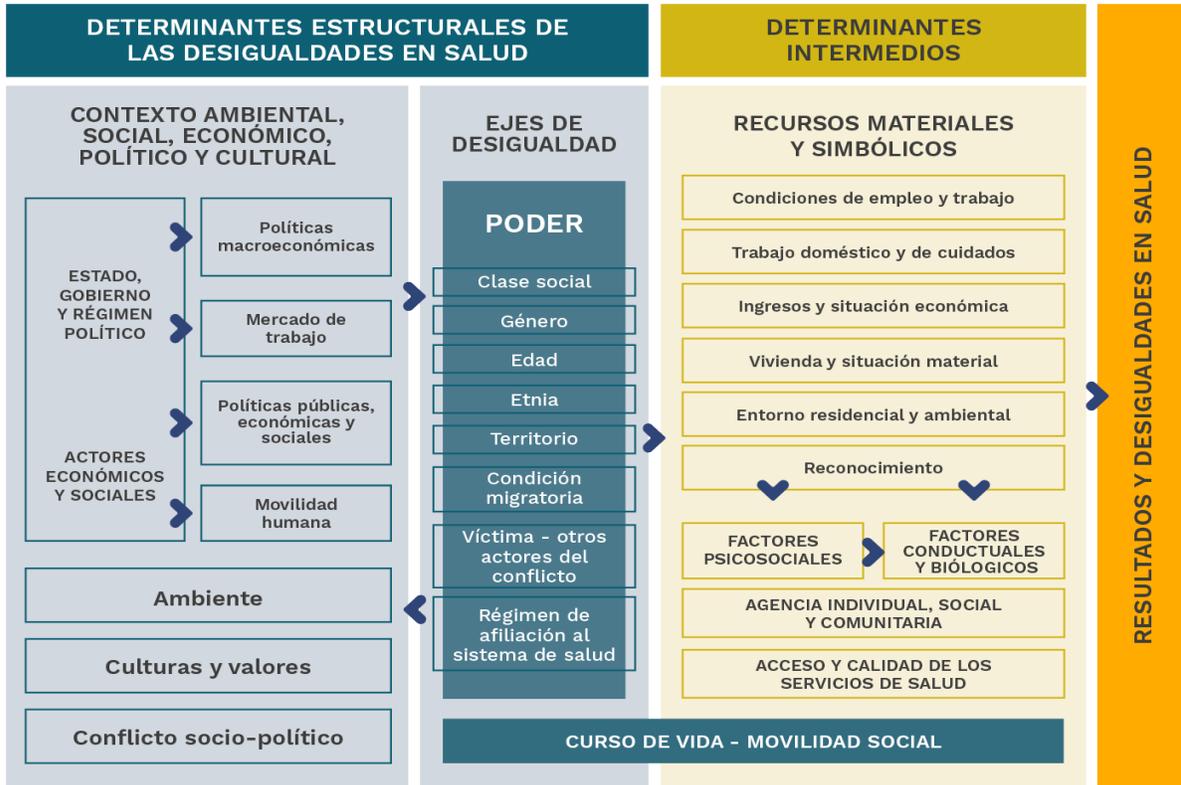
Combinados redundarán en el estado de “bien-estar”, calidad de vida y buen funcionamiento físico y mental de las personas o, por el contrario, determinarán una salud deficitaria, la aparición de desigualdades y riesgos específicos en salud, cuyas manifestaciones acumuladas tendrán su máxima expresión en la última etapa de la



vida: la vejez. En este sentido, subyace a los propósitos de Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 la urgencia de profundizar el envejecimiento saludable, visto como el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional en el transcurso de la vida, para favorecer el bienestar en la vejez. Impone “planear” conscientemente dicho bienestar físico, mental y social y la necesidad de equilibrar dos orillas: la responsabilidad personal –desde el deber del cuidado de la propia salud– y, por otra parte, el derecho a las reivindicaciones constitucionales a un entorno y ambientes saludables, a la solidaridad social, a un desarrollo humano sostenible y a un envejecimiento en condiciones dignas, funciones que no sólo competen al Estado, sino también a las familias, al mercado y al sector privado (MSPS, 2022).

Desde este modelo de determinantes sociales, la equidad y la justicia social se entienden, entonces, como principios rectores, y los derechos humanos como el marco de acción y enfoque analítico que justifica la definición de grupos vulnerables cuyos derechos requieren protección especial (Braveman, 2010) para el diseño de políticas públicas que no solo aboguen por mejorar las condiciones de salud de la población, sino también por reducir y eliminar las desigualdades injustas y evitables (inequidades en salud).

**Figura 1. Modelo conceptual de los determinantes y desigualdades sociales en salud. Observatorio Nacional de Equidad en Salud de Colombia.**



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

### Ordenadores de la Gestión de la Salud Pública y su Desarrollo en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031

La rectoría de la salud pública en cabeza ejecutiva del sector administrativo de salud y protección social, en su conjunción misional reconoce la necesidad no solo de velar por la salud, sino además de trabajar en políticas sociales que lleven a mejores condiciones de vida y bienestar, destacando el reconocimiento de los sujetos de especial protección. En este sentido, el PDSP 2022 – 2031 plantea un conjunto de ordenadores que buscan estructurar su alcance y establecer nichos de acción colectiva, en la que confluyen múltiples intervenciones y actores institucionales y sociales, a partir de decidir el abordaje de los determinantes sociales de la salud como un camino que trasciende el sistema de salud, y reconoce más allá de su relevancia, que alcanzar el más alto nivel de salud requiere de acciones



intersectoriales estatales y sociales que sustenten el logro de resultados de bienestar y de desarrollo humano y sostenible.

Esta comprensión amplia de la salud y la salud pública, además de sus profundas interdependencias con distintas áreas de la vida humana y su dignidad, lleva a plantear para el ejercicio de los próximos diez años, un conjunto de ordenadores que establecen el contenido de interés de la salud pública y que orientan la organización estratégica del PDSP 2022 – 2031.

Si bien es claro, que no es rol de la salud pública atender el universo de las necesidades y reducir la totalidad de brechas sociales y desigualdades; si es cierto, que los resultados en salud muestran el impacto de lo que sucede más allá de sus límites y, por ende, hay caminos relacionados con la gestión ampliada y con las acciones para prevenir, mitigar y superar las incidencias derivadas de lo que se hace o no se hace en otros sectores y sistemas de acción estatal y no estatal. Es por esto, que no puede partir de miradas cortas, sino que desde una visión amplia debe hacer lo suyo y señalar aquello que, por sus impactos desproporcionados, afectan la salud y la vida de personas, familias, comunidades y colectivos.

Los ordenadores propuestos, configuran los alcances constitutivos de la salud pública como campo interdisciplinar e intersectorial y al mismo tiempo fenómeno complejo, por tanto, buscan abarcar los aspectos y sus interrelaciones como posibilidad de alcanzar los fines propuestos y en consecuencia, el logro del más alto nivel de salud posible.

### ***Protección Social***

La pandemia por la enfermedad del coronavirus (COVID-19) recibe la segunda década del S. XXI con múltiples impactos en diferentes esferas de la vida humana a nivel global. Esta crisis humanitaria “reveló la crucial importancia de contar con sistemas de salud que aseguren cobertura y acceso universales, así como sistemas



de seguridad social que brinden amplia y suficiente cobertura para mitigar las pérdidas temporales de ingresos. Del mismo modo, quedó en evidencia la necesidad de reforzar otras dimensiones vinculadas con el mundo laboral, como la prevención en materia de seguridad y salud en el trabajo. Los mayores efectos sanitarios de la pandemia en América Latina y el Caribe también se relacionan con las limitaciones y brechas que presentan sus sistemas de protección social”. (OIT, 2021, 3)

Entre sus evidencias, demostró “que los costos de la desigualdad se han vuelto insostenibles y de que es necesario reconstruir” las acciones hacia el bienestar. Los efectos de la pandemia se unieron a las circunstancias estructurales en distintos países, como son:

elevados niveles de desigualdad, informalidad laboral, desprotección social, pobreza y vulnerabilidad (...), sistemas de salud y protección social débiles y fragmentados y asentamientos urbanos marginados en expansión carentes de acceso a servicios básicos, grandes flujos migratorios y desplazamientos de población, así como conflictos de diversa índole, y (...) consecuencias de la crisis climática (CEPAL, 2020, 13)

La desigualdad social se visibiliza en mayor proporción, en escenarios de discriminación múltiple e interseccional derivados de las diferencias no reconocidas o insuficientemente atendidas.

En el contexto actual, y desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, el deterioro de las condiciones económicas de los hogares, con el consiguiente aumento de la inseguridad alimentaria (FAO/CEPAL, 2020), podría forjar un círculo vicioso de pobreza y mal estado de salud en el caso de amplios sectores de la población, lo que repercutirá en las sociedades a largo plazo. En particular, en tiempos de crisis, los déficits de protección social pueden afectar de manera catastrófica el desarrollo integral de niños,



niñas y adolescentes, con impactos críticos en el ejercicio de sus derechos y el desarrollo de capacidades humanas. A pesar de que no son los más afectados por la enfermedad en términos de salud, los niños, niñas, adolescentes y jóvenes serán quizás una de las principales víctimas de esta crisis, por las consecuencias que tendrán en ellos el cierre temporal de los establecimientos educacionales y la crisis económica y social que afecta a sus hogares (CEPAL, 2020, p.14).

Incluso antes de la difusión del COVID-19, la situación social en América Latina y el Caribe se estaba deteriorando, como muestran el aumento de los índices de pobreza y de extrema pobreza, la persistencia de las desigualdades y el descontento generalizado. En ese contexto, la crisis tendrá repercusiones negativas en la salud y la educación, así como en el empleo y la pobreza.

Las personas mayores es el grupo poblacional de mayores afectaciones por la pandemia de COVID-19 debido a las tasas de mortalidad más altas, afectaciones con comorbilidades y con deterioro funcional; entre otras lo que genera un desafío de la pandemia brinda para fortalecer un abordaje diferente e intervenciones adecuadas que considere estados funcionales y características de salud de esta población y se realicen los procesos de transformación necesaria en su cuidado para que puedan mantener y optimizar una vida más larga y saludable.<sup>42</sup>

La pandemia también debilitó la situación fiscal de los países, dadas las necesidades de atención no solo sanitarias, sino también sociales y económicas como resultado de las medidas iniciales requeridas y lo exigido para la reactivación económica. Esto significa que el PDSP 2022-2031 no solo asume los desafíos de la continuidad y el incremento de logros en salud durante el próximo decenio; sino que debe analizar tanto los retrocesos y los acumulados no atendidos en el marco de la pandemia como los aprendizajes del trabajo colaborativo realizado desde los

---

42 [correoweb.minsalud.gov.co/owa/#path=/mail/inbox](mailto:correoweb.minsalud.gov.co/owa/#path=/mail/inbox)



distintos actores y sectores con la perspectiva de avanzar con firmeza en una real y contundente recuperación sanitaria.

Lo nuevo y desafiante surge de visualizar los cambios derivados de la transición demográfica y epidemiológica de la población, de las relaciones demanda-oferta en la prestación de servicios de salud, servicios sociales<sup>43</sup>, y sociosanitarios<sup>44</sup> de perspectivas generacionales e intergeneracionales relacionadas con los cursos de vida y sus contextos actuales y futuros, de las transformaciones tecnológicas, el ordenamiento global y local de los recursos (no solo monetarios). En suma, de las necesidades históricas, las emergentes y sus cambios futuros que implican para la salud pública no solo la organización de la atención en salud, sino que exige trabajar desde sistemas de salud y protección social integrales y trascender el énfasis prestacional, para ordenarlos en función de los derechos y en los escenarios donde transcurre la vida de personas, familias y comunidades.

En ese sentido, la Ley 789 de 2002 determina las normas para apoyar el empleo y ampliar la protección social en Colombia, y establece al Sistema de Protección Social como “el conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de los colombianos, especialmente de los más desprotegidos. Para obtener como mínimo el derecho a: la salud, la pensión y al trabajo”.

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

---

<sup>43</sup> Conjunto de acciones integradas que buscan atender las necesidades sociales identificadas en las personas, familias y comunidades en el marco de la protección social, el sistema de cuidado y la integración territorial, poblacional y diferencial, con el fin de aportar progresivamente a la superación de condiciones de vulnerabilidad, ampliación de capacidades, generación de oportunidades y acciones de corresponsabilidad.

<sup>44</sup> Son el resultado de la integración de los servicios sociales y de salud, destinados a las personas en situación de dependencia funcional, social, económica o emocional (psicológica). Con la integración de estos servicios, se busca garantizar la atención integral requerida por las personas que presentan tales características, beneficiándose de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar la rehabilitación. El desarrollo de los servicios sociales y sociosanitarios con los recursos del sector social, contribuyen a disminuir: i) el uso recurrente de servicios de salud; ii) los costos de atención con cargo a los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y del Sector Salud; y, iii) cargas económicas de las familias o gastos de bolsillo en la atención integral.



la protección social abarca una variedad de políticas y acciones en diversos ámbitos que deben promover el ejercicio de los derechos económicos, sociales y culturales (DESC) en el mercado laboral, la alimentación, la salud, las pensiones y el cuidado; también debe buscarse el logro de ciertos niveles dignos de ingreso.

Así mismo, deben proteger a las personas contra los riesgos y vulnerabilidades de tipo económico y social, así como aliviar la pobreza extrema y la privación. (FAO, 2021) Por tanto, es clave para la inclusión social y la superación de desigualdades sociales, que, desde el enfoque de derechos y la acción sobre determinantes sociales de la salud, se conciba la protección social como una dimensión estructurante de la salud pública articulada desde un trabajo sectorial e intersectorial.

Así, el ordenador de la protección social se vincula directamente con la Agenda 2030 en relación con los objetivos de poner fin a la pobreza, garantizar un acceso universal a servicios esenciales de salud y promover el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todas y todos (OIT, 2021, 3).

En ese sentido, reconoce que estratificadores como el empleo y la ocupación determinan la posición socioeconómica de los individuos y colectivos y por tanto las condiciones materiales de vida y salud. De ahí que, la relación entre el empleo, las condiciones laborales y la salud de las personas produzca desenlaces positivos en salud asociados con estabilidad laboral, empleo de tiempo completo, recursos asociados a la seguridad social (i.e.; aseguramiento en salud, acceso a incapacidad o licencias por enfermedad, acceso a pensión y beneficios de retiro), y la construcción de capital social en el lugar de trabajo. Mientras que el desempleo, subempleo, la excesiva carga de trabajo, el estrés, el acoso laboral, el bullying y la exposición a sustancias peligrosas y lesiones de origen laboral constituyen factores



de riesgo asociados con desenlaces negativos en la salud de los trabajadores. (Braveman, 2011, Einarsen, 2015)

Desde los sujetos de derechos, la protección social tiene que ver tanto con políticas universales de bienestar como con políticas específicas y diferenciadas, de acuerdo con la discriminación múltiple, acumulada; es decir la interseccionalidad de circunstancias que dejan a algunos/as ciudadanos/as, familias, comunidades y colectivos en desventaja con respecto a lo que garantiza mejores condiciones de bienestar y calidad de vida. Por tanto, subyace a la protección social elementos de la seguridad humana relacionados con la seguridad económica y accesos efectivos como base de la seguridad sanitaria, alimentaria, personal y comunitaria; buscando como ordenador de la salud pública integrar aspectos fundamentales de la vida cotidiana, diferencial y en contexto.

Colombia cuenta con desarrollos normativos y de política pública que dan cuenta de la protección social, desde el concepto y medidas de piso de protección (mínimo de protección universal) para los habitantes del territorio en condiciones de vulnerabilidad económica y social que pasan por componentes laborales y de seguridad social contributivas y no contributivas, programas de transferencias monetarias condicionadas y no condicionadas, de promoción social, de asistencia social; no solo en el marco del Sistema de Protección Social (SPS), sino además desde otros Sistemas Administrativos estatales que además obligan actuaciones privadas. Implica avanzar hacia la equidad, el desarrollo humano integral y la participación de los ciudadanos en su propio bienestar.

Especial atención merece la protección social en lo relativo a la economía del cuidado y las desigualdades de género (entre otras) que produce.

Así, las mujeres dedican más del doble del tiempo al trabajo no remunerado –las labores de cuidado y domésticas–, lo cual limita su propio desarrollo, sus



oportunidades educativas, laborales y les deja menos tiempo para el descanso, el ocio o la participación comunitaria, social o política.

En los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) este reconocimiento emergente es incluido en el objetivo de igualdad de género, de manera específica, el derecho al cuidado ha quedado incluido en la Meta 5.4, que explícitamente convoca a:

reconocer y valorar el trabajo doméstico y de cuidado no remunerado, a través de la prestación de servicios públicos, infraestructura y políticas de protección social, y la promoción de la responsabilidad compartida tanto al interior de los hogares y las familias como en el ámbito nacional.

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

El PDSP 2022-2031 y especialmente en un contexto de pandemia, reconoce desde la perspectiva de las políticas de protección social, su relación con los



determinantes estructurales que afectan y configuran las disparidades relacionadas con las desigualdades en salud.

Así, las medidas en materia de protección social marcarán la trayectoria futura de múltiples condiciones de bienestar de los habitantes del país, y por tanto tienen incidencia significativa en la determinación de la salud y de sus resultados. De todas formas, el PDSP 2022-2031 comprende que se requieren transformaciones de corto, mediano y largo plazo, para pasar de la situación actual a nuevos escenarios de protección social en Colombia.

Que las personas, familias, comunidades cuenten con seguridad alimentaria, laboral, sanitaria y educativa a partir de los accesos garantizados desde el aseguramiento establecido en condiciones de disponibilidad, acceso, aceptabilidad y calidad es la base deseable para lograr mejores resultados en salud, calidad de vida y bienestar. Así, este ordenador de la salud pública supone reconocer las brechas y desigualdades que surgen de las configuraciones actuales y agendas pendientes en materia de protección social, particularmente en lo que se deriva del aseguramiento en el sistema de salud, la oferta programática desde la asistencia social y las acciones afirmativas de protección social orientadas a responder a diferenciales en individuos, familias y comunidades con mayores desventajas y cuya vida se da en contextos diversos relacionados con la urbanización, la metropolización, la ruralidad.

Implica también incorporar, reconocer y trabajar categorías emergentes en las que el cuidado se ha convertido en un referente central para la eliminación de brechas y logros en equidad, con énfasis particular en curso de vida y género, además de otros diferenciales. En este sentido, no es lo mismo tener empleo formal, ingresos estables que permiten unas condiciones materiales de vida, muy distintas a quienes son desempleados, o hacen parte de la informalidad, o tienen bajo su responsabilidad el cuidado de otras personas con dinámicas inestables y procesos de salud-enfermedad complejos.



La protección social involucra de igual manera el reconocer que las diferentes acciones que surgen del conjunto de políticas públicas que dan cuenta de su materialización, generan posibilidades sinérgicas de superación de desventajas diversas, de mejoras reales en su bienestar; o que por el contrario, no logran prevenir o mitigar la exclusión y la discriminación potenciada, dejando atrás a grupos poblacionales relevantes, perpetuando círculos de desprotección, que son agravados por situaciones de emergencia como lo ha sido la pandemia COVID 19.

La salud pública tiene entonces varios compromisos derivados de este ordenador y del desarrollo de la ley estatutaria de salud (1751 de 2015) en relación con la adopción de decisiones que no deterioren la salud de la población (acción sin daño) y que deben expresarse de forma integrada con los demás ordenadores en los ejes estratégicos definidos en el PDSP 2022-2031 para su aterrizaje territorial y operativo:

- El reconocimiento de las condiciones y situaciones que, en las configuraciones actuales de la protección social, generan sinergias positivas para mantenerlas y fortalecerlas; y de aquellas que perpetúan o profundizan las brechas sociales, culturales y económicas para transformarlas desde los ejercicios de acción conjunta en salud pública.
- El fortalecimiento territorial y ciudadano para comprender y actuar en favor de la protección social desde la acción colectiva y la incorporación de los activos sociales.
- El fortalecimiento del sistema de salud como un determinante próximo de los resultados en salud, más allá de la prestación específica de servicios de salud; que debe adaptar sus acciones a los diferenciales y prevenir mayores impactos de enfermedad, discapacidad y muerte.
- La potencialización del aseguramiento en salud como un instrumento efectivo de coberturas y accesos a procesos de protección y cuidado de la salud integral, en marcos de diversidad humana y territorial



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

### ***Ambiente y Salud***

La relación entre el ambiente y la salud se ha reconocido como el resultado de interacciones complejas en diferentes niveles con factores no sólo físicos, químicos y biológicos sino también sociales, culturales y económicos que determinan las formas de ser y de vivir (Corvalán, Kjellström, & Smith, 1999; Neira & Prüss-Ustün, 2016; OPS, 2007; OPS Colombia, n.d.). Es así como, la relación entre el ambiente y la salud contempla una interacción bidireccional compleja entre los seres humanos y el ambiente natural, construido y social que los rodea, en el que no sólo el conjunto de estos factores determina la salud humana, sino en el que las prácticas humanas y los modos de vida influyen positiva o negativamente el ambiente (Ministerio de Salud y Protección Social & Organización Panamericana de la Salud, 2014).

En una visión comprehensiva, el ambiente está constituido por elementos complementarios e interrelacionados, como el ambiente natural y el ambiente construido y social (Corvalán et al., 1999), que conforman los entornos y el territorio (Ramirez-Velázquez & Lopez-Levi, 2015). Por una parte, la atmósfera y los ecosistemas como la flora, fauna, aire, agua y suelo y su diversidad constituyen el ambiente natural. Mientras, el ambiente construido y los entornos corresponden al espacio físico y social en los que los individuos y grupos sociales se desarrollan,



funcionan e interactúan como las viviendas, las escuelas, el lugar de trabajo, la comunidad, los espacios públicos, los vecindarios, las veredas y las ciudades, entre otros. Estos componentes y su interrelación son reconocidos como determinantes de las condiciones de vida, de salud e inequidades en salud de individuos y colectivos, influyendo en su bienestar y calidad de vida (Audrey & Batista-Ferrer, 2015; Braveman, Egerter, & Williams, 2011; Henson et al., 2020; Hunter et al., 2015; Jackson & Kochtitzky, 2010; Neira & Prüss-Ustün, 2016; O'Compo, Xue, Wang, & Caughy, 1997; Sastry, 1996; Srinivasan, O'Fallon, & Dearry, 2003; Yen & Syme, 1999).

En una relación interdependiente, la salud y bienestar de los individuos y colectivos, así como la preservación de la humanidad están estrechamente relacionados con la salud del planeta y sus ecosistemas (UNEP, 2019). En tal sentido, la protección de los ecosistemas y de todas las formas de vida en el planeta y su biodiversidad, es una protección en sí misma a la vida de las generaciones presentes y de las generaciones futuras (UNEP, 2019).

Es así como, el derecho a un ambiente sano incluye el reconocimiento del derecho a un aire limpio, a agua potable, ecosistemas saludables, a un clima estable y a alimentos sanos (United Nations, 2021). Sin embargo, las afectaciones a los ecosistemas derivados de las actividades humanas en los sistemas de producción y consumo, la explotación de los recursos naturales, el uso de fuentes de energía contaminantes, la generación de residuos, la deforestación, la urbanización descontrolada y los cambios en el uso del suelo resultan en deterioro de los ecosistemas y de sus mecanismos auto-regulatorios con consecuencias directas locales y globales, entre otros, sobre la contaminación del aire, del agua y del suelo; la escasez de alimentos, el cambio climático, las condiciones climáticas extremas y los desastres naturales a los que conlleva; factores ampliamente reconocidos como determinantes de la salud, del bienestar y calidad de vida de la población (Neira & Prüss-Ustün, 2016). En tal sentido, es necesario el desarrollo de políticas orientadas



a la preservación y protección de los ecosistemas y de la biodiversidad, así como del rol que desempeñan los grupos étnicos en esta preservación.

Las formas de producción, las fuentes de energía y el uso de combustibles fósiles, el sistema de transporte, entre otros, son determinantes de la emisión de gases de efecto invernadero (Metano-CH<sub>4</sub> y CO<sub>2</sub>), principales responsables del cambio climático (UNEP, 2019). El cambio climático, ha sido reconocido como uno de los principales impulsores de cambios en el ambiente y en los sistemas sociales, incrementando los riesgos existentes y generando nuevos riesgos, cuyas afectaciones se distribuyen de manera desigual en la población, siendo mayores en comunidades y grupos sociales vulnerables (UNEP, 2019). Los impactos derivados del cambio climático incluyen una reducción de los recursos, pérdida de la biodiversidad, cambios en los ciclos del agua, degradación de los ecosistemas, la contaminación, fenómenos climatológicos extremos y desastres naturales, así como impactos importantes en la salud, (UNEP, 2019) relacionados principalmente con altas temperaturas, olas de calor, exposición a rayos ultravioleta, inundaciones, proliferación de vectores y sus enfermedades asociadas, enfermedades transmitidas por el agua y el aire e inseguridad alimentaria.

En tal sentido, y dadas las circunstancias actuales, es necesario seguir avanzando en el desarrollo de medidas urgentes y agresivas para combatir el cambio climático, así como en el desarrollo de estrategias intersectoriales enfocadas en la adaptación y mitigación. Al mismo tiempo es necesario avanzar en el fortalecimiento, preparación de la respuesta y gestión adecuada del riesgo en emergencias y desastres naturales con impactos en la salud pública. Todas estas medidas en concordancia con los acuerdos internacionales en el marco de la agenda 2030 para el desarrollo sostenible y en la cumbre sobre el clima COP26.

Las actividades humanas son también responsables de una pobre calidad del aire, especialmente en centros urbanos, debido a contaminantes atmosféricos como material particulado (PM<sub>2.5</sub>, PM<sub>10</sub>) y gases (Oxidos de Nitrógeno-NO<sub>x</sub>,



Compuestos Orgánicos Volátiles-VOC, Monóxido de Carbono-Co y Ozono-O<sub>3</sub>). Estos contaminantes han sido asociados con una carga importante de morbilidad y mortalidad debido a una gran variedad de resultados en salud en diferentes momentos del curso de vida relacionados con enfermedades crónicas no transmisibles y afectaciones a la salud perinatal e infantil (Neira & Prüss-Ustün, 2016). Por tanto, la reducción de la contaminación atmosférica reduciría la carga de enfermedad y mortalidad por estos eventos. En tal sentido, la implementación de políticas, planes y programas para la reducción de la contaminación del aire ambiente e interior proveniente de diferentes fuentes es una apuesta clave en salud pública para la reducción de los impactos en salud y la carga de morbilidad y mortalidad asociadas con esta contaminación.

De igual manera, el crecimiento poblacional, la agricultura, la urbanización, la industrialización, la deforestación y el cambio climático impactan negativamente la cantidad y calidad del agua, a través de la contaminación de las fuentes hídricas, escasez del agua y de los fenómenos climatológicos extremos como tormentas, inundaciones, sequías y desertificación de la tierra fértil (UNEP, 2019). Estos impactos afectan la sostenibilidad de los ecosistemas y su resiliencia, así como la salud y bienestar de la población. La falta de acceso a agua potable, condiciones sanitarias y de higiene inadecuadas y la contaminación del agua son factores determinantes de la ocurrencia de enfermedades transmisibles, así como de desnutrición y malnutrición (Neira & Prüss-Ustün, 2016). En este sentido, la promoción del uso eficiente del agua, la implementación de medidas para su reciclaje y sistemas de captación de aguas lluvias, se han convertido en estrategias para garantizar una mayor seguridad del agua (UNEP, 2019). Así mismo, el acceso a fuentes de agua potable y segura para consumo, servicios de agua residuales, saneamiento básico y lavado de manos son estrategias de salud pública esenciales para prevenir los impactos en la salud.

De otra parte, el ambiente construido y los entornos donde los individuos y grupos sociales desarrollan su vida cotidiana y establecen lazos sociales, culturales,



económicos y políticos como las viviendas, las escuelas, el lugar de trabajo, los espacios públicos y espacios para la recreación e interacción social, los vecindarios, las veredas, las ciudades, las vías de acceso, el sistema de transporte, así como los patrones de uso del suelo y la planeación urbana y territorial son factores determinantes de la salud física y mental de los individuos y colectivos, cuyos impactos negativos son mayores en población vulnerable con bajo nivel socioeconómico y minorías étnicas (Braveman et al., 2011; Henson et al., 2020; Jackson & Kochtitzky, 2010; Srinivasan et al., 2003).

Las características del ambiente construido y los entornos están estrechamente relacionadas con comportamientos en salud tales como la actividad física, el transporte activo, la convivencia social, así como la salud mental. Por tanto, políticas, planes y programas con enfoque diferencial y territorial sobre los entornos y el ambiente construido como la promoción de viviendas, escuelas, universidades y entornos laborales saludable; el fortalecimiento de sistemas de transporte sostenibles, que promuevan el uso de tecnologías y combustibles limpios, la articulación y oferta de modos variados de transporte (multimodalidad), la desestimulación del uso de vehículos particulares, la promoción y fortalecimiento de modos de transporte activo y transporte público; la disponibilidad, cuidado y fortalecimiento de los espacios públicos, espacios verdes y parques, entre otros, resultarían en impactos positivos sobre las enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo.

Estas intervenciones en los entornos son claves también para prevenir enfermedades transmisibles tales como la Infección Respiratoria Aguda, la Enfermedad Diarreica Aguda y las Enfermedades Transmitidas por Vectores, entre otras (Srinivasan et al., 2003). Así mismo, estas intervenciones resultarían en beneficios para la salud mental, especialmente en mejoría de la convivencia social y reducción de la ansiedad y depresión (Audrey & Batista-Ferrer, 2015; Henson et al., 2020; Hunter et al., 2015; Srinivasan et al., 2003). De igual forma, las intervenciones para promover espacios verdes, bosques urbanos, y arborización,



así como proyectos arquitectónicos verdes en zonas urbanas son clave también para reducir el riesgo de inundaciones, regular la temperatura ambiente y purificar el aire, factores asociados con beneficios adicionales para la salud.

En tal sentido, es necesario la inclusión de intervenciones en el ambiente construido y los entornos como parte esencial e integral de los Planes de Ordenamiento Territorial, incorporando una visión de desarrollo sostenible en los territorios con enfoque diferencial para contribuir a la generación de territorios más resilientes y cuidadores de la vida.

De otra parte, en las últimas décadas con el advenimiento de enfermedades infecciosas emergentes de origen principalmente zoonótico, tales como la influenza aviar (H5N1), la pandemia de influenza H1N1 y la pandemia actual por COVID-19 (SarsCoV2), entre otras, han puesto de manifiesto la necesidad de abordar la relación bidireccional entre ambiente y salud humana desde una mirada más integradora que incorpore además la interacción y el rol de los animales y su salud en esta relación (Rabinowitz & Conti, 2013). Es así como surge el abordaje de Una Salud en la interdependencia entre la salud ambiental, la salud humana y la salud animal (One Health Initiative Task Force, 2008) como un “esfuerzo colaborativo de múltiples disciplinas trabajando a nivel local, nacional y global para alcanzar un nivel óptimo de salud para las personas, los animales y el ambiente” (One Health Initiative Task Force, 2008, p. 9). Este abordaje invita a un cambio en el paradigma de la perspectiva de la salud pública desde una mirada exclusivamente humana para incorporar explícitamente el cuidado y protección del ambiente y de los animales (Rabinowitz & Conti, 2013).

El ordenador de Ambiente y Salud del PDSP 2022-2031 busca orientar la gestión de la salud pública con enfoque diferencial y territorial para avanzar hacia la garantía del derecho a un ambiente sano y por tanto a la protección del ambiente natural, sus ecosistemas y la biodiversidad y la salud animal, así como hacia la transformación positiva de los determinantes ambientales de la salud en coherencia



con lineamientos nacionales e internacionales, y a la transformación de los entornos y el ambiente construido y la interdependencia entre el ambiente, los animales y las personas con el propósito de impactar la salud, bienestar y calidad de vida de los habitantes del territorio colombiano.

### ***Cultura para la Vida y la Salud***

La cultura es un atributo y un producto humano, una construcción sociohistórica heterogénea que se concreta en prácticas sociales que institucionalizan modos de vivir la vida. La cultura es un constructo normativo y disciplinario que obedece a un conjunto de pautas, reglas, códigos, creencias y valores que se instituyen a través de las distintas organizaciones, roles y prácticas, por tanto, interfiere en la vida cotidiana imponiendo límites al deseo y los impulsos agresivos de las personas lo que obliga renuncias que generan malestar, pero posibilita la sociabilidad y la convivencia (Campos, 2002; 2009).

La cultura, en tanto modo socialmente aprendido y transversal a las dimensiones vitales, reproduce un orden social determinando que define formas particulares de pensar y actuar (Harris, 2007). Se puede decir que los sujetos son producto, son formados a través de la cultura. Sin embargo, aunque la cultura condiciona y reproduce en los sujetos formas legítimas para un tipo de organización social en un contexto determinado, la reacción e interacción de los sujetos con sus contextos transforma la cultura, por tanto, también se reconoce la capacidad del sujeto para co-producir la cultura (Berger y Luckmann, 1968; Bourdieu y Passeron, 1998; Campos, 2009).

Esta dotación de ideas, códigos y valores que nos brinda la cultura reproduce formas consideradas legítimas y valiosas para organizar la vida en sociedad, y en consecuencia determina el conjunto de prácticas sociales que tienen influencia sobre la salud. Así, la cultura a través de las instituciones moldea creencias, percepciones, actitudes y comportamientos en salud individuales y colectivos



(Duque-Páramo, 2007). De igual forma, el contexto económico, político y social al establecer normas, reforzar patrones sociales y proveer o no oportunidades influencia determinados comportamientos sociales jugando un rol preponderante en la toma de decisiones (McNeill, Kreuter, & Subramanian, 2006). De ahí que, cada cultura instituye prácticas sociales íntimamente relacionadas con modos generales y contextos particulares materiales y simbólicos que definen y controlan lo que se considera adecuado o no para la salud y se materializan en estilos y condiciones de vida en personas y grupos poblacionales.

Por consiguiente, el contexto histórico, económico, político, social y cultural determina el modo de vida de una sociedad y las condiciones de vida de los grupos que la integran ya que define las estructuras y relaciones de poder legitimadas que se concretan en condiciones particulares de vida. Estos modos y condiciones de vida guardan además una estrecha relación con los estilos de vida de las personas y sus familias, al incidir en la producción y el mantenimiento de los patrones de comportamiento que orientan las decisiones y acciones en salud (Castellanos, 1998). Es así como, los modos, condiciones y estilos de vida siguen patrones de distribución social y estructural del poder, con mayores afectaciones para los resultados en salud de individuos y colectivos en áreas con deficiencia de recursos sociales y materiales (Yen & Syme, 1999).

En el marco de los DSS las condiciones de vida se consideran determinantes intermedios de la salud que incluyen las condiciones materiales (condiciones de vivienda y laborales, ambiente físico y social de los entornos inmediatos) y los medios financieros para acceder a bienes esenciales y no esenciales de consumo (Braveman & Gottlieb, 2014; Solar & Irwin, 2010). Adicionalmente, las condiciones de vida se identifican como uno de los determinantes intermedios más relevantes en la producción de desigualdades en salud, en tanto la estratificación socioeconómica estructural se manifiesta a través de las condiciones materiales de vida (Solar & Irwin, 2010).



Por su parte, las condiciones laborales y ambientales del lugar de trabajo determinan condiciones de vida favorables o no para la salud en la medida en que determinan el ingreso, la exposición a riesgos laborales y el modelamiento de los comportamientos relacionados con la salud (Braveman et al., 2011; Solar & Irwin, 2010; Stansfeld & Candy, 2006).

De igual manera, las condiciones de vivienda están estrechamente relacionadas con la salud, toda vez que determinan formas de vida, disposición de recursos protectores o imposición de riesgos para la salud (Howden-Chapman, 2004; Solar & Irwin, 2010). Las condiciones físicas y estructurales de las viviendas, la disponibilidad de recursos materiales, agua potable, electricidad, sistemas de alcantarillado, disposición de residuos, combustibles limpios para cocinar, sistemas de almacenamiento, procesamiento y cuidado de alimentos, así como el hacinamiento son condiciones materiales, cuya disponibilidad o ausencia determina una amplia gama de riesgos para la salud que además guardan relación con el ambiente físico y social del vecindario (Howden-Chapman, 2004; Solar & Irwin, 2010).

A su vez, los estilos de vida entendidos como patrones de comportamiento habituales e identificables producto de la interacción entre las condiciones de vida y las características individuales también determinadas por factores socioculturales y psicosociales son considerados determinantes intermedios de la salud (OMS, 1998; Solar & Irwin, 2010). Desde esta perspectiva, los estilos de vida no se constituyen en situaciones que dependen exclusivamente de las decisiones racionales e individuales de las personas y sus familias, sino que en gran medida son producto de las condiciones sociales, económicas y culturales en las que viven y de las interacciones tejidas en los contextos donde habitan.

De otro lado, el capital social, las redes de apoyo social e institucional y la eficacia colectiva se constituyen en factores facilitadores y promotores de estilos de vida saludables (Diez Roux & Mair, 2010). Asimismo, el ambiente construido



determina la oferta y acceso a bienes y servicios en los entornos inmediatos de los grupos sociales. Escenarios de recreación, espacios públicos y espacios verdes, entornos alimentarios saludables y modos integrados de transporte influyen los patrones de comportamiento, de ahí que, los estilos de vida también se determinan por la oferta y acceso a dichos bienes. En consecuencia, los estilos de vida están influenciados tanto por las condiciones de vida en su relación más proximal como con los modos de vida derivados del contexto político, económico, social y cultural en su relación más distal y estructural.

Particularmente, existen patrones de conducta valorados socialmente y evidenciados científicamente como perjudiciales para la salud al ser identificados como factores de riesgo asociados a las condiciones crónicas no transmisibles, entre los cuales destacan: el consumo de tabaco, alcohol, sustancias psicoactivas y de alimentos procesados y altamente calóricos. Por su parte, la actividad física, el consumo de alimentos saludables, la sexualidad responsable, la lactancia materna son ampliamente reconocidos como factores protectores del estado de salud (Abbafati et al., 2020).

En consecuencia, la institucionalización de prácticas sociales que permitan el logro de condiciones de vida y salud valoradas como dignas para todos los habitantes del territorio colombiano y de estrategias que promuevan estilos de vida saludables son un prerrequisito para alcanzar el bienestar, la calidad de vida y el desarrollo humano y sostenible en el marco de las aspiraciones del PDSP 2022-2031.

Mantiene la Organización mundial de la Salud que:

“(…) la mayor parte de la carga de morbilidad en la edad avanzada se debe a enfermedades no transmisibles, los factores de riesgo de estas afecciones son blancos importantes en la promoción de la salud. Las estrategias para reducir la carga de la discapacidad y la mortalidad en la edad avanzada



mediante hábitos saludables y el control de los factores de riesgo metabólicos, por lo tanto, deben comenzar a una edad temprana y continuar a lo largo de toda la vida. Los riesgos asociados con estos hábitos y factores de riesgo metabólicos continúan hasta edades más avanzadas, aunque es posible atenuar esta relación. Las estrategias para reducir su impacto continuarán siendo eficaces en la vejez, en particular para reducir la hipertensión, mejorar la nutrición y dejar de fumar, aunque las pruebas que demuestran su eficacia en la edad avanzada son limitadas. Además, hay algunos indicios de que reducir la exposición a los factores de riesgo cardiovascular también puede reducir el riesgo de, al menos, algunos tipos de demencia” (OMS: 2015).

Además de los procesos de institucionalización de formas de vivir la vida valoradas como positivas y deseables, la cultura para la vida y la salud también se refiere a la interculturalidad. La UNESCO define la interculturalidad como la presencia e interacción equitativa de diversas culturas y la posibilidad de generar expresiones culturales compartidas, a través del diálogo y del respeto mutuo. Trabajar la interculturalidad es un estructural de la inclusión, del respeto por la diversidad, de la posibilidad de incidir sobre desigualdades derivadas de la homogenización y el desconocimiento sistemático de los derechos culturales y de la modificación de circunstancias que, unidas a otras, profundizan la discriminación múltiple.

Colombia es un país pluriétnico y multicultural, por tanto, el reconocimiento de su diversidad es una transversalidad obligatoria en cualquiera de sus políticas públicas y acciones de Estado. La salud pública debe cumplir con este reconocimiento, no solo incluyendo el enfoque de interculturalidad, sino apropiando prácticas sociales que valoricen e instituyan caminos interculturales de intercambio con las demás cosmovisiones que cuidan de la vida y la salud, en el marco del derecho fundamental a la salud y otros de orden colectivo para los grupos étnicos.



La interculturalidad integra y permite el diálogo de diferentes conocimientos, saberes y prácticas, se basa en el marco normativo que, derivado del bloque de constitucionalidad, no solo reconoce la diversidad cultural (especialmente étnica), sino que orienta la construcción de relaciones entre el Estado y los actores sociales para dar campo a lo heterogéneo, lo diferencial y lo divergente que existe, coexiste y se resignifica en el accionar conjunto de la salud pública.

Esto significa para el PDSP 2022-2031 que en un mismo territorio cohabitan distintas culturas, con sus propios orígenes e historias, identidades y componentes que en interacción son la expresión de diferencias sociales, que deben ser respetadas, permitiendo dinámicas de encuentro dialógico para construir acciones y espacios de beneficio mutuo que posibiliten la gestión territorial integral de la salud pública, en la búsqueda del más alto nivel de salud posible.

Por tanto, la institucionalización de una Cultura para la vida y la salud desde una perspectiva intercultural implica el concurso de acciones diferenciales que legitimen e incorporen las distintas miradas y modos de actuación originadas en otras cosmovisiones que respetan y protegen las prácticas ancestrales y tradicionales presentes en las múltiples culturas al interior del país. Supone entonces una variedad cultural, cuya negación, discriminación e incluso homogenización deriva en desigualdades que agregan vulnerabilidad por imposición de culturas mayoritarias, lo que constituye una violación de los derechos culturales y sociales.

En este contexto y en el marco del PDSP 2022-2031 el ordenador Cultura para la Vida y la Salud se entiende como el conjunto de preceptos y valores relacionados con las formas consideradas legítimas y valiosas para vivir la vida de manera saludable que se institucionalizan a través de prácticas educativas dialógicas que promuevan modos, condiciones y estilos de vida para la garantía de derechos y el cuidado de la vida y la salud, bajo el respeto de la pluralidad étnica y



cultural de los pueblos y la exigencia del límite a las acciones que atentan contra la vida y la salud de las personas y sus entornos.

En ese sentido, el ordenador de Cultura para la Vida y la Salud busca el desarrollo de la educación en el campo de la salud pública como posibilidad de habilitar los procesos de institucionalización de prácticas y relaciones sociales acordes con la promoción de la vida y la salud de tal forma que incidan positivamente en los modos, condiciones y estilos de vida de los habitantes del país y al mismo tiempo orienten la gestión territorial integral de la salud pública acogiendo una perspectiva intercultural que integre la riqueza de la diversidad cultural existente en los distintos territorios del país.

La educación como medio expedito para la producción y reproducción cultural está contemplada en Constitución Política Nacional de 1991 en los artículos 67 al señalar que “mediante la educación se accede a los valores de la cultura” y que la educación “formará al colombiano en el respeto a los derechos humanos, a la paz y a la democracia; y en la práctica del trabajo y la recreación, para el mejoramiento cultural, científico, tecnológico y para la protección del ambiente”. Asimismo, el artículo 68 establece que “los integrantes de los grupos étnicos tendrán derecho a una formación que respete y desarrolle su identidad cultural”; y el artículo 70 indica que “el Estado tiene el deber de promover y fomentar el acceso a la cultura de todos los colombianos en igualdad de oportunidades, por medio de la educación permanente y la enseñanza científica, técnica, artística y profesional en todas las etapas del proceso de creación de la identidad nacional. La cultura en sus diversas manifestaciones es fundamento de la nacionalidad. El Estado reconoce la igualdad y dignidad de todas las que conviven en el país. El Estado promoverá la investigación, la ciencia, el desarrollo y la difusión de los valores culturales de la Nación”.

Así, la educación al interior del campo de la salud pública se convierte en la posibilidad de ampliar los horizontes de reflexión y acción para que sujetos e



instituciones incorporen una cultura favorable a la vida y la salud. Lo anterior de importancia crucial en momentos en que la pandemia agravó las condiciones de aprendizaje del país. En consecuencia, el fortalecimiento de la educación en el campo de la salud pública en el marco del PDSP 2022-2031 permitirá el desarrollo de capacidades para coproducir una vida saludable e institucionalizar una praxis de la salud pública democratizadora, intercultural, garante de derechos y constructora de subjetividades capaces de cuidar de la vida y de incidir positivamente en los determinantes sociales de la salud.

Importa reconocer que el país ha venido realizando importantes esfuerzos con relación a la educación en el campo de la salud pública soportados en la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud (MSPS, 2018) y en el marco conceptual y metodológico para su desarrollo.<sup>45</sup> Allí se acoge, de un lado, la educación y comunicación para la salud como un proceso dialógico de construcción de conocimientos para el desarrollo y fortalecimiento de capacidades que posibiliten mayores grados de autonomía individual y colectiva para la garantía del derecho a la salud. De otro lado, la información en salud se concibe como un proceso de producción, organización y difusión de mensajes en materia de salud pública con el objeto de optimizar la toma de decisiones.

Si bien, estas definiciones amplían la comprensión tradicional de la educación y la comunicación para la salud diferenciándola de la información en salud, dejan por fuera otras miradas de la educación en el campo de la salud pública que enriquecen su praxis desde lo pedagógico, a saber: la etnoeducación en salud, la educación intercultural en salud, la educación popular en salud, la educación decolonial en salud, la formación en salud, la comunicación para el cambio social en salud, la educomunicación en salud entre otras. De ahí que el PDSP 2022-2031 acoge el término de educación en el campo de la salud pública como una sombrilla

---

<sup>45</sup> Marco conceptual y metodológico para el desarrollo de la educación para la salud de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS - Orientaciones pedagógicas, metodológicas y didácticas.



que permite albergar posibilidades diversas en la vía de institucionalizar una Cultura para el cuidado de la vida y la salud.

La educación en el campo de la salud pública incluye tanto el ámbito de la educación superior para la formación en salud pública de los niveles técnico, profesional y de posgrado de las disciplinas de la salud, como la educación que se realiza desde la “institución salud” ya sea en ámbitos institucionales con pacientes y usuarios o en ámbitos comunitarios con sujetos individuales y colectivos en los que se establece un tipo de relación educador-educando (Peñaranda, 2018). Reconocer la existencia del rol del talento humano en salud como educadores y reflexionar sobre el tipo de relación educador-educando que se establece en las prácticas de salud pública, es fundamental para la co-producción de una Cultura para la vida y la salud. En ese sentido, es válido afirmar con Granda (2009a) que los gestores en salud pública se constituyen en intérpretes y mediadores de las diversas propuestas para la construcción de la vida y la salud en los distintos territorios.

Sin embargo, la educación en el campo de la salud pública ha estado comúnmente vinculada a un modelo educativo tradicional de tipo instruccional con predominio de saberes y prácticas cimentadas en una racionalidad técnico-científica de carácter biomédico que impone una forma particular de conocer y significar los procesos de salud-enfermedad y de patologizar los sujetos rotulados como enfermos o saludables. Asimismo, han prevalecido las relaciones verticales que limitan la construcción de una práctica autónoma y democrática, y que niegan los saberes diversos y la capacidad de los sujetos para comprender y actuar a favor de la vida y la salud. Una educación con escasa reflexión pedagógica sobre su quehacer que ha derivado en su uso instrumental limitando la potencia de sus prácticas en el desarrollo de capacidades para la co-producción de vida y salud (Granda, 2009; Campos 2009; Díaz et al., 2010; Vivero, 2013; Peñaranda, 2018).



Por tanto, en el marco del PDSP 2022-2031 se requiere comprender que la educación es un proceso donde aprender implica construir conjuntamente en lugar de adquirir, adaptar o reproducir ciegamente conocimientos y/o comportamientos (Ferreira et al., 2014). Una educación desmarcada del modelo biomédico hegemónico que rescate relaciones pedagógicas colaborativas y dialógicas, que permitan la problematización de la realidad y la implementación de metodologías que amplíen la capacidad de los sujetos para analizar e intervenir sobre sus circunstancias en la vía de coproducir subjetividades que hagan posible el mejoramiento de sus condiciones de vida y salud (Campos, 2009).

Trascender la visión instrumental de la educación y recuperar el saber pedagógico para lograr mejores desarrollos en el campo de la salud pública requiere reconocer las relaciones de poder existentes en las que se enmarca el proceso educativo, lo que implica profundizar en la comprensión del educador como sujeto, sin cuya transformación no es posible la apropiación de una Cultura para la vida y la salud, y al mismo tiempo, implica promover formas de relacionamiento cada vez más dialógicas y colaborativas que habiliten la cogestión como fundamento esencial para la gestión territorial integral de la salud pública.

Educación que en cuanto componente esencial de la práctica de la salud pública pueda posibilitar la formación de un sujeto individual y colectivo libre y responsable de sus actos, capaz de acoger el ejercicio democrático y de apropiar subjetividades dialógicas e interculturales que aproximen la construcción de estilos de vida saludable y al mejoramiento de las condiciones de vida y salud para todos los habitantes del territorio colombiano.

### ***Integralidad en Salud***

La garantía y reconocimiento del derecho fundamental a la salud se regula mediante la ley 1751 de 2015 y expresa que “comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el



mejoramiento y la promoción de la salud” (Artículo 2); agregando que se asegurará la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. Con respecto a la integralidad (artículo 8), dice que “los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario”.

El abordaje prestacional del derecho a la salud y su relación con los determinantes sociales de la salud se enfatiza en los denominados determinantes intermedios, en términos de acceso y calidad de los servicios de salud. En complementación con los anteriores ordenadores, este trata lo que debe estar a cargo del sistema de salud<sup>46</sup> y su ordenamiento, en el sector salud, teniendo en cuenta la intermediación de las entidades promotoras de salud, y los demás responsables de pago de los servicios de salud; y la organización de los servicios de salud a través de diferentes modalidades de prestación.

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

---

<sup>46</sup> Es el conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento; controles; información y evaluación, que el Estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud. Ley 1751 de 2017. Artículo 4.



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

Desde Ottawa (1986) se ha considerado la promoción de la salud como una estrategia fundamental para aumentar la salud de la población, llegando hasta Shangai (2016) conferencia en la que se señaló la importancia de la relación entre la salud, sus determinantes y el empoderamiento de las personas; y la acción en tres esferas: 1) reforzar la buena gobernanza en pro de la salud; 2) mejorar la salud en entornos urbanos y promover las ciudades y las comunidades saludables; y 3) reforzar los conocimientos sobre la salud y las capacidades para tener un mayor control sobre su propia salud y los determinantes que influyen en ella.<sup>47</sup> Durante la pandemia Covid-19, se realizó la última conferencia mundial de promoción de la salud en Ginebra-Suiza (2021) acordando la Carta en pro del Bienestar. Destaca la necesidad de asumir compromisos mundiales destinados a lograr resultados sanitarios y sociales equitativos ahora y para las generaciones futuras, sin destruir la salud de nuestro planeta; indica cinco medidas<sup>48</sup>; plantea que tanto el bienestar

---

47 CONFERENCIAS MUNDIALES DE PROMOCION DE LA SALUD – Observatorio de biopolítica

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



de las personas como del planeta ocupen un lugar central para definir el progreso de la humanidad; se debe trabajar en alianzas con todos los sectores de la sociedad en favor de la aplicación decisiva de estrategias en pro de la salud y el bienestar; priorizar la salud como parte de un ecosistema más amplio que abarque factores medioambientales, sociales, económicos y políticos; una cobertura sanitaria universal, basada en una sólida atención primaria de salud.

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

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

La salud pública debe favorecer la búsqueda de soluciones integrales que mejoren y protejan la salud y la calidad de vida de la población, contribuyendo al bienestar y desarrollo humano, integrando en ello a todos los agentes del sistema de salud que tienen la responsabilidad de garantizar el derecho a la salud de las



personas, familias y comunidades en todos sus momentos de curso de vida, en todas sus esferas (cultural, biológica, psicológica y social), enmarcadas en un contexto histórico, político, geográfico y económico, que influyen en los resultados en salud.

Trabajar por la integralidad en salud desde lo promocional y preventivo, es el propósito superior para obtener los mejores resultados en la población. Complementariamente y buscando igualmente la disminución de la carga de enfermedad creciente y los desenlaces negativos, en el contexto de la salud pública se deben exigir estrategias y servicios, que ejecutadas por los actores sectoriales se materializan en atenciones dirigidas a las personas, familias y comunidades para la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos de la enfermedad. 49

En este sentido, la integralidad en salud se caracteriza por:

Estar centrada en las personas, familias y comunidades y su incremento de salud, desde una perspectiva positiva de esta. Implica reconocer la diversidad y singularidad de los sujetos individuales y colectivos, en contextos territoriales, sociales, culturales, políticos, económicos y ambientales distintos.

Asegurar resultados en salud en las personas, familias y comunidades, a partir del mejor desempeño del sistema de salud y la transformación de las circunstancias de vida mediante la acción colectiva orientada al bienestar y la calidad de vida.

---

49 Resolución 3202 de 2016. Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud –PAIS y se dictan otras disposiciones



Garantizar el continuo de la atención desde lo promocional hasta el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad; basado en el acceso y la calidad de los servicios de salud y la excelencia en la interacción y gestión de los diferentes actores del sistema de salud.

## Referencias

- Audrey, S., & Batista-Ferrer, H. (2015). Healthy urban environments for children and young people: A systematic review of intervention studies. *Health and Place*, 36, 97–117. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2015.09.004> LK - [http://mgetit.lib.umich.edu/sfx\\_locator?sid=EMBASE&issn=18732054&id=doi:10.1016%2Fj.healthplace.2015.09.004&atitle=Healthy+urban+environments+for+children+and+young+people%3A+A+systematic+review+of+intervention+studies&stitle=Health+Place&title=Health+and+Place&volume=36&issue=&spage=97&epage=117&aulast=Audrey&aufirst=Suzanne&aunit=S.&aufull=Audrey+S.&coden=HEPLF&isbn=&pages=97-117&date=2015&aunit1=S&aunitm=](http://mgetit.lib.umich.edu/sfx_locator?sid=EMBASE&issn=18732054&id=doi:10.1016%2Fj.healthplace.2015.09.004&atitle=Healthy+urban+environments+for+children+and+young+people%3A+A+systematic+review+of+intervention+studies&stitle=Health+Place&title=Health+and+Place&volume=36&issue=&spage=97&epage=117&aulast=Audrey&aufirst=Suzanne&aunit=S.&aufull=Audrey+S.&coden=HEPLF&isbn=&pages=97-117&date=2015&aunit1=S&aunitm=)
- Abbfati, C., Abbas, K. M., Abbasi-Kangevari, M., Abd-Allah, F., Abdelalim, A., Abdollahi, M., ... Murray, C. J. L. (2020). Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10258), 1223–1249. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30752-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30752-2)
- Afanador, María Isabel (2002). El derecho a la integridad personal - Elementos para su análisis. *Reflexión Política*, 4 (8), 92-104.
- Berger, P., & Luckmann, T. (1968). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Gedisa.
- Bernal-Camargo, D.R. y Padilla-Muñoz, A.C. (2018). Los sujetos de especial protección: construcción de una categoría jurídica a partir de la constitución política colombiana de 1991. *Revista Jurídicas*, 15 (1), 46-64. DOI: 10.17151/jurid.2018.15.1.4.
- Bourdieu, P., & Passeron, J. C. (1998). *La reproducción*. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza. México D. F: Fontamara.



Braveman, P. (2010). Social conditions, health equity, and human rights. *Health and Human Rights Journal*, 31-48.

Braveman, P., Egerter, S., & Williams, D. R. (2011). The social determinants of health: Coming of age. *Annual Review of Public Health*, 32, 381–398. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031210-101218>

Braveman, P., & Gottlieb, L. (2014). The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes. *Public Health Reports*, 129(SUPPL. 2), 19–31. <https://doi.org/10.1177/00333549141291s206>

Caballero, G., Moreno, G., Sosa, M., Figueroa, E., Vega, M., & Culumbié, L. (2012). Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos. *INFODIR*, 1-10.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2020, Regional de Banda Ancha (ORBA); Banco de Datos de Encuestas de Hogares (BADEHOG), y Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), OECD.Stat [base de datos en línea] <http://stats.oecd.org/>.

Campos, G. W. (2002). Sete considerações sobre saúde e cultura. *Saúde e Sociedade*, 11 (1), 105-115.

Campos, G. W. (2009). Concepción Paideia y co-producción de salud: la salud colectiva y la clínica ampliadas y compartidas. En G. W. Campos (Ed.), *Método Paideia: análisis y cogestión de colectivos* (pp. 167–203). Lugar Editores.

Castellanos, P. L. (1998). Los Modelos Explicativos del Proceso Salud-Enfermedad: Los Determinantes Sociales. *Salud Pública: Desigualdades y Ausencia de Equidad*. In Mc Graw Hill (Ed.), *Salud Pública* (p. 35). Madrid. Retrieved from [https://www.academia.edu/25324592/LOS\\_MODELOS\\_EXPLICATIVOS\\_DEL\\_PROCESO\\_SALUD\\_ENFERMEDAD\\_LOS\\_DETERMINANTES\\_SOCIALES](https://www.academia.edu/25324592/LOS_MODELOS_EXPLICATIVOS_DEL_PROCESO_SALUD_ENFERMEDAD_LOS_DETERMINANTES_SOCIALES)

Cofiño, Rafael; et.al.(2016) Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales?. *Gaceta Sanitaria* 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.06.004>

Collins, Patricia. (2000) *Black feminist thought. Knowledge, consciousness and the politics of empowerment* [Internet]. Taylor & Francis e-Library, editor. Vol. 2. London: Routledge; 2000 [cited 2021 Dec 3]. 1–354. Available from:



<https://uniteyouthdublin.files.wordpress.com/2015/01/black-feminist-though-by-patricia-hill-collins.pdf>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2020) Panorama Social de América Latina, 2020 (LC/PUB.2021/2-P/Rev.1), Santiago, 2021.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe – CEPAL. (2000). Etnicidad, "Raza" y Equidad en América Latina y el Caribe. División de Desarrollo Social.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2022) Panorama Social de América Latina, 2021 (LC/PUB.2021/17-P), Santiago, 2022.

Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. (2015). Avanzando hacia la equidad. Propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Consejería Presidencial para los Derechos Humanos y Asuntos Internacionales. (2018) Balance de la fase de alistamiento para la construcción del Plan de Acción en Derechos Humanos. Consejería Presidencial para los Derechos Humanos y Asuntos Internacionales.

Corte Constitucional. (2008) Sentencia T-282 de 2008

Corte Constitucional. (2009) Auto 006 de 2009

Corte Constitucional. (2010) Sentencia C-293 de 2010

Corte Constitucional. (2012) Sentencia T-341 de 2012

Corte Constitucional. (2012) Sentencia T-002 de 2012

Corte Constitucional. (2013) Sentencia C-438 de 2013

Corvalán, C. F., Kjellström, T., & Smith, K. R. (1999). Health, environment and sustainable development: Identifying links and indicators to promote action.



Epidemiology, 10(5), 656–660. <https://doi.org/10.1097/00001648-199909000-00036>

Cruces, Guillermo (2006). Protección social y sistemas de salud “Los sistemas de salud y de protección social frente a los nuevos escenarios epidemiológicos y demográficos”. Reunión de Expertos sobre Población y Pobreza en América Latina y el Caribe 14 y 15 de noviembre 2006, Santiago, Chile. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CELADE-División de Población, con el auspicio del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE. (2020). Guía para la inclusión del enfoque diferencial e Interseccional en la producción estadística del Sistema Estadístico Nacional. Versión Consulta Pública.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE. (2021). El enfoque transversal de los derechos humanos en los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030. Nota Estadística.

Devia, Camilo; Niño, Jairo (2015). Aproximación a la Seguridad Humana en Colombia. Estudios en Seguridad y Defensa 2015, diciembre, volumen 10 - número 20, 89-10

Díaz, P., Peñaranda, F., Cristancho, S., Caicedo, N., Garcés, M., Alzate, T., Bernal, T., Gómez, M., Valencia, A., & Gómez, S. (2010). Educación para la salud: perspectivas y experiencias de educación superior en ciencias de la salud, Medellín, Colombia. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 28(3), 221–230.

Diez Roux, A. V., & Mair, C. (2010). Neighborhoods and health. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186, 125–145. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.05333.x>

Duque-Páramo, M. C. (2007). Cultura y Salud: Elementos para el Estudio de la Diversidad y las Inequidades. *Investigación En Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 9(2), 127–142.

Einarsen S, Nielsen MB. Workplace bullying as an antecedent of mental health problems: a five-year prospective and representative study. *Int Arch Occup Environ Health*. 2015;88(2):131–42.



- Ereú de Mantilla, Evelyn (2018). Del antropocentrismo al biocentrismo: un recorrido hacia la educación para el desarrollo sostenible. *Revista de Ciencia y Tecnología. AGROLLANÍA*, 16 (2): 20-26. 2018. Edición Especial ISSN: 2665-0053
- Evans, T., Whitehead, M., Diderichsen, F., Bhuiya, A., & Wirth, A. (2001). *Desafío a la falta de equidad en salud: de la ética a la acción*. New York: Oxford.
- FAO. Social Protection [Internet]. Food and Agriculture Organization of the United Nations. [cited 2021 Nov 16]. Available from: <https://www.fao.org/social-protection/overview/whatissp/en/>
- Ferreira, V., Rêgo da Rocha, G. O., Bragança Lopes, M. M., Silva dos Santos, M., & Aviz de Miranda, S. (2014). Educação em saúde e cidadania: revisão integrativa. *Trabalho, Educação e Saúde*, 12(2). <https://doi.org/10.1590/S1981-77462014000200009>
- Granda, E. (2009). *La salud y la vida*. Organización Panamericana de la Salud.
- Granda, E. (2009a). Salud: globalización de la vida y la solidaridad. En F. Rojas & M. Márquez (Eds.), *ALAMES en la memoria* (pp. 446–475). editorial caminos.
- Globally [Internet]. Policy Brief prepared for the UN Department of Economic and Social Affairs, Division for Social Policy and Development, United Nations Expert Group Meeting Session: “Good Practices in Family Policy Making. New York; 2012. Available from: <http://www.un.org/esa/socdev/family/docs/egm12/HEYMANN%26MCNEILL-PAPER.pdf>
- Harris, M. (2007). *Teorías sobre la cultura en la era posmoderna*. (AltaMira Press, Ed.) (Segunda ed). California: A&M Grafic, Santa Perpetua de la Mogada.
- Heymann J, McNeill K. *Families at Work: What We Know About Conditions* Globally [Internet]. Policy Brief prepared for the UN Department of Economic and Social Affairs, Division for Social Policy and Development, United Nations Expert Group Meeting Session: “Good Practices in Family Policy Making. New York; 2012. Available from: <http://www.un.org/esa/socdev/family/docs/egm12/HEYMANN%26MCNEILL-PAPER.pdf>



- Howden-Chapman, P. (2004). Housing standards: A glossary of housing and health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58(3), 162–168.  
<https://doi.org/10.1136/jech.2003.011569>
- Henson, R. M., Ortigoza, A., Martinez-Folgar, K., Baeza, F., Caiaffa, W., Vives Vergara, A., ... Lovasi, G. (2020). Evaluating the health effects of place-based slum upgrading physical environment interventions: A systematic review (2012-2018). *Social Science & Medicine* (1982), 261, 113102.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113102>
- Hosseini. (2017). Conceptual models of social determinants of health: a narrative review. *Iran J Public Health*, 435-46.
- Huenchuan. Sandra y Rodríguez-Piñero Luis. (2010) Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectivas de protección. Naciones Unidas, Santiago de Chile. CEPAL. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/3803-envejecimiento-derechos-humanos-situacion-perspectivas-proteccion>
- Hunter, R. F., Christian, H., Veitch, J., Astell-Burt, T., Hipp, J. A., & Schipperijn, J. (2015). The impact of interventions to promote physical activity in urban green space: a systematic review and recommendations for future research. *Social Science & Medicine* (1982), 124, 246–256.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.11.051>
- Jackson, R. J., & Kochtitzky, C. (2010). *Creating A Healthy Environment. The Impact of the Built Environment on Public Health. Sprawl Watch Clearinghouse Monograph Series*. Washington, DC. Retrieved from <papers2://publication/uuid/F32713AC-E603-495A-82DA-FBC2429ACAAA>
- McNeill, L. H., Kreuter, M. W., & Subramanian, S. V. (2006). Social Environment and Physical activity: A review of concepts and evidence. *Social Science and Medicine*, 63(4), 1011–1022. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.03.012>
- Miles MB, H. A. (1994). *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. California: SAGE.
- Ministerio de Salud y Protección Social, & Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Referentes Conceptuales y Abordajes sobre Determinantes*



Ambientales. Bogotá, D.C: Ministerio de Salud y Protección Social. Retrieved from <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SA/refere-ntes-conceptuales-abordajes-determinantes-ambientales.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016) Resolución 3202 de 2016. Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas el Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de la Política de Atención Integral en Salud –PAIS y se dictan otras disposiciones

Ministerio de Salud y Protección Social (2021). Enfoque diferencial. Orígenes y alcances. Noviembre 2021.

Ministerio de Salud y Protección Social (2021a). Documento de postura institucional sobre curso de vida y salud pública. Documento de trabajo para la formulación del PDSP 2022-2031. No publicado.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). Decreto 681 del 2 de mayo de 2022. "Política Pública Nacional de Envejecimiento Vejez".

Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos. La Declaración Universal de Derechos Humanos | Naciones Unidas

Neira, M., & Prüss-Ustün, A. (2016). Preventing disease through healthy environments: A global assessment of the environmental burden of disease. *Toxicology Letters*, 259, S1. <https://doi.org/10.1016/j.toxlet.2016.07.028>

O'Compo, P., Xue, X., Wang, M.-C., & Caughy, M. O. (1997). Neighborhood risk factors multilevel analysis. *American Journal of Public Health*, 87(7), 1113–1118.

Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (2022). ACNUDH | Qué son los derechos humanos (ohchr.org)

Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos - OACNUDH, (2006) 'Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo' Disponible en: <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/FAQsp.pdf>. En: Balance de la fase de alistamiento para la construcción del plan de acción en derechos humanos. Consejería Presidencial para los Derechos Humanos y Asuntos Internacionales. 2018.



- One Health Initiative Task Force. (2008). *One health: A new professional imperative. One Health Initiative Task Force Final Report*. Washington, D.C. Retrieved from [https://www.avma.org/sites/default/files/resources/onehealth\\_final.pdf](https://www.avma.org/sites/default/files/resources/onehealth_final.pdf)
- Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2021). Panorama de la protección social en América Latina y el Caribe: Avances y retrocesos ante la pandemia. Serie Panorama Laboral en América Latina y el Caribe 2021.
- Organización Mundial de la Salud – OMS (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241565042>
- Organización Mundial de la Salud – OMS (2018). La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. 9789243512884-spa.pdf (who.int)
- OMS. (1998). Promoción de la Salud. Glosario de términos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Retrieved from [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_spa.pdf;jsessionid=7B83BCC1FCC34D687EF8EFF057A2ED4F?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=7B83BCC1FCC34D687EF8EFF057A2ED4F?sequence=1)
- OMS. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2. Genova: OMS.
- OMS. (2007). Social determinants of health. Retrieved from [https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1)
- OPS. (2007). Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental. In *Salud en las Américas 2007*. Publicación Científica y Técnica No. 22. Volumen I-Regional (p. 222). Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud. Retrieved from <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/dmdocuments/salud-americas-2007-vol-1.pdf>
- OPS Colombia. (n.d.). Entornos Saludables: Cartilla de los niños y de las niñas. Peñaranda-Correa, F., Bastidas-Acevedo, M., Escobar-Paucar, G., Torres-Ospina, N., & Arango-Córdoba, A. (2006). Análisis integral de las prácticas pedagógicas de un programa educativo en Colombia. *Salud Pública de México*, 48(3), 229–235.
- Peñaranda, F. (2018). Educación en el campo de la salud pública. Una mirada pedagógica. Medellín: Universidad de Antioquia



Presidencia de la República de Colombia. (2018). Decreto 762 de 2018. Por el cual se adiciona un capítulo al Título 4 a la Parte 4, del Libro 2, del Decreto 1066 de 2015, Único Reglamentario del Sector Interior, para adoptar la Política Pública para la garantía del ejercicio efectivo de los derechos de las personas que hacen parte de los sectores sociales LGBTI y de personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas.

Rabinowitz, P., & Conti, L. (2013). Links among human health, animal health, and ecosystem health. *Annual Review of Public Health, 34*, 189–204.

<https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031912-114426>

Ramirez-Velázquez, B., & Lopez-Levi, L. (2015). Espacio, paisaje, regi[on], territorio y lugar: la diversidad en el pensamiento contemporáneo. Instituto de Geografía, Universidad Nacional Autónoma de México. México D.C.

República de Colombia (2002). Ley 789 de 2002. Por la cual se dictan normas para apoyar el empleo y ampliar la protección social y se modifican algunos artículos del Código Sustantivo de Trabajo.

República de Colombia (2015). Ley Estatutaria 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

República de Colombia. (2013). Ley Estatutaria 1618 de 2013. Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad”

República de Colombia. (1991) Constitución Política Nacional.

Resurrección, Liliana. (2015). La «discriminación múltiple». Formación del concepto y bases constitucionales para su aplicación en el Perú. *Pensamiento Constitucional, 20*, 311-334 / ISSN 1027-6769

Robert Wood Johnson Foundation. Work Matters for Health [Internet]. Robert Wood Johnson Foundation Commission to Build a Healthier America. San Francisco; 2008. Available from: <http://www.rwjf.org/files/research/commissionwork122008.pdf>

Salvia, Agustín Salvia y Tuñón, Ianina. (2013). Apuntes sobre la construcción de indicadores de desarrollo humano en la infancia. En Modelos e indicadores de desarrollo y bienestar infantil. Montevideo (Uruguay): Tradinco S.A.



Sastry, N. (1996). Community characteristics, individual and household attributes, and child survival in Brazil. *Demography*, 33(2), 211–229.

<https://doi.org/10.2307/2061873>

Solar, O., & Irwin, A. (2010). A conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). WHO Commission on Social Determinants of Health. Switzerland.

Srinivasan, S., O'Fallon, L. R., & Deary, A. (2003). Creating Healthy Communities, Healthy Homes, Healthy People: Initiating a Research Agenda on the Built Environment and Public Health. *American Journal of Public Health*, 93(9), 1446–1450. <https://doi.org/10.2105/AJPH.93.9.1446>

Stansfeld, S., & Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health — a meta-analytic review. *Scand J Work Environ Health*, 32(6), 443–462. <https://doi.org/10.5271/sjweh.1050>

Steinmetz, Katy. (2021) Kimberlé Crenshaw sobre lo que significa hoy la interseccionalidad | Tiempo. *TIME* [Internet]. 2020 Feb 20 [cited 2021 Dec 3];1. Available from: <https://time.com/5786710/kimberle-crenshaw-intersectionality/>

UNEP. (2019). The Sixth Global Environmental Outlook GEO-6. Healthy Planet, Healthy People. Cambridge University Press. Cambridge, UK. <https://doi.org/10.1017/9781108627146>

United Nations. (n.d.). Access to a healthy environment, declared a human right by UN rights council.

Vasquez, L., Serrano, S.(2013). Los principios de universalidad,interdependencia, indivisibilidad y progresividad. Apuntes para su aplicación práctica. Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. 135 – 165.

Vivero Arriagada, L. A. (2013). La educación popular como paradigma y metodología de acción en salud familiar. *Ciencia y enfermería*, 19(3), 111–116.

Yen, I. H., & Syme, S. L. (1999). The social environment and health: A discussion of the epidemiologic literature. *Annual Review of Public Health*, 20(108), 287–308. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.20.1.287>



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

---

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

El nuevo Plan Decenal de Salud Pública establece un marco estratégico basado en la planeación orientada por objetivos, como herramienta para que los diferentes actores interesados en la gestión de la salud pública, implementen estrategias que permitan la incidencia positiva sobre los determinantes sociales de la salud y por lo tanto el logro de las metas establecidas en el plan. Su construcción, corresponde a un ejercicio continuo de mejora que recoge retos del plan anterior, identifica prioridades y plantea estrategias con las cuales busca generar y potencializar transformaciones e impactos positivos en materia de salud. Dichas estrategias serán desarrolladas de forma articulada con otros sectores, entidades del sector y entidades territoriales conforme sus competencias, capacidades y necesidades particulares, en un esfuerzo conjunto por resolver necesidades estructurales y promover la consolidación de procesos y acciones sólidas para atender requerimientos futuros, todo ello en el marco de resultados esperados denominados fines que se describirán en el siguiente apartado.

En este contexto, las estrategias formuladas para lograr los fines orientarán la construcción de planes de acción, que incluirán: actividades, responsables, tiempos y recursos, así como los mecanismos y métricas que permitan monitorear su avance y establecer su cumplimiento. Las metas e indicadores definidos por el



Ministerio de Salud y Protección Social serán analizados de manera permanente a través del sistema de seguimiento del plan, a partir del cual se generarán las orientaciones y retroalimentación al nivel subnacional, con el ánimo de fortalecer los procesos de toma de decisiones informadas en pruebas. De manera complementaria, el Ministerio desarrollará procesos de evaluación cada tres años que permitan enriquecer los procesos de ejecución y/o reorientar de manera oportuna las estrategias para el logro de los fines establecidos. Este proceso será presentado en el capítulo de sistema de seguimiento y evaluación del presente documento.

El marco estratégico del PDSP 2022-2031 que se presenta en este capítulo, contiene la visión de la salud pública planteada para Colombia a 2031, la cual se materializa a partir de cuatro fines y se alcanza mediante la articulación de seis ejes estratégicos que determinan las bases fundamentales para la gestión de la salud pública en los próximos diez años, colocando en el centro la salud y el bienestar de las personas, sus familias y comunidades, avanzando en la garantía del derecho fundamental a la salud y su interdependencia con otros derechos a través de la gestión positiva de los determinantes sociales de la salud, la reducción de las desigualdades en el marco de la salud como derecho y el mejoramiento de las condiciones de vida y salud de la población.

### **Visión del PDSP 2022-2031**

A 2031, con la ejecución del Plan Decenal de Salud Pública, el país habrá avanzado en la garantía del derecho fundamental a la salud y la mejora del bienestar y calidad de vida de los habitantes del territorio colombiano, mediante la incidencia sobre los determinantes sociales de la salud a través de la acción territorial, institucional y social de forma articulada, diferencial y sostenible.

### **Fines de la Salud Pública para el Próximo Decenio**

El PDSP 2022-2031 materializa su visión a 2031 a través del logro de cuatro fines:



***Fin 1: Avanzar Hacia la Garantía del Derecho Fundamental a la Salud Mediante la Acción Intersectorial y de la Sociedad en su Conjunto para la Afectación Positiva de los Determinantes Sociales de la Salud.***

Las circunstancias sociales, económicas, de trabajo, vivienda, educación y salud de las personas, familias y comunidades configuran un estado dinámico que determina su salud (Marmot M, 2012). El Estado y la sociedad deben desarrollar las condiciones ideales para que todos los ciudadanos y habitantes del territorio nacional desarrollen sus máximas potencialidades o en casos en que el individuo nazca en circunstancias desfavorables o de vulneración pueda salir de las mismas, sin comprometer la salud y el potencial desarrollo de sus capacidades (Braveman PA, 2011). La incidencia positiva sobre las circunstancias desfavorables sociales, económicas, de trabajo, vivienda, educación y salud, permite garantizar el ejercicio del derecho a la salud y su interdependencia con los otros derechos, y por lo tanto el desarrollo integral de los individuos. Colombia lleva diez años construyendo procesos de política orientados a la incidencia positiva sobre los determinantes sociales de la salud y espera en el próximo decenio seguir aunando esfuerzos de todos los sectores y de la sociedad para seguir consolidando acciones en pro del desarrollo integral de las personas.

Para este fin se plantean las siguientes metas de acuerdo con ocho líneas de acción intersectorial<sup>50</sup>:

**Línea de acción 1. Ingresos y situación económica digna**

- A 2031, Colombia avanzará en un 40% la empleabilidad de los jóvenes en trabajos formales (Línea de base 32%. 2020).

---

<sup>50</sup> Las metas intersectoriales planteadas para este fin, corresponden a proyecciones basadas en los acuerdos realizados en el marco de los objetivos de desarrollo sostenible y los compromisos de Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, así como de los avances del país en esta materia y en el marco de la implementación del PDSP 2012-2021. La concreción de los compromisos al respecto, se dará en el marco de la aprobación del Plan de Trabajo Intersectorial a través de la Comisión Intersectorial de Salud Pública.



### **Línea de acción 2.** Mejora de las condiciones de empleo y trabajo

- A 2031, Colombia aumentará en un 61% la tasa de formalidad laboral (Línea de base: 52%. 2018)

### **Línea de acción 3.** Acceso a educación de calidad

- A 2031, Colombia aumentará un 15% la cobertura de educación superior (Línea de base: 60%. 2022)

### **Línea de acción 4.** Acceso a servicios de salud para el cuidado integral de la vida y la salud

- A 2031, Colombia garantizará el 100% de acceso efectivo a servicios de salud a la población.
- A 2031 Colombia aumentará en un 80% el índice de cobertura global a las intervenciones individuales para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad <sup>51</sup>.
- A 2031 Colombia aumentará en un 80% el índice de cobertura global de las atenciones para la población materno – perinatal <sup>52</sup>.

### **Línea de acción 5.** Garantía progresiva del derecho humano a la alimentación

- A 2031, Colombia reducirá las muertes por desnutrición infantil a 5 por cada 100.000 niños menores de 5 años (Línea de base: 6,5 muertes por cada 100.000 niños menores de 5 años. 2018)
- A 2031 Colombia reducirá la inseguridad alimentaria en el hogar en 15% (línea base 54.2%).

### **Línea de acción 6.** Promoción de ciudades, entornos y ruralidades saludables y sostenibles.

---

<sup>51</sup> El indicador contempla la evaluación de acciones promocionales y preventivas para salud materna, salud infantil y adultez.

<sup>52</sup> El indicador contempla la evaluación de acciones promocionales y preventivas para la mujer en embarazo y el recién nacido.



- A 2031 Colombia garantizará que el 100% de los colombianos tengan acceso a energía eléctrica (Línea de base: 97,2%. 2020)
- A 2031 Colombia avanzará en un 20% en acceso a servicios básicos y transporte de las zonas rurales (Línea de base: 60%. 2020).
- A 2031 se implementará el modelo de Ciudades, Entornos y Ruralidades Saludables en al menos el 85% (954 municipios) de los municipios de Colombia.954

**Línea de acción 7.** Garantía del saneamiento básico y acceso adecuado a agua limpia

- A 2031 Colombia aumentará el 34% de tratamiento seguro de aguas residuales urbanas domésticas (Línea de base: 54,3%. 2022)
- A 2031 Colombia garantizará el 100% de acceso a agua potable (Línea de base: 92%. 2018)

**Línea de acción 8.** Construcción de una sociedad más justa y en paz

- A 2031 Colombia reducirá a menos de 10% la mortalidad por todas las formas de violencia.
- A 2031 Colombia mejorará la percepción del nivel de corrupción en el sector público a 75 (Línea de base: Índice de percepción del nivel de corrupción en el sector público en puesto número 39)

***Fin 2: Avanzar Hacia la Mejora de las Condiciones de Vida, Bienestar y Calidad de Vida de los Habitantes del Territorio Colombiano Mediante la Reducción de Desigualdades Sociales en Salud Entre Grupos Socialmente Constituidos***

Avanzar hacia mejores condiciones de bienestar y calidad de vida de los habitantes del territorio colombiano demanda la reducción de desigualdades en salud en la población mediante la formulación, desarrollo e implementación de acciones intersectoriales de salud pública sobre los determinantes sociales de la salud orientadas a la reducción de las brechas entre los grupos menos privilegiados y más privilegiados de la población (Krieger N, 2003). Asimismo, requiere que los



esfuerzos orientados a mejorar la salud de las poblaciones y comunidades en contextos, condiciones o situaciones de vulnerabilidad no vaya en detrimento de las condiciones de la población que se encuentra en niveles sociales, económicos y culturales adecuados (Lynch JW, 2000).

Para este fin se plantean las siguientes metas que convocan la acción decidida del Estado para la reducción de desigualdades sociales en salud<sup>53</sup>:

- A 2031, Colombia reducirá un 15% el índice de pobreza multidimensional (Línea de base: 18,1. 2020).
- A 2031, Colombia fortalecerá 20% de empresas PYMES en el país para generar una economía dinámica, incluyente y sostenible.
- A 2031, Colombia logrará reducir a menos de 1% la tasa de analfabetismo en mujeres mayores de 15 años (Línea de base: 4,13. 2020).
- A 2031, Colombia logrará la afiliación universal de las personas catalogadas por encuesta SISBEN en los grupos A y B al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- A 2031, Colombia reducirá en un 6% la concentración de la riqueza en el 10% de población con mayores ingresos (Línea de base: 63,9%. 2020).
- A 2031, Colombia incrementará el 12,5% de riqueza en el 50% de la población más pobre (Línea de base: 4,6%. 2020)

### ***FIN 3. Reducir la Mortalidad Evitable y su Impacto en los Años de Vida Perdidos, así como la Morbilidad y Discapacidad Evitables y su Impacto en los Años De Vida Saludables***

El Sistema de Salud colombiano tiene como propósito garantizar el ejercicio del derecho fundamental a la salud a través de sus funciones esenciales y las acciones con otros sectores. En este proceso el sistema se enfrenta a tensiones sociales,

---

<sup>53</sup> La proyección de estas metas tuvo como referencia las líneas de base de los indicadores relacionados con los estratificadores de desigualdad propuestos en el Observatorio Nacional de Equidad en Salud, y será la hoja de ruta en la evaluación de las desigualdades en salud para los próximos diez años.



económicas, culturales y políticas que en ocasiones limitan su acción, lo cual hace necesario reconocer esas circunstancias para solventarlas de manera concomitante (Cutler, 2006). En estos diez años, a través del PDSP 2022-2031 el sistema de salud se fortalecerá en la estrategia de atención primaria en salud y el modelo de atención integral para el cuidado de la vida y la salud de las personas, lo que permitirá contribuir a una vida saludable y al bienestar, así como a garantizar el acceso, la disponibilidad, calidad y aceptabilidad de los servicios sanitarios que impacten de manera positiva la salud, prevengan la discapacidad o la reduzcan en el caso de enfermedad y contribuyan a reducir la mortalidad evitable y por tanto los años de vida perdidos. Para este fin se plantean las siguientes metas:

- A 2031, Colombia reducirá la mortalidad evitable por todas las causas en menores de 5 años en un 5% (Línea de base: 91,4% mortalidad por causas evitables. 2020)
- A 2031, Colombia reducirá los años de vida ajustados por discapacidad en 3% (AVAD 24,103 x 100.000 hab.) (Línea de base: AVAD 24,450 x 100.000 hab. 2019).
- A 2031, Colombia reducirá la razón de mortalidad materna a 32 muertes maternas por cada 100.000 recién nacidos vivos sanos.
- A 2031, Colombia reducirá en 5% los años de vida potencialmente perdidos. (TAVPP 42,37 por cada 100.000 hab.) (Línea de base: AVPP 44,6 por cada 100.000 hab.).
- A 2031, Colombia aumentará en sobrevida global en 5 años, para cáncer de mama en 7% (Línea de base: 80,8%. 2012), cáncer de cuello uterino en 6% (Línea de base 62,3%. 2012), en cáncer de colon y recto en 4% (Línea de base 54,1%. 2012), 3% en cáncer gástrico (Línea de base: 29,4%. 2012) y leucemias en menores de 18 años en 7% (Línea de base: 75%. 2017).

Para lograr las metas anteriormente presentadas se incidirá en prioridades por cada momento de curso de vida y en prioridades de eventos de interés en salud pública, cuyas metas se presentan en anexo 2 y 3 de este documento.



***Fin 4. Avanzar hacia la Garantía del Goce Efectivo de un Ambiente Sano y la Mejora de la Salud Ambiental Mediante la Protección de los Ecosistemas, la Mitigación de los Efectos del Cambio Climático y la Consolidación de Territorios Saludables Y Sostenibles.***

Los acontecimientos ambientales relacionados con la emergencia climática en años recientes, han puesto de manifiesto la necesidad de abordar la relación bidireccional entre ambiente y salud desde una mirada más integradora, en la que se reconozca que no sólo los factores ambientales determinan la salud humana, sino que las prácticas humanas y los modos de vida influyen positiva o negativamente el ambiente, los ecosistemas, otras formas de vida y la biodiversidad. La mayoría de causas relacionadas con el cambio climático tiene que ver con la intervención y evolución de la especie humana (Climático, 2015); de este modo la incorporación de modelos de desarrollo y económico enmarcados en el exceso de consumo ha exigido que se sacrifiquen ecosistemas naturales para garantizar estándares económicos y sociales cada vez menos sostenibles (Ambiental, 2015).

Asimismo, la integridad e interdependencia entre la salud ambiental, la salud humana y la salud animal, invita a un cambio en el paradigma de la perspectiva de la salud pública desde una mirada exclusivamente humana para incorporar explícitamente el cuidado y protección del ambiente y de los animales (Rabinowitz & Conti, 2013). Es así como, la salud pública debe reconocer estas circunstancias y desarrollarse en el ámbito de la responsabilidad ética de la especie humana sobre el equilibrio natural de los ecosistemas, la supervivencia de otras especies y por lo tanto de la vida planetaria. Por ello, el PDSP 2022-2031 en estos diez años impulsará a través de la agenda nacional e intersectorial, políticas, estrategias y acciones sobre el cuidado de los ecosistemas, la preservación y cuidado de los animales, plantas y especies de vida necesarias para conservar la biodiversidad y



desarrollar la agenda para limitar el calentamiento global y avanzar en el enfoque de Una Salud.

Para este fin se plantean las siguientes metas relacionadas con la gestión para la mitigación de los efectos del cambio climático <sup>54</sup>:

- A 2031 Colombia aumentará la implementación de sistemas productivos agropecuarios priorizados que implementen iniciativas para la adaptación al cambio climático.
- A 2031 Colombia tendrá implementada la estrategia climática a largo plazo de Colombia E2050.
- A 2031 Colombia tendrá un sistema de salud con cero residuos relacionados con los procesos de atención (Línea de base 37%. 2020).

## **Principios**

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

### ***Dignidad***

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

### ***Progresividad***

Implica el incremento gradual de los derechos en salud para lograr su pleno cumplimiento evitando retrocesos sobre lo ya logrado. Representa la ampliación

---

<sup>54</sup> La concreción de las metas y estrategias para alcanzar dichas metas, se realizará en el marco de la Comisión Intersectorial de Salud Pública o la instancia que establezca la Nación para cumplir con dicho propósito.



gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías en salud, la mejora en su prestación, la ampliación de la capacidad instalada del sistema de salud y el mejoramiento del talento humano, así como la reducción gradual y continua de barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas y tecnológicas que impidan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud (Literal g artículo 6, Ley 1751 de 2015).

### ***Equidad***

Es la ausencia de diferencias injustas y evitables entre grupos social, económica, demográfica o geográficamente constituidos. Implica que cada persona puede alcanzar su máximo potencial de desarrollo y que ninguna persona debería estar en desventaja de alcanzarlo debido a su posición social, raza o etnia o a otros factores socialmente determinados. Para ello, es necesaria la adopción de políticas públicas dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud y la superación de desigualdades en salud en personas de escasos recursos, de los grupos en vulnerabilidad por situación, condición, pertenencia étnica, identidad y de los sujetos de especial protección (Literal c, artículo 6, Ley 1751 de 2015).

### ***Justicia Social y Distributiva***

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

### ***Prevalencia del Interés General***

Es el predominio de los intereses y objetivos generales y públicos, por encima de los particulares y privados, como elemento esencial y definitorio del Estado Social de Derecho, tal y como lo define la Constitución.

### ***Inclusión***



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

### ***Transparencia***

Implica que los componentes del Plan Decenal de Salud Pública y su implementación sean más comprensibles y susceptibles de escrutinio para todos los actores involucrados directa o indirectamente, que permita reforzar el carácter democrático del Plan y la confianza de la ciudadanía.

### ***Integralidad***

Entendida como el conjunto articulado y comprensivo de acciones individuales y colectivas en el continuo de la atención integral en salud desarrolladas en el marco del Plan Decenal de Salud Pública.

## **Ejes Estratégicos del PDSP 2022-2031**

Los ejes estratégicos del PDSP 2022-2031 son las líneas o rutas de gestión de la salud pública, que incluyen: el gobierno y la gobernanza de la salud pública; la gestión intersectorial de los determinantes sociales de la salud; la gestión integral de la atención primaria en salud; la gestión integral del riesgo en salud pública, la gestión del conocimiento para la salud pública, y la gestión y desarrollo del talento humano para la salud pública.

La gestión de los ejes estratégicos, permitirá el fortalecimiento de la autoridad sanitaria, con el fin de contribuir al logro de los fines del plan y alcanzar la visión deseada para los próximos diez años en materia de salud pública. Es así, como



cada eje contribuye ponderadamente<sup>55</sup> con el logro de los fines, acorde con el marco de acción definido en el objetivo, alcance y elementos orientadores de cada eje. El porcentaje de la contribución por eje a los fines del plan, se presenta a continuación:

Tabla 1.

*Ejes estratégicos y su relación con los fines del PDSP 2022-2031*

Fines del PDSP	Eje estratégico	Ponderación final (%)
<b>Fin 1:</b> Avanzar hacia la garantía del derecho fundamental a la salud mediante la acción intersectorial y de la sociedad en su conjunto para la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud.	Gobierno y Gobernanza de la Salud Pública	25
	Gestión Intersectorial de los Determinantes Sociales de la Salud	30
	Gestión Integral de la Atención Primaria en Salud	15
	Gestión Integral del Riesgo en Salud Pública	10
	Gestión del Conocimiento para la Salud Pública	10
	Gestión y Desarrollo del Talento Humano en Salud Pública	10
<b>Fin 2.</b> Avanzar hacia la mejora de las condiciones de vida, bienestar y calidad de vida de los habitantes del territorio colombiano mediante la reducción de desigualdades sociales en salud entre grupos socialmente constituidos.	Gobierno y Gobernanza de la Salud Pública	10
	Gestión Intersectorial de los Determinantes Sociales de la Salud	30
	Gestión Integral de la Atención Primaria en Salud	20
	Gestión Integral del Riesgo en Salud Pública	10
	Gestión del Conocimiento para la Salud Pública	20
	Gestión y Desarrollo del Talento Humano en Salud Pública	10
<b>Fin 3.</b> Reducir la mortalidad evitable y su impacto en los años de vida perdidos, así como la morbilidad y discapacidad evitables y su impacto en	Gobierno y Gobernanza de la Salud Pública	10
	Gestión Intersectorial de los Determinantes Sociales de la Salud	10
	Gestión Integral de la Atención Primaria en Salud	30
	Gestión Integral del Riesgo en Salud Pública	20

<sup>55</sup> Ponderación realizada a través de consenso de expertos al interior del equipo de formulación del PDSP 2022-2031



los años de vida saludables.	Gestión del Conocimiento para la Salud Pública	10
	Gestión y Desarrollo del Talento Humano en Salud Pública	20
Fin 4. Avanzar hacia la garantía del goce efectivo de un ambiente sano y la mejora de la salud ambiental mediante la protección de los ecosistemas, la mitigación de los efectos del cambio climático y la consolidación de territorios saludables y sostenibles.	Gobierno y Gobernanza de la Salud Pública	20
	Gestión Intersectorial de los Determinantes Sociales de la Salud	20
	Gestión Integral de la Atención Primaria en Salud	30
	Gestión Integral del Riesgo en Salud Pública	5
	Gestión del Conocimiento para la Salud Pública	15
	Gestión y Desarrollo del Talento Humano en Salud Pública	10

Fuente: Elaboración propia

Esta ponderación de los ejes por cada fin, permitirá a los actores de la gestión de la salud pública, reconocer la relación entre las estrategias y acciones implementadas en sus territorios y el logro de los fines.

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

***Eje estratégico 1: Gobierno y Gobernanza de la Salud Pública***

La salud pública y su complejidad requiere múltiples capacidades para responder a las necesidades, aspiraciones y demandas crecientes de la población, no solo desde la perspectiva de eventos de enfermedad prevalente, emergente y reemergente, sino desde las posibilidades de mantener la salud y prevenir condiciones que la afecten negativamente. Se relaciona con un conjunto de políticas públicas y acciones de múltiples actores orientadas al mejor nivel de salud posible



(derecho a la salud) como base del bienestar y la calidad de vida individual y colectiva.

Muchas de estas acciones gubernamentales y no gubernamentales parten de agendas globales y locales, con diversos intereses que se encuentran y permiten avanzar —o no— en las metas y resultados establecidos en salud. Por tanto, representan caminos comunes sinérgicos o antagónicos de acuerdo con intereses que deben ser modulados y armonizados buscando impactos positivos en la salud.

La coexistencia de múltiples políticas públicas, orientadas desde diversas perspectivas y sectores, genera tensiones estratégicas y operativas que deben ser analizadas y armonizadas para lograr interacciones efectivas en salud pública. También se identifica fragmentación y duplicidad en la acción en salud pública derivada de diversos campos de actuación, dispersión de lineamientos, multiplicidad de herramientas y arreglos institucionales que deben dialogar y trabajar conjuntamente, para obtener logros en bien de todos/as y de la salud pública.

Los sistemas de salud han consolidado a través del tiempo su función rectora, sustentada en diferentes ordenamientos gubernamentales, que para el caso de Colombia se expresa en una autoridad sanitaria del orden nacional centrada en el Ministerio de Salud y Protección Social como cabeza de este sector administrativo (incluyendo sus entidades descentralizadas); y autoridades subnacionales, que de acuerdo con los mandatos constitucionales, cuentan con importantes competencias y responsabilidades en alcaldías (municipios y distritos) y gobernaciones (departamentos) orientadas a la garantía de la salud y protección social de los pobladores de sus áreas político-administrativas. Un primer reto en materia de gobierno y gobernanza al reconocer este ordenamiento es contar con capacidades locales y nacionales, que, de acuerdo con las particularidades y diferencias propias del país, tanto en territorios como actores, logren la rectoría esperada de la salud pública basada en transparencia, confianza social y democracia participativa.



El abordaje integral de la salud pública se ubica en la estructura de gobierno, ordenada en un conjunto de instituciones públicas que administran y dirigen el Estado colombiano.<sup>56</sup> La comprensión del diseño institucional de gobierno para la salud pública y sus alcances de interrelación es la base del trabajo intergubernamental basado en la legalidad, en el reconocimiento de experticias y de agendas comunes en sus diferentes niveles, y del fortalecimiento de la integración de políticas públicas, de la normativa y la autoridad sanitaria.

El PDSP 2022-2031 hace parte de los instrumentos de política pública que deben garantizar el derecho fundamental a la salud como uno de los fundamentos de los mandatos sociales y de su reconocible interés general. La comprensión de que la salud no es un asunto de ausencia de enfermedad y de la prestación de servicios de salud exclusivamente, sino que sus resultados se relacionan con los determinantes sociales, hace que la perspectiva de gobierno se amplíe a los demás sectores administrativos de la rama ejecutiva del poder público, entendiendo para el alcance de este eje estratégico que el ejercicio de gobierno reconoce relaciones distintas con otros sectores gubernamentales (plano horizontal) como entre niveles nacional, departamental, distrital y municipal (plano vertical); cuyos mandatos y responsabilidades confluyen en garantizar (para el caso sectorial) y aportar (para lo multisectorial) al más alto nivel de salud posible.

La salud pública es transversal a toda la estructura de gobierno, tanto en lo nacional como en lo subnacional, dando sentido a las recomendaciones derivadas de la perspectiva de la salud en todas las políticas. Esto significa que la función rectora de la autoridad sanitaria, además de consolidar de forma permanente su acción sectorial, debe fortalecer la acción conjunta con los demás sectores ejecutivos a nivel nacional; y por su parte, los gobiernos subnacionales, deben fortalecer su ejercicio integrado de gabinete (bajo el liderazgo de alcaldes y

---

<sup>56</sup> Como lo expresa El Departamento Administrativo de La Función Pública, “es importante recordar que el Estado es la forma como la sociedad se ha organizado políticamente para el cumplimiento de unos fines acordados y consensuados, entre ellos la garantía de los derechos. El Estado es diferente del gobierno que es el conjunto de las instituciones que se han dotado de poder político, para que en el marco de esa organización política se garantice el interés general y los derechos” (Función Pública, 2022)



gobernadores), ampliado a todas aquellas instancias gubernamentales que hacen presencia en el territorio y cuya misionalidad se relaciona con entidades centralizadas o descentralizadas, autónomas o no; con incidencia programática. El ejercicio rector en salud pública recoge de igual manera la relación con las demás instancias de ordenamiento del Estado colombiano potenciando aspectos legislativos, judiciales, de control y transparencia, de políticas públicas, planes, programas y proyectos tanto en lo sanitario como en lo no sanitario.

Al ejercicio de la autoridad sanitaria se agrega la gobernanza de la salud pública que se orienta a trascender esta única mirada de gobierno y establecer relaciones en las que se construye con múltiples actores no gubernamentales, una toma de decisiones democrática, participativa, comprometida y legítima. En este sentido, se reconoce que la acción gubernamental tiene límites y que para lograr los mejores resultados en salud es necesaria la acción conjunta con la sociedad civil y de los demás sectores sociales, incluyendo aquellos que trascienden las fronteras territoriales del país, que inciden de distintas formas en las dinámicas de la salud pública, y con los que se construyen acciones supranacionales.

Todos ellos tienen diferentes alcances de acción, múltiples interacciones que al reconocerse permiten la construcción de relaciones, sinergias e interdependencias susceptibles de integrar en la búsqueda de la salud, el bienestar y la calidad de vida de quienes habitan Colombia. Así, tanto el fortalecimiento del gobierno en salud pública, como el avance hacia una gobernanza consolidada hacen parte de los ejes estratégicos que establecen la acción para los próximos diez años en el marco del PDSP 2022-2031.

**Alcance del Eje Estratégico.** La salud pública, en tanto bien común relacionado con la calidad de vida, el bienestar, los derechos y la equidad, cuenta con una estructura y funcionalidad de gobierno que debe fortalecerse a sí misma y procurar avances significativos hacia una gobernanza democrática y colaborativa



que apalanque sus resultados, sus respuestas sociales y consolide su gobernabilidad y legitimidad.

El eje se centra en el reconocimiento y organización estratégica del gobierno y la gobernanza de la salud pública y su valor en la implementación del PDSP 2022-2031 desde relaciones intergubernamentales fortalecidas, interacciones colaborativas en los niveles subnacionales, nacional y supranacional, participación social y ciudadana empoderada y diversa, acciones conjuntas dirigidas a la equidad y garantía del derecho a la salud, y ejercicios significativos de transparencia, confianza social y rendición de cuentas.

Tabla 2.

*Eje 1. Gobierno y Gobernanza de la Salud Pública*

Objetivo del Eje	Meta del eje
Fortalecer la gobernanza democrática y colaborativa y el gobierno multinivel de la salud pública, mediante el desarrollo de capacidades institucionales y sociales y la construcción de configuraciones territoriales que respondan a contextos diversos y apalanquen los procesos de toma de decisiones y de acción colectiva liderados por el Estado con amplia participación e interacción de actores estratégicos, sistemas administrativos, organizaciones sociales y de la ciudadanía.	<p>A 2031, Colombia habrá formulado e implementado una hoja de ruta para el fortalecimiento de la gobernanza de la salud pública.</p> <p><b>Indicador:</b> Porcentaje de implementación de la ruta de trabajo para el fortalecimiento de la gobernanza de la salud pública</p>
Elementos Orientadores	Meta del elemento orientador
1. Regulación y Legalidad para el Ejercicio del Gobierno y la Gobernanza de la Salud Pública	<p>A 2031, Colombia habrá armonizado y simplificado el ordenamiento jurídico en materia de salud pública</p> <p>- Generación de coherencia interna y simplificación del ordenamiento jurídico en materia de salud pública</p> <p>- Desarrollo de procesos de armonización de regulaciones gubernamentales multinivel</p> <p>- Adecuación regulatoria para el gobierno y la gobernanza de la salud pública que le brinde legitimidad y sostenibilidad.</p>



2. Generación y Adecuación de Arreglos Institucionales para el Gobierno y la Gobernanza de la Salud Pública	A 2031, se habrán fortalecido las capacidades de gobierno y gobernanza de la salud pública en el 100% de las entidades que ejercen la rectoría sanitaria.  A 2031, el país contará con arreglos institucionales nacionales y subnacionales que consolidan la autoridad sanitaria y la gobernanza democrática y colaborativa en salud pública	- Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y la rectoría en salud pública.  - Adecuación de los arreglos institucionales de gobierno y de gobernanza de acuerdo con los contextos territoriales y poblacionales diferenciales
3. Desarrollo de la Gestión Democrática y Colaborativa de la Salud Pública en Territorio mediante la Participación Social y Ciudadana en la Gobernanza de la Salud Pública	A 2031, las Entidades Territoriales habrán fortalecido las instancias de participación social y comunitaria para la incidencia colectiva en las decisiones y acciones conjuntas en salud pública.	- Fortalecimiento de capacidades territoriales y sociales requeridas para la gestión de la gobernanza democrática en salud pública  - Fortalecimiento de la pluralidad participativa, organizada, dinámica y de interacción de acuerdo con los contextos territoriales y sociales.
4. Fortalecimiento de la Transparencia y Confianza en la Acción Pública y Conjunta en Salud.	A 2031, Colombia ha fortalecido e implementado mecanismos de gobierno abierto en salud, mediante el acceso a la información de salud pública, tanto sectorial como derivada de los acuerdos intersectoriales y sociales resultantes de las estrategias y acciones a implementar en los próximos diez años	- Gobierno abierto como soporte de los procesos, decisiones y espacios colaborativos de gobierno y gobernanza en salud pública  - Fortalecimiento de la rendición de cuentas en salud pública con alternativas adaptadas y apropiadas según los diferenciales poblacionales y territoriales  - Consolidación de mecanismos para el control de intereses

A continuación, se presenta la descripción de cada uno de los elementos orientadores y estrategias referidos anteriormente:



**Elementos Orientadores.** El eje estratégico de gobierno y gobernanza de la salud pública se desarrollará de acuerdo con los siguientes elementos, que dan cuenta del alcance y objetivo, e incorporan las estrategias y acciones.

***Elemento Orientador 1: Regulación y Legalidad para el Ejercicio del Gobierno y la Gobernanza de la Salud Pública.*** El fortalecimiento del gobierno y la gobernanza de la salud pública requiere de un marco regulatorio que brinde soporte, claridad y respaldo a la acción colectiva requerida para llegar a los resultados buscados, con una explícita supremacía del interés colectivo, estructurante de los fines del Estado, sobre cualquier interés particular cuya acción afecte la salud de los habitantes del territorio colombiano. Debe consolidar la comprensión de que dañar el interés común afecta los intereses particulares y por ende es necesario trabajar por una adecuada alineación.

Se reconoce que el país cuenta con múltiples desarrollos normativos y de política pública que sustentan el qué hacer de la salud pública; algunos con compromisos explícitos realizables en los próximos años. Se entiende entonces que es necesaria una agenda estructurada de consolidación, armonización y renovación de la regulación existente, que brinde consistencia y fortaleza a la operación funcional de la autoridad sanitaria y de una gobernanza en la que se optimicen las relaciones y la cogestión.

El marco de legalidad de la salud pública, no solo se refiere a lo emitido en el sector de salud y protección social, sino que incluye todo aquello que define las obligaciones públicas para con los sujetos individuales y colectivos; los contenidos de derechos y políticas públicas y la protección de la salud y el bienestar.

Estrategias del elemento orientador 1:

- ***Generación de Coherencia Interna y Simplificación del Ordenamiento Jurídico en Materia de Salud Pública.*** Son múltiples los avances normativos y de política pública relacionados con la salud de las poblaciones y sus determinantes sociales que se han emitido en los últimos años, que se



encuentran en implementación y que surgen a partir de los compromisos de país adquiridos. Esto unido a los marcos constitucionales, estatutarios, jurisprudenciales producen una estructura regulatoria y de legalidad que debe ser analizada en términos de los fines propuestos, de los mandatos y responsabilidades asignados, de sus alcances y contenidos, procesos y procedimientos involucrados, utilización de recursos, mecanismos de control; a fin de establecer las adecuaciones requeridas para facilitar la acción de la autoridad sanitaria (nacional y subnacional), garantizar su efectividad y fortalecer la gobernanza. Colombia viene avanzando en la simplificación normativa, sin embargo, se considera que debe fortalecerse la coherencia interna, eliminar las contradicciones, duplicidades, suplir vacíos, integrar intencionalidades, temáticas, procesos y garantizar la seguridad jurídica de la salud pública. Este ejercicio mostrará además las necesidades adicionales que consoliden el ordenamiento jurídico de la salud pública. La estrategia se desarrolla mediante: revisión y análisis integral del ordenamiento regulatorio de la salud pública; elaboración de la agenda de ajuste regulatorio; producción de la regulación requerida y desarrollo de los instrumentos para una mejora continua de la regulación en salud pública que acompañe el ciclo de política del PDSP 2022-2031.

- ***Desarrollo de Procesos de Armonización de Regulaciones Gubernamentales Multinivel.*** Los diferentes niveles gubernamentales producen regulaciones que deben ser armónicas para la implementación del PDSP 2022-2031 y avances significativos en salud pública. El Plan se ejecuta en el marco de varios planes de desarrollo, planes sectoriales, planes territoriales, políticas públicas, planes y lineamientos temáticos que terminan, que continúan y que aparecen, lo que requiere un trabajo continuo de armonización de regulaciones gubernamentales. Las realidades territoriales específicas exigen que la regulación sea armónica y responda a sus contextos, con políticas y normas que aporten a la salud pública sostenible; y con ejercicios de gobernanza y gobernabilidad que se consolidan y



reconocen la fuerza de un quehacer colectivo abierto, participante, empoderado y sostenible. La producción continua de normas y políticas públicas, los procesos de seguimiento y evaluación de estas deben aportar para fortalecer la armonización regulatoria, que implica no solo revisar estas relaciones en su formulación, sino también acompañar todo el ciclo de política, en un proceso de permanente diálogo, adopción y adaptación.

Las acciones principales se relacionan con: Desarrollo de acuerdos intergubernamentales para la armonización regulatoria en salud pública; fortalecimiento de los mecanismos de armonización regulatoria en salud pública; y desarrollo de mecanismos de verificación intergubernamental conjunta de la armonización regulatoria en salud pública

- ***Adecuación Regulatoria para el Gobierno y la Gobernanza de la Salud Pública que le Brinde Legitimidad y Sostenibilidad.*** Las exigencias actuales en salud pública, lo acontecido durante la pandemia de Covid – 19, sus desafíos, la innovación global y local, y avanzar significativamente en gobernanza y gobernabilidad exige que la regulación fortalezca la cogestión democrática en los próximos 10 años. Esto implica que los desarrollos regulatorios que se den en concordancia con el PDSP 2022-2031 sean legítimos y sostenibles. Avanzar hacia una gobernanza y gobernabilidad fortalecidas requiere contar con espacios de legalidad y reconocimiento explícitos. Es necesario establecer gobiernos (nacionales, subnacionales y propios) comprometidos con la salud pública, legítimos, confiables, con capacidad de respuestas coherentes acorde a sus contextos, con políticas que aportan a la salud pública sostenibles; y con ejercicios de gobernanza y gobernabilidad que se consolidan y reconocen la fuerza de un quehacer colectivo abierto, participante, empoderado y sostenible.

El desarrollo de esta estrategia contempla: Revisión y análisis de los mandatos, competencias y responsabilidades a cargo de los diferentes actores gubernamentales en territorio y su alcance de gobierno y gobernanza en salud



pública; revisión y análisis de las instancias, espacios, mecanismos, actores sociales y dinámicas de participación ciudadana, democrática y colaborativa, por niveles de decisión y presencia territorial; y generación de la adecuación regulatoria según niveles de responsabilidad y decisión para establecer los instrumentos necesarios que fortalezcan la gestión de gobierno y gobernanza de la salud pública.

***Elemento Orientador 2. Generación y Adecuación de Arreglos Institucionales para el Gobierno y la Gobernanza de la Salud Pública.*** Un referente central al incorporar un eje de gobierno y gobernanza como un camino estratégico de la acción en salud pública, es el ordenamiento del Estado sus roles y relacionamientos con la sociedad a quien le debe cumplimiento de lo establecido en los contratos sociales. La salud pública, si bien tiene una fuerte raíz en el sistema de salud colombiano, también se trata de lo que sucede en otros sectores administrativos y sociales, que inciden de distintas formas sobre la salud, el bienestar y la calidad de vida de los habitantes del territorio colombiano.

Fortalecer el gobierno y la gobernanza de la salud pública implica reconocer la institucionalidad estatal y social, comprender su ordenamiento funcional, relacional; sus roles, su participación diversa a lo largo del país, sus capacidades, sus líneas de poder y decisión; sus aportes y activos sociales presentes cotidianamente en la vida y relaciones (más allá de un explícito reconocimiento) y proceder a resignificarlos y transformarlos para facilitar que las acciones en salud pública logren los resultados esperados.

Transformar los arreglos existentes reconocen la necesidad de gobiernos legítimos con capacidades de liderazgo, de cogestión, de relaciones en red que mitiguen las barreras derivadas de concepciones y operaciones rígidas, basadas en especializaciones que fortalecen micropoderes, o en hegemonías que subvaloran los saberes, capacidades y aportes significativos de diferentes grupos sociales que hacen parte de una institucionalidad amplia. Se debe buscar una acción en salud pública más eficiente, que visibilice los lugares comunes donde el trabajo



colaborativo, sinérgico y socialmente potenciado sea posible y encuentre caminos expeditos para su realización.

Estrategias del elemento orientador 2:

- ***Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria y la Rectoría En Salud Pública.***

La autoridad sanitaria debe establecer la visión estratégica nacional y subnacional para la salud pública en términos de los arreglos institucionales requeridos para cumplir con lo establecido; gestionar la agenda gubernamental sectorial e intersectorial desde la alineación de la acción en salud pública de cada entidad responsable y la aplicación de las indicaciones dadas en el territorio bajo su jurisdicción. Su liderazgo activo debe ser fortalecido tanto en los ámbitos sectoriales como en las gestiones que se deben adelantar con los sectores y actores para posicionar un actuar compartido en salud pública. Estos procesos y el cumplimiento de los mandatos y responsabilidades asignados requieren de contar con capacidades permanentes para la dirección del sistema de salud, la ejecución de las acciones colectivas, la gestión integral de la salud pública, su sostenibilidad financiera, su integración con otros programas y servicios, sanitarios y sociales, entre otras funciones relacionadas con la rectoría. El análisis de la situación de salud y el ordenamiento programático necesario para atenderla es esencial para que la autoridad sanitaria cumpla a cabalidad con su rol. Debe adelantar de manera específica, la adecuación de las acciones en salud pública a sus diferenciales poblacionales y territoriales. La diversidad de quienes tienen a su cargo la garantía de la salud poblacional en sus territorios exige que en el marco del PDSP 2022-2031 se establezcan sus condiciones operativas, los logros en salud y la agenda pendiente derivada no solo del Plan Territorial de Salud en ejecución, sino también la incidencia de los determinantes sociales en contextos particulares y los retos derivados de la pandemia de Covid-19. Se requiere un fortalecimiento integral de sus capacidades en el que concurran no solo el apoyo permanente sectorial, sino también de aquellas entidades e instancias



responsables de los sistemas de gestión, mejoramiento continuo, asistencias técnicas, transferencia de conocimiento, entre otros.

Sus acciones se orientan al fortalecimiento de las capacidades de gobierno y gobernanza de la salud pública en las entidades que ejercen la rectoría sanitaria; así como al fortalecimiento de los espacios de participación e incidencia de la autoridad sanitaria gubernamentales y no gubernamentales para la generación de arreglos institucionales en favor de la salud pública.

- ***Adecuación de los Arreglos Institucionales de Gobierno y de Gobernanza de Acuerdo con los Contextos Territoriales y Poblacionales Diferenciales.*** Las condiciones gubernamentales de la salud basadas en una descentralización político – administrativas en la que la implementación local es la estructura fundamental de los logros en salud requiere de relaciones intergubernamentales multinivel que superen la fragmentación, la duplicidad, los déficits de capacidades y se fundamenten en el fortalecimiento de la coordinación, la concurrencia, la subsidiariedad y la colaboración sistemática. El gobierno nacional y los gobiernos subnacionales cuentan con múltiples organizaciones responsables de cumplir con mandatos específicos, que comprenden entidades adscritas y vinculadas, otras autónomas, centralizadas o descentralizadas; cuyas actuaciones se amplían a espacios, mecanismos e instancias de trabajo conjunto del orden intersectorial, sean comisiones, consejos, comités, sistemas administrativos, que permiten de distintas formas aportar a trabajos compartidos, colaborativos, de coordinación, en muchos de los cuales la autoridad sanitaria es parte constitutiva.

Todos ellos deben ser aprovechados para incidir en agendas conjuntas que posicionen la salud pública y la intervención positiva de los determinantes sociales de la salud. La presencia activa de estos espacios, mecanismos e instancias en los territorios es diferente y por ende requiere que cada autoridad



sanitaria establezca los actores presentes, su misionalidad, su oferta programática, su incidencia y compromiso, sus intereses, sus aportes (mapa de activos sociales) y establezca una agenda común que incorpore la salud en todas las políticas, se soporte en la armonización de políticas públicas, con un desempeño idóneo de sus responsabilidades y competencias con puentes de relación y de interacción. Que proponga y desarrolle las relaciones intergubernamentales y sociales que potencien relaciones vinculantes en favor de la salud pública. Este ordenamiento que complementa y fortalece la acción específica de cada sector, no debe competir, debe fortalecer relaciones interdependientes, en redes dinámicas de colaboración, base de nuevos arreglos institucionales orientados a un mejor gobierno y a una gobernanza consolidada y sostenible.

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

Las acciones relacionadas con esta estrategia son: Reconocimiento de la institucionalidad estatal y social, su ordenamiento funcional y relacional, su participación en salud pública y el mapeo de los activos sociales diferenciales y en territorio; armonización de las políticas públicas y demás instrumentos relacionados con énfasis en la planeación y la gestión de la salud pública con las adaptaciones institucionales que se deriven; aplicación de las adaptaciones institucionales al ordenamiento de decisión y acción requeridos para el ejercicio de gobierno y gobernanza de la salud pública.

***Elemento Orientador 3: Desarrollo de la Gestión Democrática y Colaborativa de la Salud Pública en Territorio mediante la Participación Social y Ciudadana en la Gobernanza de la Salud Pública.*** El PDSPS 2022-2031 se enmarca en el reconocimiento de Colombia como un Estado Social de Derecho y democrático, en el que el constituyente primario es el pueblo. A esto se une que la salud pública requiere e incorpora una comprensión basada en que los resultados



en salud, bienestar y calidad de vida hacen parte de una apuesta social en la que la totalidad de actores y sectores confluyen en su materialización como expresión concreta del goce efectivo de derechos humanos y planetarios convergentes e interdependientes.

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

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

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

Como parte de este eje estratégico y asumiendo su transversalidad en la salud pública, se asume la participación como un derecho fundamental que se



materializa de distintas formas y en diferentes contextos.<sup>57</sup> Significa que la gobernanza-gobernabilidad de la salud pública exige y requiere de más oportunidades de incidencia en las decisiones de carácter público para la salud, es fortalecer una cultura consolidada para la vida y la salud basada en lo común y en lo diverso. Se trata de la participación democrática<sup>58</sup> que le de soporte a los ejercicios de cogestión en el marco de la gobernanza de la salud pública.

Se relaciona con la legitimidad y la gobernabilidad y establece un marco de actuación que permite la consolidación de procesos de participación informada, incluyente, estable, continua y empoderada de la sociedad civil y la ciudadanía según los contextos territoriales y perspectiva de derechos.

Estrategias del elemento orientador 3:

- ***Fortalecimiento de Capacidades Territoriales y Sociales Requeridas Para la Gestión de la Gobernanza Democrática en Salud Pública, en Términos de Toma de Decisiones Basada en Acuerdos Conjuntos Derivados de los Objetivos Comunes en Salud Pública y los Resultados de Valor Público.*** Hace referencia a la implementación de procesos, reglas de relación, operación, mecanismos de control y convergencia en resultados y acción conjunta que permitan la cogestión participativa en salud pública; así como al intercambio colaborativo de conocimiento, recursos, sinergias y capacidades con perspectiva de activos sociales en salud pública.

---

<sup>57</sup> “El marco democrático participativo, como elemento esencial de la Constitución de 1991, hace referencia a las bases fundacionales que en ella se encuentran contenidas en lo relativo al ejercicio de la participación política que conduce a la realización del principio democrático en el proceso decisorio del Estado colombiano. Es decir, el marco democrático participativo está compuesto por los elementos normativos a partir de los que se establece quiénes y en qué condiciones cuentan con la posibilidad de participar en la sociedad política que toma las decisiones de razón pública en el marco jurídico del Estado colombiano” Corte Constitucional. 2014. Sentencia C-577 de 2014.

<https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/listados/tematica2.jsp?subtema=29851&cadena=&msclid=5b43c45bd06e11ecb7a7d1cc9921760f>

<sup>58</sup> La participación democrática es un derecho-deber, toda vez que le concede al ciudadano la facultad y a la vez la responsabilidad de hacerse presente en la dinámica social que involucra intereses colectivos. Esa facultad no se circunscribe a los procesos propiamente políticos, y su ejercicio debe estar adecuadamente garantizado, pues así lo exigen las mismas normas superiores. Esta comprensión se manifiesta tanto en la elección de representantes como en los mecanismos de participación ciudadana. Corte Constitucional. 2016. Sentencia C-379 de 2016. <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/listados/tematica2.jsp?subtema=29851&cadena=&msclid=5b43c45bd06e11ecb7a7d1cc9921760f>



- **Fortalecimiento de la Pluralidad Participativa, Organizada, Dinámica y de Interacción de Acuerdo con los Contextos Territoriales y Sociales Orientada a la Consolidación de la Gobernabilidad, la Legitimidad, la Gestión Integral de la Salud Pública Basada en la Acción Conjunta, Colaborativa y en los Activos Sociales.** Esta estrategia implica: i) Ejecución de la acción colectiva en salud pública basada en interacciones de redes dinámicas de gobierno, instancias multisectoriales, organizaciones sociales y ciudadanas, y demás actores estratégicos, en configuraciones territoriales que reconocen la diversidad y los alcances particulares de la salud pública; ii) Desarrollo de procesos de participación social y ciudadana, empoderamiento social y organizativo que fortalezcan la incidencia colectiva en las decisiones y acciones conjuntas en salud pública, disponiendo los mecanismos necesarios para que las personas que por su situación, condición, pertenencia étnica e identidad se encuentran en desventaja para participar, logren hacerlo; y iii) Implementación de mecanismos de corresponsabilidad social que apalanquen la acción conjunta.

**Elemento Orientador 4: Fortalecimiento de la Transparencia y Confianza en la Acción Pública y Conjunta en Salud.** Trabajar de forma colaborativa en salud pública, lograr compromiso y empoderamiento social requiere estrategias que prevengan y superen las evidencias y percepciones de corrupción en la gestión de la salud y en particular de la salud pública. El PDSP 2022-2031 busca avanzar en consolidar procesos de transparencia y el incremento de la confianza social entre actores y sectores, como base fundamental de contar con buenos gobiernos y gobernanzas reconocidas. Para esto es necesario que se fortalezcan varios de los mecanismos que se ubican en el marco de definiciones en proceso de implementación en el país y con avances no solo en el sector salud, sino en general en la totalidad de la estructura del Estado.

Estrategias del elemento orientador 4:



- ***Gobierno Abierto como Soporte de los Procesos, Decisiones y Espacios Colaborativos de Gobierno y Gobernanza en Salud Pública.*** El gobierno abierto<sup>59</sup> establece que todos los participantes del gobierno colombiano deben adelantar las acciones institucionales necesarias para luchar contra la corrupción y trabajar por la transparencia. El PDSP 2022 – 2031 busca trabajar por fortalecer los mecanismos de gobierno abierto, mediante el acceso a la información de salud pública, tanto sectorial como derivada de los acuerdos intersectoriales y sociales resultantes de las estrategias y acciones a implementar en los próximos diez años. La disponibilidad de información requiere de adaptaciones que garanticen la inclusión diferencial de los sujetos de derecho y la ciudadanía en general. El Gobierno Abierto en salud pública requiere de desarrollo de capacidades organizacionales, territoriales y sociales de conocimiento, de análisis e interpretación de indicadores, de participación en el seguimiento y evaluación de lo acordado, de las metas y resultados esperado en salud pública, de acuerdo con las particularidades de cada contexto. Implica el fortalecimiento de los sistemas de información y su interoperabilidad, el alfabetismo digital, y la mejora en la calidad, oportunidad y acceso real. Debe reconocer la interculturalidad y avanzar a la incorporación de saberes y aproximaciones diversas a la información, a las maneras de medir. Debe permitir diferentes niveles de decisión, de acompañamiento a la autoridad sanitaria, al trabajo intersectorial y a la gobernanza en salud pública; la participación ciudadana y sus mecanismos propios de control.

La estrategia se desarrolla a través del fortalecimiento de los mecanismos de gobierno abierto en salud pública de acuerdo con los diferenciales poblacionales y territoriales; y con el desarrollo de capacidades institucionales y sociales para la interacción con el gobierno abierto.

---

<sup>59</sup> De acuerdo con la función pública corresponde a una “política de gobierno que promueve y garantiza el acceso a la información para fortalecer la transparencia y la participación ciudadana en la gestión y control de lo público” Gobierno Abierto - Glosario - Función Pública ([funcionpublica.gov.co](http://funcionpublica.gov.co))



- **Fortalecimiento de la Rendición de Cuentas en Salud Pública con Alternativas Adaptadas y Apropriadas Según los Diferenciales Poblacionales y Territoriales.** En rendición de cuentas es otro campo en el que Colombia cuenta con avances muy relevantes y el PDSP 2022-2031 se apalanca en ellos para fortalecer su gestión. Es una obligación del Estado y se trata de

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

Se espera que la rendición de cuentas en salud pública vaya más allá de una obligación y un ejercicio de cumplimiento legal, para convertirse en un proceso de diálogo social, que genera confianza, empoderamiento de todos los participantes, que en la medida en que se logran trabajos colaborativos y acción colectiva, sea un compromiso de todos mostrar los resultados, el desempeño, revisar necesidades y respuestas, en definitiva, producir valor público de forma permanente. Se apalanca en el gobierno abierto y debe garantizar la mayor inclusión posible. La rendición de cuentas se basa en esfuerzos comunicativos que faciliten la interacción, el mejoramiento continuo y el despliegue oportuno de acciones correctivas.

Sus acciones se centran en: i) Generación de espacios interactivos de análisis de avances de resultados en salud pública, del desempeño institucional y social y la retroalimentación ciudadana continua; ii) Adecuación administrativa y tecnológica



para la consolidación de la rendición de cuentas en salud pública; y iii) Desarrollo de mecanismos dinámicos e incluyentes de rendición de cuentas en salud pública basados en adecuaciones según los diferenciales locales de disponibilidad, acceso, consulta, uso y retroalimentación de información y conocimiento.

- **Consolidación de Mecanismos para el Control de Intereses.** Los procesos de política pública se relacionan con la concurrencia de múltiples intereses, siempre presentes en las dinámicas sociales. Para el fortalecimiento de la transparencia se hace necesario que la gestión de la salud pública explicita en relación con los actores y sectores, todas aquellas motivaciones que se presentan, algunas de ellas a favor de la salud pública y otras que pueden ser contradictorias. También es claro que varios de los territorios en Colombia se enfrentan a situaciones de intereses no legítimos que generan conflictos sociopolíticos y se convierten en contextos problemáticos para un adecuado ejercicio de la autoridad sanitaria y la confluencia propositiva, sinérgica y pacífica en fines comunes. Si bien se trata de situaciones que requieren acciones de mediano plazo, es necesario que los territorios adelanten análisis de actores involucrados e intereses presentes, y propongan, consoliden y transformen mecanismos de control de intereses que afecten la transparencia y la confianza en las medidas y acciones que se adelanten en salud pública. Esto también implica que se fortalezcan las funciones de inspección, vigilancia y control en los territorios con el concurso de las diferentes entidades sectoriales, intersectoriales y organismos de control.

La estrategia se despliega mediante: i) Desarrollo de acciones basadas en control social y orientadas al cuidado de la salud pública, integridad en la gestión y uso de recursos; ii) Análisis permanentes de los intereses y prácticas que debilitan la transparencia en salud pública como base de actuaciones concretas y conjuntas que incrementen la confianza social; iii) Fortalecimiento de las funciones de inspección, vigilancia y control en los territorios con el concurso de



las diferentes entidades sectoriales, intersectoriales y organismos de control, apoyados en canales de denuncia ciudadana

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

El papel preponderante de los determinantes sociales estructurales e intermedios de la salud, la equidad, el bienestar y la calidad de vida de los individuos, las familias y los colectivos (Braveman, Egerter, & Williams, 2011; Braveman & Gottlieb, 2014) demanda acciones que superan el sector salud y que requieren de la articulación y confluencia organizada de múltiples actores y sectores con una visión conjunta para la formulación, financiación, implementación y evaluación de políticas públicas dirigidas a intervenir los determinantes de los problemas sanitarios y de las inequidades en salud.

Se requiere así de la acción intersectorial, entendida esta como el trabajo sistemático, coordinado, articulado e integrado entre actores y sectores gubernamentales y no gubernamentales, incluyendo la sociedad civil organizada y comunidades, que implica concertación, distribución y asignación de recursos y capacidades técnicas entre los sectores, (Díez, Camprubí, & Ferrelli, 2015) con el objetivo de formular, financiar, implementar y evaluar intervenciones conjuntas que permitan transformaciones económicas, sociales, culturales y ambientales para impactar positivamente en el bienestar, la calidad de vida y la equidad en la población para alcanzar una buena salud.

Desde la declaración “salud para todos” de Alma Ata en 1978, el sector salud ha liderado iniciativas que buscan la confluencia intersectorial como elemento clave para alcanzar el nivel más alto de salud para todos. Esta apuesta ha sido ratificada en la carta de Ottawa sobre promoción de la salud en 1986; y más recientemente, en el enfoque de “Salud en todas las políticas” de 2013 (Kershaw, 2018; WHO, 2013). Este último busca, desde un enfoque de derechos en salud, que las políticas propuestas en todos los sectores, y en especial en aquellos relacionados con los



determinantes sociales de la salud, identifiquen las implicaciones en salud de las decisiones, establezcan sinergias entre sectores y eviten impactos sanitarios adversos para mejorar la salud y la equidad en las poblaciones (WHO, 2013). La implementación de este enfoque ha llevado al reconocimiento de que la multidimensionalidad y la complejidad de los procesos que producen salud requieren de abordajes que traspasen el sector salud en el nivel nacional y subnacional, y que trasciendan hacia la acción intersectorial y transectorial.

En coherencia con los avances globales, Colombia ha tenido progresos en relación con la acción intersectorial. En este sentido, la Ley Estatutaria de Salud establece que es responsabilidad del gobierno nacional la implementación de una política social de Estado que permita la articulación intersectorial con el propósito de garantizar los componentes esenciales del derecho, afectando de manera positiva los determinantes sociales de la salud (Congreso de la República, 2015), responsabilidad que se ve materializada en el Plan Decenal de Salud Pública. Asimismo, la Ley 1438 de 2011, estableció que el Plan Decenal de Salud Pública debe contener acciones de coordinación intersectorial entre las instancias del Sistema de Protección Social y otros actores para intervenir positivamente sobre los determinantes sociales de la salud (Congreso de la República, 2011), y dispuso la conformación de la Comisión Intersectorial de Salud Pública—CISP como organismo para la coordinación de acciones intersectoriales en el ámbito nacional, y los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud—CTSSS en el nivel subnacional. De esta forma, el Decreto 859 de 2014 reglamentó la Comisión Intersectorial de Salud Pública como el órgano para el liderazgo de las acciones intersectoriales, la coordinación y el seguimiento de los sectores responsables de la gestión de los determinantes sociales de la salud en el marco del Plan Decenal de Salud Pública (MSPS, 2014).

Desde 2014, la CISP es la instancia de coordinación de acciones intersectoriales encaminadas a intervenir los determinantes sociales de la salud (Decreto 859 de 2014). Y si bien aún existen desafíos importantes, se resaltan los



aprendizajes que sobre la acción intersectorial dejó el afrontamiento de la emergencia social, económica y sanitaria producida por la pandemia por COVID-19, coyuntura que exigió la convergencia de todos los sectores gubernamentales — y de muchos no gubernamentales.

Como instrumento de política para contribuir a la garantía del derecho fundamental a la salud mediante la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud, el PDSP 2022-2031 debe avanzar en el fortalecimiento de la coordinación, articulación e integración de múltiples sectores para la acción intersectorial, así como construir las bases hacia el logro de la transectorialidad para el abordaje de temas sociales transversales a los sectores, en el que se supere su fragmentación y se generen procesos conjuntos de respuesta integrada.

**Alcance del Eje Estratégico.** La incidencia positiva sobre los determinantes sociales de la salud implica el reconocimiento de la transversalidad de la salud pública en toda la estructura del Estado, incluyendo sus órganos de gobierno y sectores sociales.

En tal sentido, el eje estratégico de gestión intersectorial de los determinantes sociales de la salud busca consolidar la coordinación, articulación e integración de actores y sectores gubernamentales y no gubernamentales, incluyendo la sociedad civil organizada y las comunidades, que de manera directa o indirecta influyen sobre los determinantes sociales de la salud para la gestión de políticas públicas participativas, a través del PDSP 2022-2031. El desarrollo de este eje avanza en la implementación de la estrategia salud en todas las políticas, de modo que las iniciativas propuestas en otros sectores gubernamentales en el nivel nacional y subnacional incorporen sistemáticamente la perspectiva de salud.

Los sectores del nivel nacional y subnacional que desarrollan las acciones intersectoriales en el marco de este eje incluyen, pero no se limitan a: los departamentos administrativos y consejerías; los sectores de salud, trabajo,



educación, tecnologías de la información y las comunicaciones, minas y energía, ciencia, tecnología e innovación, hacienda, interior, justicia y derecho, comercio, industria y turismo, agricultura, ambiente, vivienda, transporte, deportes y cultura; el sector privado; la sociedad civil organizada, las instancias de cooperación internacional y la comunidad en general.

Tabla 3.

*Eje 2. Gestión Intersectorial de los Determinantes Sociales de la Salud*

Objetivo del eje		Meta del eje
<p>Consolidar la acción intersectorial para la gestión de políticas públicas participativas y de acción conjunta mediante la coordinación, articulación e integración de actores y sectores gubernamentales y no gubernamentales, incluyendo la sociedad civil organizada y las comunidades, para la intervención positiva de los determinantes estructurales e intermedios de la salud, con el propósito de mejorar las condiciones de vida, la salud, el bienestar y la calidad de vida de la población y avanzar hacia la equidad en salud.</p>		<p>A 2031, Colombia habrá logrado el 100% de las acciones programadas para cada una de las líneas estratégicas del componente intersectorial del PDSP 2022-2031.</p> <p><b>Indicador:</b> Porcentaje promedio de cumplimiento de las acciones realizadas de las líneas estratégicas del componente intersectorial del PDSP 2022-2031.</p>
Elementos Orientadores	Meta del elemento orientador	Estrategias
<p>1. Fortalecimiento de las Instancias de Acción Intersectorial</p>	<p>A 2031, Colombia ha implementado un plan de fortalecimiento de las instancias de acción intersectorial del nivel nacional y subnacional para ejercer sus funciones reglamentarias como instancias articuladoras de la acción intersectorial, así como su articulación con instancias de la planificación territorial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortalecimiento de las instancias de acción intersectorial nacional y subnacional</li> <li>- Articulación de los Consejos Nacionales y Territoriales de Planeación y los Consejos Municipales de Política.</li> </ul>



2. Establecimiento de un Marco para la Planificación y Gestión de la Acción Intersectorial	A 2031, Colombia habrá estructurado e implementado el plan estratégico para la acción intersectorial y transectorial  A 2031, Colombia habrá incorporado el seguimiento y evaluación de la gestión intersectorial al sistema de seguimiento y evaluación del PDSP	<ul style="list-style-type: none"><li>- Articulación para la gestión intersectorial en el nivel nacional y subnacional.</li><li>- Desarrollo de análisis articulados e integrados de los determinantes sociales de la salud.</li><li>- Articulación de los procesos de planeación nacional y subnacional</li><li>- Fortalecimiento de la participación social para la acción intersectorial.</li><li>- Consolidación de la financiación para la gestión intersectorial</li><li>- Seguimiento y evaluación de la gestión intersectorial.</li></ul>
3. Gestión Intersectorial y Transectorial de los Determinantes Estructurales e Intermedios de la Salud a Través de Políticas Públicas Participativas	A 2031, el 100% de las Entidades Territoriales habrán implementado líneas de acción intersectorial para la transformación positiva de los DSS, mediante la gestión de políticas públicas participativas.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Reducción de las vulnerabilidades económicas y sociales.</li><li>- Mejora del empleo, el trabajo y el ámbito laboral</li><li>- Acceso equitativo a educación de calidad para todos.</li><li>- Garantía del derecho a la alimentación adecuada, y la soberanía y seguridad alimentaria y nutricional sostenible.</li><li>- Promoción de ciudades, entornos y ruralidades saludables y sostenibles.</li><li>- Abordaje integral de la salud humana, animal y ambiental</li><li>- Garantía de acceso a saneamiento básico y agua limpia</li><li>- Gestión de medidas para la adaptación y mitigación del cambio climático y sus efectos</li><li>- Gestión integral del riesgo de emergencias y desastres.</li></ul>



- Gestión de medidas para reducir la oferta y acceso a alimentos no saludables, tabaco y alcohol.
- Fomento de políticas entorno a la economía del cuidado.

A continuación, se presenta la descripción de cada uno de los elementos orientadores y estrategias referidos anteriormente:

**Elementos Orientadores.** El eje de gestión intersectorial de los determinantes sociales de la salud orientará la formulación e implementación de políticas públicas con énfasis en los siguientes elementos, que dan cuenta del alcance y objetivo: fortalecimiento de las instancias de acción intersectorial, establecimiento de un marco para la gestión de la acción intersectorial, y gestión intersectorial de políticas públicas participativas en los determinantes sociales estructurales e intermedios de la salud.

***Elemento Orientador 1: Fortalecimiento de las Instancias de Acción Intersectorial.*** La acción intersectorial requiere de instancias sólidas del nivel nacional y subnacional para la articulación, coordinación e integración de actores de sectores gubernamentales y no gubernamentales, la sociedad civil y las comunidades para la acción intersectorial, que propicien espacios para el establecimiento de intereses y acuerdos comunes, así como la definición conjunta de políticas, planes o programas para la gestión de los determinantes sociales de la salud. En tal sentido, este elemento orientador busca que las instancias de acción intersectorial del nivel nacional y subnacional recuperen, consoliden, desarrollen y mejoren su capacidad para ejercer sus funciones reglamentarias como instancias articuladoras de la acción intersectorial, así como su articulación con instancias de la planificación territorial.

En el nivel nacional, la CISP es la encargada de la coordinación y seguimiento de la acción intersectorial en el marco del Plan Decenal de Salud



Pública, y se estableció que en el nivel subnacional esta función estaría a cargo de los CTSSS, que debido a limitaciones de reglamentación no se ha desarrollado plenamente. Adicionalmente, tanto en el nivel nacional como el subnacional existe un grupo importante de espacios y/o comisiones intersectoriales que han ejercido un liderazgo significativo para el desarrollo de planes en temas de salud en el marco de las dimensiones del PDSP 2012-2021, cuya articulación con la CISP para gestionar temas específicos podría potenciar los alcances de la gestión intersectorial. Entre estas comisiones se encuentran la Comisión de Seguridad Alimentaria y Nutricional—CISAN, la Comisión Técnica Nacional para la Salud Ambiental—CONASA, la Comisión Nacional Intersectorial para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos, entre otros.

De otra parte, con el objetivo de fortalecer la acción intersectorial en el nivel nacional y subnacional, los Consejos Nacional y Territorial de Planeación<sup>60</sup>, el Consejo Nacional de Política Social y los Consejos Municipales de Política Social<sup>2</sup> son actores clave para articular la gestión intersectorial de los determinantes sociales de la salud en la planeación nacional y subnacional.

Estrategias del elemento orientador 1:

- **Fortalecimiento de las Instancias de Acción Intersectorial Nacional y Subnacional.** Esta estrategia busca el desarrollo de acuerdos de alto nivel pertinentes para que la CISP en el nivel nacional y los CTSSS en el nivel

---

<sup>60</sup> Los Consejos Territoriales de Planeación-CTP son instancias territoriales de planeación, creados para garantizar la participación ciudadana en la construcción y seguimiento de políticas públicas a nivel territorial. Las instancias de planeación territorial a nivel nacional son el Consejo Nacional de Planeación y el Congreso de la República y como instancias del nivel subnacional los CTP, las Asambleas Departamentales, los Consejos Municipales, Distritales y las Entidades Territoriales Indígenas. Tomado de: <https://www.cnp.gov.co/normativa/normativa-ctp>.

<sup>2</sup> Los Consejos Nacional y Municipal de Política Social son instancias responsables del diseño, movilización y apropiación de recursos presupuestales y orientación de las líneas de acción en materia de política pública para garantía de los derechos de los niños, niñas y adolescentes y sus familias en el marco del Sistema Nacional de Bienestar Familiar.



subnacional cuenten con una conformación adecuada de actores, insumos y recursos suficientes, así como planes de acción articulados de acuerdo con su reglamentación para el desarrollo pleno y efectivo de sus funciones como instancias de acción intersectorial que redunden en el desarrollo de políticas, planes, programas y acciones conjuntas para la transformación positiva de los determinantes sociales de la salud.

- **Articulación con los Consejos Nacionales y Territoriales de Planeación y los Consejos Municipales de Política.** Esta estrategia busca el desarrollo de acuerdos de alto nivel para articular los procesos de gestión intersectorial de los determinantes sociales de la salud a los Consejos de Planeación Nacional y Territorial como instancias de planeación, debate y gestión de los Planes de Desarrollo del nivel nacional y subnacional en el marco de la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública. Esta estrategia busca el desarrollo de acuerdos para que los Consejos de Planeación Territorial como instancia de planeación participativa y de debate y gestión de los Planes de Desarrollo Territorial del nivel subnacional, y Los Consejos de Política Social como instancias en las que se concertan, articulan e impulsan políticas sociales alrededor de las niñas/as y adolescentes y sus familias, se articulen a los procesos de gestión intersectorial en el marco de la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública.

**Elemento Orientador 2: Establecimiento de un Marco para la Gestión de la Acción Intersectorial.** La acción intersectorial depende en gran medida de que los sectores y actores que influyen directa o indirectamente sobre los determinantes sociales de la salud estén articulados en el marco de procesos de gestión conjunta orientados por instancias de acción intersectorial. En tal sentido, este elemento orientador busca la consolidación de la articulación para la gestión intersectorial en el ámbito de las instancias de acción intersectorial, que propicie la construcción del entendimiento común entre actores, el compromiso político gubernamental con fuentes adecuadas de financiación, la gestión intersectorial coordinada y articulada



con participación incidente de la sociedad civil y las comunidades, el análisis integrado de los determinantes sociales de la salud para la formulación, implementación de políticas públicas participativas y colaborativas que permitan el abordaje integral de los determinantes sociales desde un enfoque de Salud en Todas las Políticas, así como el seguimiento y evaluación integral de la acción intersectorial.

Estrategias del elemento orientador 2:

- **Articulación para la gestión intersectorial en el Nivel Nacional y Subnacional.** Consiste en el desarrollo de acciones para que la CISP y los Consejos territoriales, articulen los actores intersectoriales gubernamentales y no gubernamentales de los distintos niveles territoriales (vertical y horizontal) para la gestión territorial integral de la salud pública y de los determinantes sociales de la salud; propicie el entendimiento y construcción de un lenguaje común entre actores; defina las acciones conjuntas e integradas para la gestión intersectorial con compromisos, responsabilidades y asignación de recursos de los sectores; identifique y gestione fuentes adecuadas de financiación conjunta y establezca una distribución presupuestal para la acción intersectorial, que permitan el financiamiento de políticas, planes y programas para la gestión de los determinantes sociales de la salud.
- **Desarrollo de Análisis Articulados e Integrados de los Determinantes Sociales de la Salud.** Consiste en el desarrollo de acciones para que, en el marco de la articulación intersectorial, se construyan periódicamente y de manera participativa intersectorial análisis integrados de equidad en salud a nivel nacional y subnacional con énfasis en los determinantes sociales de la salud, en el que contribuyan todos los sectores, propicie el intercambio de conocimiento entre sectores y sea insumo fundamental en la formulación conjunta de políticas, planes y programas para su abordaje.



- **Articulación con los Procesos de Planeación Nacional y Subnacional.** Consiste en el desarrollo de acciones en el nivel nacional y subnacional que permitan la coordinación y articulación de la CISP con las instancias de planeación nacional y subnacional para la inclusión efectiva de la gestión de los determinantes sociales de la salud propuesta en el PDSP 2022-2031 en los planes de desarrollo nacional y territorial.
- **Fortalecimiento de la Participación Social para la Acción Intersectorial.** Busca el desarrollo de intervenciones y acciones enfocadas en el fortalecimiento de la participación de la sociedad civil organizada y las comunidades en su diversidad y diferencia en las instancias de acción intersectorial para su incidencia efectiva en los procesos de gestión intersectorial, mediante mecanismos y estrategias que atiendan las características de esas comunidades para cerrar brechas de desigualdad en la participación.
- **Consolidación de la Financiación para la Gestión Intersectorial.** Busca el desarrollo de acciones que permitan la financiación conjunta de la gestión intersectorial de los determinantes sociales de la salud, mediante la identificación de mecanismos para el incremento adecuado de la financiación pública tales como mecanismos fiscales y progresivos, así como la identificación de fuentes externas como fondos internacionales de financiación de la acción intersectorial.
- **Seguimiento y Evaluación de la Gestión Intersectorial.** Consiste en el desarrollo de acciones para que en el marco del Sistema de seguimiento y de evaluación del PDSP 2022-2031 se monitoreen y evalúen los resultados e impactos de las acciones intersectoriales, así como de los mecanismos de financiación. Asimismo, la definición en la CISP de un tablero de control de indicadores para el seguimiento de la gestión intersectorial.



**Elemento Orientador 3: Gestión Intersectorial de los Determinantes Estructurales e Intermedios de la Salud a Través de Políticas Públicas Participativas.** Avanzar hacia el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, al alcance de una salud y vida plenas, así como a la reducción de desigualdades demanda de acciones conjuntas entre sectores gubernamentales y no gubernamental que de manera directa o indirecta influyen sobre la distribución del dinero, el poder y los recursos y por tanto determinan las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen. Es así como la acción intersectorial para movilizar de manera positiva dichos determinantes y circunstancias, es reconocida como un elemento central de las políticas públicas orientadas a alcanzar una salud para todos. Este elemento orientador busca definir áreas de acción intersectorial para la transformación positiva de los determinantes sociales de la salud en el marco de un enfoque de derechos, mediante la gestión de políticas públicas participativas en las instancias nacionales y subnacionales de acción intersectorial con participación de la sociedad civil organizada y las comunidades en su diversidad y diferencia.

Estrategias del elemento orientador 3:

- **Reducción de las Vulnerabilidades Económicas y Sociales.** Consiste en la gestión intersectorial de políticas públicas, planes y programas en torno a la asistencia social para la reducción de las desigualdades sociales y la mitigación de las consecuencias adversas de las desigualdades económicas, la inclusión social de población en vulnerabilidad por situación, condición, pertenencia étnica, identidad y por ser sujetos de especial protección, con mejoramiento de la oferta institucional y el fortalecimiento de la prestación de servicios sociales y de salud.
- **Mejora del Empleo, el Trabajo y el Ámbito Laboral.** Consiste en la gestión intersectorial de políticas públicas, planes y programas en torno al empleo y



el trabajo decente; la mejora de las condiciones de trabajo con garantías de protección y seguridad laboral para toda la población; la construcción de entornos de trabajo saludables, y la gestión de los riesgos en salud para la población trabajadora; el incremento de la empleabilidad con inclusión social para la población general y la población en vulnerabilidad por situación, condición, pertenencia étnica, identidad, edad o por ser sujetos de especial protección; la generación de empleo formal por parte de los sectores productivos; el fortalecimiento de los procesos de emprendimiento; y la formación para el trabajo que fortalezca el desarrollo de conocimientos y capacidades ocupacionales necesarias para el mercado laboral. En el caso de la población trabajadora del sector informal, la ampliación del acceso y fortalecimiento del Sistema General de Riesgos Laborales, mejoramiento de las condiciones de trabajo, prevención de los riesgos ocupacionales y el fortalecimiento de factores protectores de la salud.

- **Acceso Equitativo a Educación de Calidad para Todos.** Consiste en la gestión intersectorial de políticas públicas, planes y programas para avanzar en la garantía del derecho fundamental a la educación, en el acceso equitativo a la educación para todos con enfoque étnico e intercultural, que incorpore la alfabetización y nivelación escolar de población adulta, la protección y educación integral para la primera infancia con programas de desarrollo en la niñez temprana, acceso equitativo a enseñanza primaria gratuita y obligatoria con buena calidad para los/as niños/as, el acceso equitativo a programas de preparación para la vida activa enfocados a los/as jóvenes y adultos, y estrategias de prevención de la deserción escolar de niños/as, y adolescentes. También el desarrollo de planes para mejorar la conectividad en zonas de difícil acceso y alta dispersión poblacional para favorecer la oferta educativa para niños/as, padres, madres y cuidadores/as principales. Adicionalmente, la promoción del acceso a la educación básica, media y vocacional para adultos, especialmente personas mayores, con



énfasis en las zonas rural y rural dispersa. Asimismo, el desarrollo de acciones para reducir la brecha digital en el territorio nacional.

- ***Garantía del Derecho a la Alimentación Adecuada, y la Soberanía y Seguridad Alimentaria y Nutricional Sostenible.*** Consiste en la gestión intersectorial de políticas públicas participativas, planes y programas para avanzar en el logro del derecho a una alimentación adecuada y sostenible, asegurando la producción y distribución de alimentos con disponibilidad y oferta adecuada en los entornos cercanos a los sujetos, el acceso económico y físico oportuno, el aprovechamiento biológico y nutricional de los alimentos que responda a las necesidades alimentarias, nutricionales y económicas de la población. Asimismo, que permitan superar de manera progresiva la inseguridad alimentaria y la malnutrición y asegurar la sostenibilidad de los sistemas alimentarios con respeto y protección de los ecosistemas a largo plazo. De igual manera, el desarrollo de acciones para asegurar la inocuidad de los alimentos y el fortalecimiento de la inspección, vigilancia y control sanitaria de alimentos y bebidas. Además, acciones para reconocer, recuperar, fortalecer y proteger prácticas tradicionales alimentarias de los territorios que aporten a una alimentación saludable y sostenible.
- ***Promoción de Ciudades, Entornos y Ruralidades Saludables Y Sostenibles.*** Consiste en la gestión intersectorial de políticas públicas, planes y programas para avanzar hacia el derecho a un ambiente sano, la protección y recuperación de los entornos, los ecosistemas y la biodiversidad; la construcción de zonas verdes biosaludables, parques y espacios públicos seguros para la recreación, la actividad física y el disfrute de la vida; la mejora del equipamiento de barrios y ruralidades; el fomento de un sistema de transporte sostenible adecuado, seguro y asequible para todos/as y para la población en situación de discapacidad, que promueva el uso de tecnologías y combustibles limpios, la articulación y oferta de modos variados de transporte adecuado, seguro, accesible y universal, y el avance en la



promoción y fortalecimiento de modos de transporte activo; la garantía de una adecuada calidad del aire y la reducción de emisiones contaminantes de diversas fuentes; la reducción de exposición a metales pesados, plaguicidas, ruido y demás contaminantes ambientales; el acceso a viviendas dignas y a servicios públicos domiciliarios, la promoción de entornos saludables en el marco de la construcción de un hábitat urbano y rural saludable y la construcción de vínculos urbano-rurales que faciliten el desarrollo sostenible.

- **Abordaje Integral de la Salud Humana, Animal y Ambiental.** Consiste en la gestión intersectorial de políticas públicas, planes y programas para prevenir, detectar y responder integralmente a los desafíos derivados del relacionamiento humano-animal-ambiental; así como la vigilancia y control de eventos zoonóticos. El desarrollo y consolidación de una agenda intersectorial de Una Salud en todos los niveles de gestión territorial para generar capacidad, construir una agenda de trabajo e investigación e implementación de iniciativas en el marco de Una Salud; fortalecimiento de los mecanismos de detección temprana y prevención tales como la vigilancia sanitaria y los laboratorios; inclusión de los elementos de Una Salud en la agenda de investigación del país, acciones de comunicación para incrementar el conocimiento de la población, tomadores de decisiones y demás actores interesados en Una Salud; movilización y asignación de recursos enfocados al desarrollo y fortalecimiento de la agenda de Una Salud en el territorio nacional.
- **Garantía de Acceso a Saneamiento Básico y Agua Limpia.** Consiste en la gestión intersectorial de políticas públicas, planes y programas orientados a la protección de nacimientos de agua y reservas nacionales; la garantía de la disponibilidad de agua y su gestión adecuada y sostenible; el saneamiento, optimización de sistemas de acueducto y alcantarillado y de tratamiento de aguas residuales; el acceso a agua potable para consumo humano; y el fomento de prácticas para que favorezcan el cuidado de la vida y la salud.



- ***Gestión de Medidas para la Adaptación y Mitigación del Cambio Climático y sus Efectos.*** Consiste en la gestión intersectorial de políticas públicas, planes y programas para la adaptación y mitigación del cambio climático, la implementación de acciones que avancen hacia un desarrollo sostenible bajo en carbono, que incidan en la promoción de relaciones sostenibles con el ambiente y en la mitigación de sus efectos deletéreos en los ecosistemas y en las condiciones de vida y salud de la población.
- ***Gestión Integral del Riesgo de Emergencias y Desastres.*** Consiste en la gestión intersectorial de políticas públicas, planes y programas para la identificación, prevención y mitigación de los riesgos y vulnerabilidades frente a las emergencias y desastres; el desarrollo de sistemas de evaluación y análisis de riesgos y de la capacidad de gestión y respuesta; el fortalecimiento de las capacidades, gestión de infraestructura y desarrollo de sistemas y planes sectoriales de prevención, preparación, gestión y reducción de riesgos y de consecuencias para la salud y recuperación de situaciones de emergencias y desastres; fortalecimiento del talento humano en salud para la gestión del riesgo de emergencias y desastres; fortalecimiento los sistemas de vigilancia y alerta temprana que permitan respuestas oportunas y medidas de mitigación; fortalecimiento del programa de hospitales seguros frente a desastres; fortalecimiento y consolidación de la estrategia nacional de respuesta a emergencias.
- ***Gestión de Medidas para Reducir la Oferta y Acceso a Alimentos no Saludables, Tabaco Y Alcohol.*** Consiste en la gestión intersectorial de una política fiscal basada en el incremento de impuestos para reducir la oferta y acceso a alimentos no saludables (bebidas azucaradas, alimentos procesados y ultraprocesados, altamente calóricos y altos en grasas saturadas y productos altos en sal), y al tabaco, sus derivados, nuevos productos y sucedáneos e imitadores. Estrategias para la implementación del



etiquetado frontal para alimentos no saludables, y restricciones a la publicidad. Así como el desarrollo de acciones orientadas a la limitación del acceso a alimentos no saludables, tabaco, sus derivados, nuevos productos y sucedáneos e imitadores y al alcohol en entornos educativos y comunitarios.

- **Fomento de Políticas Entorno a La Economía del Cuidado.** Consiste en la gestión intersectorial de políticas públicas, planes y programas para fortalecer la protección social, el mejoramiento de la oferta institucional y la prestación de servicios públicos sociales y sanitarios a las personas que desarrollan labores del cuidado.
- **Gestión de la Transversalización del Enfoque Diferencial.** Consiste en la gestión de la inclusión de las acciones diferenciales en salud y protección social en las políticas, planes, programas, proyectos y demás instrumentos de política pública, dirigidos a personas en vulnerabilidad, familias y colectivos con el fin de incidir en la promoción social de su salud, entendida como el conjunto de acciones del Estado y los estamentos de la sociedad orientadas a la expansión de las capacidades de los individuos, las familias y las comunidades y a la generación de oportunidades para el mejoramiento de su calidad de vida y bienestar.

### **Eje estratégico 3: Gestión de la Atención Primaria Integral en Salud**

Las raíces de la Atención Primaria en Salud (APS) se encuentran en el compromiso con la justicia social, la equidad, la solidaridad y la participación. Desde Alma Ata, en 1978, el concepto ha sido reinterpretado y redefinido en múltiples ocasiones. Por ello, OMS y UNICEF han propuesto una definición sencilla, entendiendo la APS como:

Un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución



equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas. (OMS, 2021)

La APS para el logro de los resultados en salud esperados contempla el abordaje del conjunto de los determinantes sociales de la salud. Particularmente en términos de la atención se centra en los aspectos generales e interrelacionados de la salud física, la salud mental, la salud social y el bienestar con el objeto de ofrecer una atención integral de calidad para dar respuesta a las necesidades de salud a lo largo del curso de la vida y no solo para una serie concreta de enfermedades (OMS, 2021).

Colombia, como Estado Miembro de la ONU, se ha comprometido a renovar y ampliar la APS como piedra angular de un sistema de salud sostenible. En el país, la definición vigente está dada en la Ley 1438 del 2011, donde se entiende la Atención Primaria en Salud como la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (MSPS, 2011).

De igual forma, en el marco normativo vigente, la estrategia de APS incorpora el desarrollo de diferentes enfoques de salud familiar y comunitaria, cuidado, gestión integral así como un enfoque diferencial poblacional y territorial. Asimismo permite la articulación y armonización del aseguramiento, la prestación de servicios de salud y el desarrollo de las políticas y programas en salud pública acordes con la situación de salud de las personas, familias y comunidades, soportada en procesos de



gestión integral de la salud pública de carácter interdisciplinar, interinstitucional e intersectorial en cada uno de los contextos poblacionales y territoriales.

El eje estratégico de Atención Primaria Integral en Salud se aproxima a las aspiraciones de equidad, bienestar, calidad de vida y desarrollo del país. Permite el abordaje territorial de los determinantes sociales de la salud al apropiar un enfoque de derechos centrado en las necesidades diferenciales de personas, familias, comunidades y colectivos, propender por el continuo del cuidado integral de la vida y la salud, y contribuir al logro del derecho a la salud y a la protección social para todos los habitantes del territorio colombiano.

**Alcance.** Elevar el nivel de salud, el bienestar y la calidad de vida de la población requiere de una acción participativa, colaborativa y comprometida con el abordaje de los determinantes sociales de la salud y la construcción de una sociedad con justicia social y ambiental.

Particularmente la normatividad vigente resalta la acción de la APS en tres componentes centrales: acción intersectorial, participación social y prestación de servicios de salud. Sin embargo, dada la estructura actual y la trayectoria del SGSSS, en su mayoría construida sobre la base de la gestión integral del riesgo y la necesidad estratégica de apalancar de manera decidida la gestión intersectorial; el PDSP 2022-2031 considera pertinente desarrollar el eje de gestión intersectorial para avanzar en el abordaje de los determinantes sociales de la salud y al mismo tiempo, consolidar la integralidad de la atención desde el aseguramiento y la prestación de los servicios de salud en el eje de gestión integral del riesgo en salud pública. Lo anterior sin desconocer los vínculos constitutivos de dichos ejes con la APS y las posibilidades de coordinación y articulación entre ejes que la estrategia de Atención Primaria en Salud posibilita con el concurso de la participación social para el logro de los fines del Plan.

De ahí que este eje reconozca la importancia estratégica y el valor para la implementación del PDSP 2022-2031 de consolidar la Atención Primaria Integral en



Salud como una estrategia renovada, garante de los procesos de construcción de paz territorial y fundamental para la organización del sistema de salud y de la gestión territorial integral de la salud pública como posibilidad de avanzar en la garantía del derecho a la salud y en la protección social para todos los habitantes del territorio colombiano.

Tabla 4.

*Eje 3. Gestión de la Atención Primaria Integral en Salud*

Objetivo del eje	Meta del eje	
<p>Gestionar de manera coordinada y articulada esfuerzos territoriales, institucionales y sociales entre los actores del sistema de salud y los demás sectores para el abordaje de los determinantes sociales de la salud brindando respuestas satisfactorias, participativas diferenciales y sostenibles a través de procesos de atención integral, integrada y continua, que articulen acciones promocionales para la vida y la salud con acciones de cuidado integral, gestión integral del riesgo y de salud familiar y comunitaria acordes con la diversidad territorial y poblacional del país y orientadas al logro del derecho a la salud, el bienestar y la calidad de vida de los habitantes del territorio colombiano.</p>	<p>A 2031 el 100% de EAPB y ET habrá implementado los componentes de Prestación de Servicios, Intersectorialidad y PSS de la APS formulados en el PDSP 2022-2031.</p> <p><b>Indicador:</b> Porcentaje de cumplimiento de las atenciones realizadas del componente de prestación de servicios, respecto del total de acciones formuladas</p> <p><b>Indicador:</b> Porcentaje de cumplimiento de las acciones realizadas del componente de participación social, respecto del total de acciones formuladas</p> <p><b>Indicador:</b> Porcentaje de cumplimiento de las acciones realizadas del componente de intersectorialidad, respecto del total de acciones formuladas</p> <p><b>Indicador:</b> % de cumplimiento de las acciones realizadas del componente de intersectorialidad, respecto del total de acciones formuladas</p>	
Elementos Orientadores	Meta del elemento orientador	Estrategias
<p>Gestión Territorial, Técnica,</p>	<p>A 2031, las entidades territoriales se fortalecerán</p>	<p>- Planeación territorial integral en salud pública</p>



Administrativa y en términos de sus - Fortalecimiento y articulación y desarrollo de  
 Financiera de la Salud capacidades técnicas, los sistemas de información en salud pública  
 Pública. administrativas y  
 financieras para el - Desarrollo de tecnologías para la atención  
 adecuado desempeño de integral, integrada y continua.  
 la Atención Primaria en - Gestión del talento humano en salud pública  
 Salud que permita  
 responder de manera  
 efectiva y eficazmente a las  
 necesidades individuales y  
 colectivas en salud pública

Coordinación y A 2031, las ET habrán - Coordinación y articulación de las acciones  
 Articulación entre los fortalecido la territoriales en salud pública  
 Distintos Sistemas, coordinación entre los - Desarrollo y consolidación de redes  
 Niveles, sistemas de salud y integradas para el bienestar  
 Intervenciones y protección social y los - Integración de enfoques diferenciales en la  
 Modelos Involucrados demás sistemas gestión territorial de la salud pública.  
 en la Gestión gubernamentales - Integración de sistemas para el cuidado  
 Territorial Integral de involucrados con el integral de la vida y la salud  
 la Salud Pública abordaje de los  
 determinantes sociales de  
 la salud, favoreciendo la  
 articulación de las  
 intervenciones  
 poblacionales, colectivas e  
 individuales en salud  
 pública

A 2031, las ET y las EAPB  
 habrán consolidado las  
 redes integradas e  
 integrales para el bienestar

Promoción y A 2031, el 100% de las - Promoción y protección de mejores  
 Protección de Modos, entidades territoriales condiciones de vida y salud  
 Condiciones y Estilos habrán avanzado en la - Promoción y protección de la salud mental.



Favorables a la Vida y afectación de - Promoción y protección de la sexualidad la Salud. determinantes sociales a humana y garantía de los derechos sexuales a través de la promoción y y reproductivos protección de modos, - Promoción de la alimentación saludable condiciones y estilos de - Promoción de la actividad física. vida que favorecen la salud - Promoción de actividades artísticas. de sus pobladores

Promoción y A 2031, las entidades - Promoción y protección de la primera Protección del territoriales y EAPB infancia. Cuidado Integral de la implementan acciones - Promoción y protección de la infancia. Salud con Enfoque individuales y colectivas de Diferencial en el promoción y Marco de la Ruta de mantenimiento de la salud - Promoción y protección de la adolescencia y juventud. Promoción y y atención integral para la Mantenimiento de la salud materno perinatal a - Promoción y protección de la adultez. Salud y Ruta Integral lo largo de los momentos de Atención en Salud del curso de la vida y a Materna Perinatal través de los diferentes - Promoción y protección de las personas mayores. entornos, articuladas con la prestación de servicios - Promoción y protección de la familia. sociales y sociosanitarios - Promoción de la salud y protección de las personas con enfermedades huérfanas-raras.

Fortalecimiento de la A 2031, las ET, EAPB e - Promoción y desarrollo de capacidades para Participación Social IPS han fortalecido los la participación social en Salud. mecanismos de - Fortalecimiento de los escenarios, participación social para la mecanismos y recursos para la participación toma efectiva de social decisiones en los procesos de planeación, implementación, asignación de recursos, evaluación, vigilancia y control de la gestión



territorial de la salud pública

<p>Institucionalización de una Cultura para la Vida y la Salud</p>	<p>A 2031, los actores del SGSSS y demás actores del sistema fortalecerán sus capacidades territoriales, sociales e institucionales para favorecer una cultura para la vida y la salud a través del desarrollo de las prácticas pedagógicas educativas y comunicativas en el campo de la salud pública</p>	<p>- Reflexión pedagógica sobre los procesos educativos en el campo de la educación para la salud.          Construcción de capacidades dialógicas para la cogestión de la salud pública          - Transformación de subjetividades a favor de una cultura para la vida y la salud.</p>
--	--	--

A continuación, se presenta la descripción de cada uno de los elementos orientadores y estrategias referidos anteriormente:

**Elementos Orientadores.** El eje estratégico de la Atención Primaria Integral en Salud se desarrollará de acuerdo con los siguientes elementos, que dan cuenta del alcance y objetivo: gestión territorial, administrativa y financiera de la salud pública; coordinación y articulación entre los distintos sectores, actores, sistemas, niveles y modelos involucrados en la gestión integral de la promoción y protección social, el bienestar y la calidad de vida; promoción y protección de modos, condiciones y estilos favorables a la vida y la salud; promoción y protección del cuidado integral de la salud con enfoque diferencial; vigilancia en salud pública; fortalecimiento de la participación social en salud; e institucionalización de una cultura para la vida y la salud.

**Gestión Territorial, Técnica, Administrativa y Financiera de la Salud Pública.** Se relaciona con el fortalecimiento de las capacidades para gestionar territorial, técnica, administrativa y financieramente la Atención Primaria en Salud de tal forma que responda efectiva y eficazmente a las necesidades individuales y



colectivas en salud pública brindando una atención integral, integrada y continua que considere diferenciales poblacionales y territoriales e incorpore mecanismos para el uso oportuno, transparente y apropiado de los recursos en el marco de la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública que se desarrolla en el capítulo 6 del presente Plan.

Estrategias para el desarrollo del elemento orientador:

- **Planeación Territorial Integral en Salud Pública.** Involucra la caracterización del territorio en términos de equipamiento, recursos y necesidades, capacidad instalada y mapeo de actores clave para el abordaje de las necesidades en salud pública, así como el establecimiento de prioridades y acuerdos para la acción colegiada, complementaria y sinérgica entre los actores y sectores involucrados en la gestión de la salud pública territorial desde la perspectiva de la atención primaria integral en salud. Esta estrategia brinda herramientas para fortalecer los procesos de planeación integral en salud a cargo de la entidad territorial necesarios para la definición del Plan Territorial de Salud.
- **Fortalecimiento y Articulación y Desarrollo De Sistemas De Información En Salud Pública.** Se relaciona con la integración y desarrollo de sistemas de información con interoperabilidad al interior del sistema de salud y protección social y entre los distintos sistemas gubernamentales responsables del manejo de información relacionada con el abordaje de los determinantes sociales de la salud. Asimismo, contempla el fortalecimiento del Sistema de Seguimiento y Evaluación del PDSP 2022-2031 y del Sistema de Vigilancia en Salud Pública viabilizando su integración con otros sistemas de información de instancias sectoriales e intersectoriales como INVIMA, ICA, IDEAM entre otros requeridos en la optimización de la toma de decisiones para la gestión territorial integral en salud pública.
- **Desarrollo de Tecnologías para la Atención Integral, Integrada y Continua.** Implica el desarrollo de tecnologías en salud pública que respondan y se adapten a los diferenciales poblacionales y territoriales a lo



largo del continuo del curso de la vida contribuyendo a la efectividad de las intervenciones poblacionales, colectivas e individuales para la protección social, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la detección temprana, el diagnóstico, manejo y control de las enfermedades, la rehabilitación y la paliación. Además comprende todas aquellas tecnologías aplicables a la gestión administrativa y financiera, acompañadas del impulso de la investigación y la generación del conocimiento en temas de efectividad, aplicación, costos entre otros aspectos.

- ***Gestión del Talento Humano en Salud Pública.*** Se relaciona con el desarrollo y fortalecimiento de los equipos interdisciplinarios (con el involucramiento de agentes comunitarios en los ámbitos que así lo requieran) en términos de disponibilidad, accesibilidad, calidad y continuidad del talento humano requerido para tal fin y en condiciones de protección y seguridad laboral. Asimismo, Implica el desarrollo de capacidades en el talento humano para el abordaje diferencial, familiar y comunitario en el marco del cuidado integral de la vida y la salud, así como el desarrollo y actualización de capacidades técnicas y relacionales que permitan una respuesta efectiva y eficaz a las necesidades en salud de la población.

***Coordinación y Articulación entre los Distintos Sistemas, Niveles, Intervenciones y Modelos Involucrados en la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública.*** Implica el relacionamiento estratégico para el intercambio de recursos, conocimientos y capacidades a través del fortalecimiento de la coordinación entre los sistemas de salud y protección social y los demás sistemas gubernamentales involucrados en el abordaje de los determinantes sociales de la salud. De igual manera implica el desarrollo de procesos en red que faciliten la coordinación y articulación entre actores y sectores a través de los tres niveles de gestión de la salud pública (macro, meso y micro) en procura de la garantía de los derechos en interdependencia y en el marco del desarrollo integral, diferencial y sostenible a nivel territorial. Asimismo, requiere la articulación de las intervenciones poblacionales, colectivas e individuales en salud pública y en particular, exige integrar, con adaptaciones interculturales según diferenciales poblacionales y



territoriales, los distintos enfoques del modelo de atención para el abordaje integral de las condiciones de salud.

Estrategias para el desarrollo del elemento orientador:

- ***Coordinación y Articulación de las Acciones Territoriales en Salud Pública.*** Se relaciona con la coordinación y articulación en el territorio de las acciones que incidan en el abordaje de los determinantes sociales de la salud contempladas en las políticas públicas sectoriales e intersectoriales, Planes de Desarrollo Territorial, Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial- PDET, Planes de Ordenamiento Territorial, Planes de Seguridad y Salud en el Trabajo, entre otros, con las acciones sectoriales poblacionales, colectivas e individuales contempladas en el Plan Territorial en Salud, el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, las Rutas Integrales de Atención en Salud, el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación de manera integrada y corresponsable entre la entidad territorial y los demás actores del sistema.
- ***Desarrollo y Consolidación de Redes Integrales e Integradas para el Bienestar.*** Se relaciona con el desarrollo de redes integrales e integradas que faciliten la coordinación de las acciones sectoriales e intersectoriales entre los tres niveles de la gestión territorial de la salud pública y la articulación de los servicios sociales, sociosanitarios y servicios de salud en el territorio evitando la fragmentación de las acciones tendientes al bienestar y garantizando las condiciones de calidad, accesibilidad, oportunidad y aceptabilidad para la atención integral, integrada y continua según necesidades del momento del curso de vida y bajo la coordinación y responsabilidad de la entidad territorial en articulación con las redes integradas de servicios de salud a cargo de EAPS y prestadores.
- ***Integración de Enfoques Diferenciales en la Gestión Territorial de la Salud Pública.*** Implica la integración efectiva de los enfoques diferencial, de cuidado crónico, gestión del riesgo, salud familiar y comunitaria, con adaptaciones territoriales, en el modelo de atención integral de las



condiciones de salud del nivel de la microgestión de la salud pública. Asimismo, requiere incorporar un enfoque diferencial con abordaje interseccional al modelo de mesogestión de los territorios para garantizar el cuidado integral de personas, familias y comunidades que se encuentran en situaciones, contextos o condiciones de mayor vulnerabilidad. Así como en condiciones o situaciones relacionadas con los efectos del conflicto armado en Colombia y la migración priorizando los territorios definidos en el acuerdo de paz y los que concentren mayor población migrante entre otros territorios priorizados.

- ***Integración de Sistemas para el Cuidado Integral de la Vida y la Salud.***

Se relaciona con la integración del sistema de salud, el sistema de protección social y demás sistemas gubernamentales con incidencia en los determinantes sociales en articulación con el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI), los planes de vida indígenas y otras formas autónomas para el cuidado de la vida y la salud a través de los distintos niveles de gestión territorial integral de la salud pública.

***Promoción y Protección de Modos, Condiciones y Estilos Favorables a la Vida y la Salud.*** Se relaciona con las decisiones concertadas entre los distintos sectores del desarrollo para avanzar en la mejora conjunta de las condiciones de bienestar y salud de la población. El abordaje de la atención primaria integral en salud debe llevar a que la salud pública desarrolle apuestas centradas cada vez más en la salud (salutogénesis) y menos en la enfermedad (patogénesis). La salud, como aspiración colectiva, es un estructural de la acción en salud pública para la construcción de sociedades que puedan transformar los contextos históricos, sociales, políticos, económicos y culturales desde enfoques promocionales y positivos de la salud que habiliten unos modos, condiciones y estilos de vida que protejan y promuevan lo saludable.

Estrategias para el desarrollo del elemento orientador:



- **Promoción y Protección de Mejores Condiciones de Vida y Salud.** Se relaciona con la promoción y el desarrollo de acciones sectoriales e intersectoriales para la promoción de la salud, el bienestar, la calidad de vida y especialmente, el mejoramiento de las condiciones de vida y salud de personas, familias y comunidades en ámbitos urbanos y rurales, así como en los distintos entornos educativos, laborales, comunitarios, institucionales y del hogar, y en los diferentes momentos del curso de la vida que no estén contempladas en las líneas de acción intersectorial y que, acordes a la normatividad vigente o futura, requieran de un apalancamiento especial para el desarrollo normativo de políticas, planes, programas y proyectos en el marco de la gestión territorial integral de la salud pública.
- **Promoción y Protección de la Salud Mental.** Se relaciona con el desarrollo de respuestas efectivas para la atención integral en salud mental que incluyan redes integrales e integradas de servicios sociales, sociosanitarios y de salud y posibiliten abordajes comunitarios e interculturales en áreas urbanas, rurales y rurales dispersas. Requiere el fortalecimiento de redes de apoyo y el desarrollo de capacidades desde la educación en el campo de la salud pública para el cuidado, comprensión y gestión integral de la salud mental, la sana convivencia y la promoción de una vida libre de violencias en personales, familias y comunidades.
- **Promoción y Protección de la Sexualidad Humana y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos.** Se relaciona con el desarrollo de estrategias para garantizar que todas las personas puedan vivir autónoma y libremente sus derechos sexuales y reproductivos sin discriminación, riesgos, amenazas, coerciones y violencias. Asimismo, se relaciona con la promoción del disfrute del cuerpo y de una sexualidad segura en los distintos momentos del curso de la vida.
- **Promoción de la Alimentación Saludable.** Se relaciona con la promoción y el desarrollo de estrategias que garanticen el derecho a la alimentación saludable a través de los distintos momentos del curso de la vida y en los distintos entornos y ámbitos, que respondan a las exigencias de las RIAS,



entre las que se encuentran sin agotar: la educación alimentaria y nutricional con énfasis en el consumo de frutas y verduras; el desarrollo de huertas caseras en viviendas urbanas y rurales, así como de huertas escolares, universitarias, comunitarias para la promoción del consumo de alimentos frescos y sanos in situ y estimular la demanda de estos alimentos en casa por parte de los niños y jóvenes; la promoción de puntos de distribución y comercialización de alimentos saludables y frescos en los diferentes entornos y ámbitos; la promoción e instalación de centros de expendio de frutas y verduras cercanos a las viviendas en zonas marginadas; y el rescate de la gastronomía autóctona-regional-local con participación social y comunitaria hacia formas saludables y sostenibles de alimentación. Particularmente se relaciona con el desarrollo de acciones para implementación del Plan decenal de lactancia materna y alimentación complementaria.

- **Promoción de la Actividad Física.** Se relaciona con la promoción y el desarrollo de estrategias que garanticen la realización de actividad física y el transporte activo a través de los distintos momentos del curso de la vida y en los distintos entornos y ámbitos, que respondan a las exigencias de las RIAS, entre las que se encuentran sin agotar: programas para el uso de bicicletas, rutas seguras entre los distintos entornos, promoción de la actividad física en proyectos educativos, mejoramiento de las zonas recreativas, y la adecuación de entornos educativos, laborales, institucionales y comunitarios para su práctica.
- **Promoción de Actividades Artísticas.** Se relaciona con la promoción y el desarrollo de actividades artísticas que permitan el desarrollo de capacidades relacionales para la promoción de la salud mental, la sana convivencia, el disfrute de la vida, la recreación y la realización de actividad física en los distintos entornos donde transcurre la vida y la salud.



***Promoción y Protección del Cuidado Integral de la Salud con enfoque diferencial en el Marco de la RPMS y RIAMP<sup>61</sup>***. Se relaciona con el desarrollo de las acciones individuales y colectivas de promoción y mantenimiento de la salud y atención integral para la salud materno perinatal a lo largo de los momentos del curso de la vida y a través de los diferentes entornos, articuladas con la prestación de servicios sociales y sociosanitarios que garanticen acciones afirmativas y diferenciales con adaptaciones culturales y territoriales para sujetos de especial protección y personas en contextos, situaciones o condiciones de mayor vulnerabilidad, en especial para personas indígenas, negras, afro, raizales y palenqueras, Rrom, migrantes, víctimas del conflicto armado, habitantes de calle, campesinas, personas privadas de la libertad, personas de los sectores LGBTI y en condición de discapacidad que obligan a las entidades del Estado a tomar medidas de protección especial y trato preferente para la inclusión estratégica del enfoque diferencial.

Estrategias para el desarrollo del elemento orientador:

- ***Promoción y Protección de la Primera Infancia***. Se relaciona con la implementación de la política de desarrollo integral de la primera infancia; el fortalecimiento de prácticas de cuidado para niños y niñas en primera infancia; el seguimiento y evaluación del desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes; el fortalecimiento de sistemas de protección social a familias con niños y niñas en primera infancia que presentan contextos, situaciones o condiciones de mayor vulnerabilidad (pobreza multidimensional - población migrante - madres adolescentes - condiciones específicas de salud - padres privados de la libertad); Seguimiento a la implementación de la Ruta de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la salud, para el logro de

---

<sup>61</sup> Implica la integración de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud y Ruta Integral de Atención en Salud Materna Perinatal con la prestación de los servicios sociales y sociosanitarios para personas identificadas en el Registro de Instituciones Prestadoras de Servicios Sociales y Sociosanitarios-REPSSO que identificará las personas mayores, personas con discapacidad, personas en situación de calle, mujeres víctimas de violencia, a los niños, niñas y adolescentes con presunción o diagnóstico de cáncer menores de 18 años, personas con problemas o trastornos mentales entre otras poblaciones que los requieran para su cuidado integral, y que han surtido el procedimiento para obtener la autorización de funcionamiento por parte de la autoridad competente.



resultados en salud en niñas y niños en primera infancia; y el seguimiento a la calidad de la atención integral en salud

- **Promoción y Protección de la Infancia.** Se relaciona con la implementación de la Política nacional de infancia y adolescencia 2018-2030; el seguimiento y evaluación del desarrollo integral de niñas niños y adolescentes; el fortalecimiento de prácticas de cuidado para niñas y niños en infancia; el fortalecimiento de sistemas de protección social a familias con niños y niñas en infancia que presentan contextos, situaciones o condiciones de mayor vulnerabilidad (pobreza multidimensional - población migrante - madres adolescentes - condiciones específicas de salud - padres privados de la libertad) incorporando el enfoque de género; la gestión articulada en entorno educativo y otros entornos para favorecer resultados en salud en niñas y niños; el seguimiento a la implementación de la Ruta de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la salud, para el logro de resultados en salud en niñas y niños en infancia; y el seguimiento a la calidad de la atención integral en salud.
- **Promoción y Protección de la Adolescencia y Juventud.** Se relaciona con la implementación de la RIA para infancia y adolescencia para incidir en resultados en salud; la definición de la RIA intersectorial para población joven; la gestión del aseguramiento de población adolescente y joven; el fortalecimiento de procesos de participación social, veeduría y control social en la adolescencia; el fortalecimiento de los mecanismos de articulación con sector educativo para favorecer la atención integral y la gestión de riesgos; el favorecimiento de condiciones de trabajo digno para adolescentes y jóvenes; la incorporación de prácticas de cuidado en la población adolescente; el fortalecimiento de sistemas de protección social a adolescentes y jóvenes en condición de vulnerabilidad; la implementación de la Ruta de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la salud y Ruta Integral de Atención en Salud para población Materno Perinatal, para el logro de resultados en salud en adolescentes y jóvenes.



- **Promoción y Protección de la Adultez.** Se relaciona con el fortalecimiento de los procesos de gestión para la atención integral de la población adulta; la definición de una estrategia articulada entre EAPB y entidad territorial de salud para la atención integral, promoción en salud y la prevención de riesgos derivados de la ocupación u oficio de los trabajadores informales; la incorporación de prácticas de cuidado en la población adulta; el mejoramiento de las condiciones de salud, trabajo y ambiente de la población trabajadora, con especial énfasis en la población trabajadora informal; el fortalecimiento de sistemas de protección social a adultos en contextos, situaciones o condiciones de mayor vulnerabilidad; y el seguimiento a la implementación de la Ruta de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la salud y Ruta Integral de Atención en Salud para población Materno Perinatal, para el logro de resultados en salud en la adultez.
- **Promoción y Protección de las Personas Mayores.** Se relaciona con la definición e implementación participativa de una Ruta Integral de Atención Intersectorial, que contribuya al desarrollo integral, la conservación y mantenimiento de la autonomía y el bienestar de las personas mayores considerando sus particularidades y necesidades; la definición de estrategias intersectoriales para la garantía de los derechos humanos de las personas mayores, el posicionamiento y la promoción del desarrollo de una cultura positiva del envejecimiento y la vejez, resignificada como proceso connatural y momento clave de la trayectoria vital; la promoción de procesos de educación en el campo de la salud pública con otros sectores, para la promoción y mantenimiento de la salud en el marco del envejecimiento activo y saludable, con especial énfasis en las personas mayores; el desarrollo de mecanismos intersectoriales para ampliación de la oferta ocupacional dirigida a personas mayores en labores productivas, trabajo formal e informal, actividades de voluntariado y otras actividades, de acuerdo con sus necesidades, preferencias y capacidades individuales; la definición de mecanismos intersectoriales para la atención integral a las personas mayores y el fortalecimiento a la prestación de cuidados a largo plazo; el



seguimiento a la implementación de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la salud para el logro de resultados en salud en las personas mayores.

- **Promoción y Protección de la Familia.** Se relaciona con el diseño, implementación y análisis de procesos para el reconocimiento y caracterización de la diversidad familiar frente al ejercicio de derechos colectivos e individuales en salud, el bienestar integral y la calidad de vida desde un enfoque diferencial y en el marco de los determinantes sociales de la salud; la implementación de la atención integral en salud a la familia (intervenciones individuales, colectivas y poblacionales) según disposiciones establecidas en la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la salud, en sinergia con la Ruta Integral de Atención a la Familia - RIA nacional de familias<sup>62</sup>- que se lidere desde la Política Nacional de Familia; el diseño y desarrollo de procesos intersectoriales de cualificación de la atención integral a las familias en el marco del cuidado de la salud familiar, con énfasis en la formación y asistencia técnica desde el enfoque de derechos, capacidades, curso de vida e interseccionalidad; implementar mecanismos de gestión intersectorial que garanticen respuestas oportunas, pertinentes y de calidad (institucionales y sociales) a las familias en contextos, situaciones o condiciones de mayor vulnerabilidad articulados a la RIA de Familia y a las RIAs; el diseño y desarrollo de procesos de seguimiento y evaluación de resultados en salud familiar en el marco de la implementación de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, incorporando lo correspondiente en los sistemas de información; el fortalecimiento de la acción intersectorial para el abordaje de la salud familiar en los entornos con énfasis en el hogar en el marco de las disposiciones de la RPMPS y de otras RIAs poblacionales; el fortalecimiento de las redes de apoyo familiar y comunitario desde procesos

---

<sup>62</sup>Implica levantamiento de Línea de Base y el establecimiento de metas para valorar avances en la atención y en el cumplimiento progresivo de las disposiciones normativas en materia de familia en los próximos 10 años.



intersectoriales organizados y participativos, orientados al desarrollo y mejoramiento de la salud familiar; y el diseño e implementación intersectorial procesos de educación en el campo de la salud pública para el reconocimiento incluyente de la diversidad familiar y la promoción de formas de relacionamiento y cuidado que aporten a la garantía del derechos y a la salud de las familias.

- ***Promoción de la Salud y Protección de las Personas con Enfermedades Huérfanas-Raras.*** Se relaciona con el desarrollo de acciones de promoción y mantenimiento de la salud para personas con enfermedades huérfanas-raras EHR a lo largo de los momentos de curso de la vida y a través de los entornos donde transcurre la vida con especial protección del entorno hogar para las personas con EHR y sus cuidadores buscando garantizar condiciones para el cuidado y distribución equitativa de tareas. Asimismo, involucra acciones de información y educación sobre servicios de salud y sociales, conformación de redes de apoyo y la promoción de la participación social y comunitaria a través de mesas nacionales y subnacionales para el abordaje de sus necesidades. Igualmente implica la formulación de políticas públicas que fomenten la mejoría en las condiciones de vida y el cuidado integral de la salud de personas con EHR, sus familias y cuidadores.

***Fortalecimiento de la Participación Social en Salud.*** Se relaciona con el fortalecimiento de la participación social para la toma efectiva de decisiones en los procesos de planeación, implementación, asignación de recursos, evaluación, vigilancia y control de la gestión territorial de la salud pública en condiciones deliberativas plurales que garanticen la seguridad y autonomía de los participantes y la legitimidad de las decisiones.

Estrategias para el desarrollo del elemento orientador:

- ***Promoción y Desarrollo de Capacidades para la Participación Social.*** Se relaciona con el desarrollo de capacidades dialógicas para problematizar y comprender la realidad, proponer, disentir, negociar, acordar y actuar



conjuntamente en el marco de la cogestión colaborativa y participativa de la salud pública a nivel territorial. Asimismo, se relaciona con el desarrollo de capacidades para la veeduría ciudadana y el control social de lo público y la realización de acciones colectivas tendientes a mejorar las condiciones de vida y salud de los habitantes del territorio colombiano.

- ***Fortalecimiento de los Escenarios, Mecanismos y Recursos para la Participación Social.*** Se relaciona con la promoción de la participación social en escenarios de interlocución, diálogo, formulación y concertación de políticas públicas bajo el respeto de la autonomía y diversidad de los individuos y las organizaciones sociales y comunitarias frente a los procesos de toma de decisiones y de acción colectiva en salud. Asimismo, se relaciona con el desarrollo de estrategias que permitan la inclusión en dichos escenarios de personas en contextos, situaciones o condiciones de mayor vulnerabilidad.

***Institucionalización de una Cultura para la Vida y la Salud.*** Se relaciona con el desarrollo de capacidades territoriales, sociales e institucionales para coproducir individual y colectivamente la vida y la salud, lo que implica para la educación en el campo de la salud pública la promoción y el desarrollo de prácticas pedagógicas<sup>63</sup> que posibiliten instituir modos de vivir la vida favorable a una cultura para la vida y la salud.

Estrategias para el desarrollo del elemento orientador:

- ***Reflexión Pedagógica Sobre Los Procesos Educativos en el Campo de la Salud Pública.*** Se relaciona con el reconocimiento del rol del talento humano en salud pública como educadores y por tanto productores de cultura, lo que conlleva a la necesidad de promover una reflexión pedagógica

---

<sup>63</sup> Prácticas pedagógicas entendidas como aquellas prácticas intencionales de formación que se producen histórica y culturalmente orientadas por fines epistemológicos, éticos y políticos, que no se circunscriben el ámbito institucional y que específicamente reflexionan sobre las características del proceso educativo: su naturaleza, contextos, discursos, intencionalidades, sentidos, contenidos, metodologías, sujetos y el tipo de relaciones establecidas al interior de las prácticas (Ortega, 2009).



que oriente las prácticas educativas hacia la promoción de una cultura para el cuidado de la vida y la salud en el marco de la implementación de la política. En ese sentido, requiere reflexionar sobre la intencionalidad, los fines, la naturaleza, los contextos, los discursos, los sentidos, los contenidos, las metodologías, los sujetos y el tipo de relaciones establecidas al interior de los procesos educativos en salud con el propósito de desarrollar prácticas pedagógicas que permitan el desarrollo de capacidades para la cogestión de la salud pública a nivel territorial.

- ***Construcción de Capacidades Dialógicas para la Cogestión de la Salud Pública.*** Se relaciona con la producción y apropiación social, institucional y territorial de procesos educativos en el campo de la salud pública fundados en prácticas pedagógicas dialógicas como posibilidad de aproximar a otros/as, propiciar el entendimiento y avanzar en acuerdos para la acción conjunta en favor de una cultura para la vida y la salud acogiendo el diálogo como posibilidad de ampliar la capacidad de los sujetos para problematizar y comprender la realidad, abordar el conflicto, reconocer la diferencia, proponer, disentir, negociar y llegar a acuerdos que permitan la acción conjunta sobre sus circunstancias sociosanitarias en la vía de coproducir subjetividades que hagan posible el mejoramiento de sus condiciones de vida y salud.
- ***Transformación de Subjetividades a Favor de una Cultura para la Vida y la Salud.*** Se relaciona con la transformación de representaciones sociales, imaginarios, normas y prácticas en favor de una cultura para la vida y la salud que permitan la construcción de estilos de vida saludables, a través de prácticas educativas dialógicas en el campo de la salud pública apalancadas en procesos movilización social que reconozcan las particularidades y la capacidad de agencia de individuos y colectivos para transformar sus condiciones de vida y salud.

#### **Eje estratégico 4: Gestión Integral del Riesgo en Salud Pública**



La Gestión Integral del Riesgo en Salud Pública como eje estratégico del PDSP 2022-2031 retoma lo planteado en el Plan anterior, así como importantes avances recorridos en el sistema de salud colombiano. La Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS) se entiende como una “estrategia transversal de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) que se fundamenta en la articulación e interacción de los agentes del sistema de salud y otros sectores para identificar, evaluar, medir, intervenir (desde la prevención hasta la paliación) y llevar a cabo el seguimiento y monitoreo de los riesgos para la salud de las personas, familias y comunidades, orientada al logro de resultados en salud y al bienestar de la población” (MSPS, 2018, p.8). De igual modo, se ha establecido que la GIRS tiene un componente colectivo con intervenciones para grupos poblacionales en cabeza de la entidad territorial y otro individual a cargo de las EAPB, ARL, prestadores y personas. Por tanto, se operativiza a través del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) y el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (PBSUPC).

En Colombia la política PAIS, reconoce la GIRS como una estrategia que busca anticiparse a las enfermedades y los traumatismos para que no se presenten o si se tienen, detectarlos y tratarlos precozmente para impedir o acortar su evolución y sus consecuencias (Minsalud, 2016) El Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), reconoce la Gestión Integral del Riesgo como una herramienta operativa que permite la identificación de los grupos de riesgo y sus características, la implementación y adaptación de las RIAS, el seguimiento de cohortes, la aplicación de modelos predictivos de riesgo, la efectividad de los procesos de servicio y los mecanismos de interacción entre la entidad territorial, las EAPB y la red, así como en el manejo e interoperabilidad de la información entre los agentes del sistema (MSPS, Resolución 2626 de 2019).

Al referirse a la Gestión Integral del Riesgo en Salud Pública, es necesario plantear que la protección de la salud de las poblaciones se centra en identificar los potenciales riesgos que pueden afectar la salud integral de las personas y



comunidades, prevenirlos, evaluarlos e intervenirlos mediante acciones efectivas y respetuosas de la diversidad frente a cosmovisiones que comprenden de manera distinta lo que afecta los procesos de salud-enfermedad, y lo que puede ser una amenaza para la salud individual y colectiva.

De acuerdo con la OMS (2002), algunos de los riesgos en salud se han reducido, pero las pautas de consumo (alimentos, alcohol, tabaco, entre otros) han generado una transición de los riesgos y una tendencia al incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles, agregando una importante carga de enfermedad, incluso con regiones que aún no superan los problemas de salud como las enfermedades transmisibles y la desnutrición.

Al entender el riesgo como la probabilidad de un resultado adverso, o un factor que aumenta esa probabilidad, se debe reconocer que los riesgos para la salud de las poblaciones son diversos, dinámicos, en algunos casos crecientes, pueden constituirse en cualquier momento y se relacionan con las circunstancias de vida compartida y particular, en diferentes escenarios vitales y dinámicas sociales. La aproximación a los riesgos está mediada por la estructura cultural de la sociedad, las experiencias personales, familiares y sociales, los acumulados vitales individuales y colectivos; a lo que se unen las definiciones técnicas de expertos e institucionalidad que participan de su control y de su producción.

Los riesgos por lo tanto obedecen a contextos específicos, en los que se constituyen condiciones particulares y situaciones que producen relaciones complejas en tiempo y espacio, con diferentes incidencias sobre las poblaciones. Algunos de ellos con expresiones individuales de consumo, por ejemplo, se relacionan con entornos que potencian los riesgos o los controlan, con base en disponibilidad y acceso a alimentos saludables, oferta y equipamientos que promuevan y faciliten hábitos y estilos saludables, controles sobre consumos de sustancias dañinas para la salud, regulación de medidas preventivas, entre otros.



Esto significa que la gestión integral del riesgo en salud pública no contempla exclusivamente los riesgos individuales, sino que también establece las acciones necesarias para, desde el respeto a la autonomía, generar transformaciones del comportamiento y establecer acciones de protección, reconociendo la complejidad de las dinámicas en las que el curso de vida y la salud familiar y comunitaria tienen un papel protagónico. Mucho de lo que se muestra como una situación meramente individual, si bien incorpora asuntos particulares de decisiones, comportamientos y prácticas; no son aisladas y se encuentran en relación con los contextos, oportunidades, dinámicas sociales e intereses de distintos órdenes, es decir, con los determinantes estructurales de la salud y las desigualdades sanitarias en los que se desarrolla la vida de los habitantes de Colombia.

Los riesgos están siempre presentes por lo que su reconocimiento, caracterización e intervención son prioritarios en salud pública, con el propósito de prevenirlos, mitigarlos y superarlos. Pero también desde un enfoque de reducción de riesgos y daños con la intención de velar por la funcionalidad y la calidad de vida de quienes conscientemente asumen el riesgo individual como forma legítima de vivir sus vidas.

Los modos de vida que se sustentan en el ordenamiento económico, preferencias de consumo y disponibilidad de alternativas saludables o no, inciden cada vez más en las elecciones individuales, familiares, comunitarias y sociales que se acogen, en un mundo globalizado con retos sanitarios compartidos y extendidos. El PDSP 2022-2031 surge durante la pandemia de COVID-19 que pone de relieve los permanentes riesgos en relación con eventos transmisibles, unido a los acumulados de largo plazo desfavorables para distintos grupos constituidos socialmente que agravan lo existente y le dan un carácter de sindemia, ampliando la simple relación entre virus-enfermedad. Las patologías no transmisibles y otras apalancadas por cambios ambientales crecientes son otros eventos relacionados con situaciones sociales y económicas que profundizan las desigualdades en salud de las diversas poblaciones.



La Gestión Integral de Riesgos en Salud Pública debe orientarse a pensar, primero, los orígenes de la salud, los activos sociales e institucionales para protegerla en el curso de vida personal, familiar y en comunidad. Tanto la salud como el bienestar son construcciones sociales que se deben promover, consolidar y restaurar de manera continua y dinámica. La gestión integral de riesgos va más allá de intervenciones específicas sobre riesgos únicos y aislados, se trata de abordar en positivo, todo aquello que es necesario realizar para trabajar por una salud basada en las oportunidades y fortalezas de las sociedades actuales y futuras, tanto en lo local como en lo global, con permanentes alertas sobre los generadores de daño individual y colectivo, lo que puede profundizar las desigualdades estructurales existentes.

El eje estratégico de Gestión Integral del Riesgo en Salud Pública reconoce la importancia de relacionar el cuidado integral de la salud de la población en todas las instancias, mediante estrategias individuales, colectivas y poblacionales que involucran a todos los actores sociales y en particular al sistema de salud como determinante intermedio central de los resultados en salud, en términos de disponibilidad, acceso, control de riesgos y prestación de servicios individuales y colectivos.

**Alcance.** La gestión integral del riesgo en salud pública se trata entonces de asumir la salud pública en su alcance completo, lo que significa que la suma de riesgos (probabilidades de materializar amenazas para la vida y la salud) individuales y colectivos confluye e incrementa las vulnerabilidades sociales y las vulneraciones sistemáticas de los derechos humanos. La apuesta de la salud pública no se centra en atender solo las enfermedades, sino en mantener y proteger la salud de la población, lo que pasa por transformar las circunstancias de vida en el corto, mediano y largo plazo, disminuyendo la magnitud y severidad de los riesgos y su producción de daño sobre los sujetos titulares de derechos, tanto individuales como colectivos.



Este eje estratégico incorpora la línea operativa de gestión del riesgo establecida en el PDSP 2012-2021, y demás instrumentos normativos y de política que la concentran (PAIS, MAITE, RIAS, entre otros), trascendiendo la perspectiva convencional del enfoque de riesgo y relacionándolo con contextos más amplios desde la perspectiva de determinantes sociales, protección social, promoción de la salud y el abordaje positivo de oportunidades y activos sociales.

Elevar el nivel de salud, bienestar, calidad de vida y equidad en la población requiere de una acción concertada y comprometida con la modificación de todo aquello que, con potencialidad de daño, afecta la salud de individuos y colectivos. De ahí que el eje reconoce la importancia estratégica de la Gestión Integral del Riesgo en Salud Pública y su valor para la implementación del PDSP 2022-2031 como posibilidad de anticiparse a las amenazas para la salud individual y colectiva garantizando la cobertura universal y el acceso equitativo, oportuno, pertinente, seguro, diferencial y continuo a los servicios de salud y demás servicios sociales requeridos para su abordaje integral, asegurando, al mismo tiempo, la sostenibilidad del Sistema de Salud y Protección Social, con la aspiración de invertir cada vez más en salud y menos en enfermedad.

Tabla 5.

*Eje 4. Gestión Integral del Riesgo en Salud Pública*

<b>Objetivo del eje</b>	<b>Meta del eje</b>
Gestionar integralmente las condiciones de vida y salud que representan amenazas individuales y colectivas para el goce efectivo del derecho a la salud, mediante la combinación de acciones, estrategias e intervenciones de reducción de riesgos y daños, prevención y mitigación de riesgos, disminución de carga de enfermedad y desigualdades sanitarias, superación de eventos derivados de la materialización de los riesgos y amenazas y sus consecuencias reflejadas en brechas sociales	A 2031 el sistema de salud colombiano mejorará sus capacidades resilientes ante crisis o externalidades.  A 2031, el 100% de las entidades territoriales y EAPB implementarán las rutas de atención integral en salud específicas para la gestión del riesgo de su población caracterizada.



injustas y evitables, en vulnerabilidades incrementales, y en morbilidad, discapacidad y mortalidad evitable

**Indicador:** Porcentaje de recursos asignados al fondo de emergencias y desastres

**Indicador:** Porcentaje de actores del SGSSS que definen e implementan protocolos de gestión de riesgo (Centro de mando unificado)

**Indicador:** Porcentaje de entidades adoptan e que implementan las rutas integrales de atención en salud

Elementos Orientadores	Meta del elemento orientador	Estrategias
<p>Gestión de las Amenazas Individuales y Colectivas en Salud Pública</p>	<p>A 2031, los actores del SGSSS habrán fortalecido su capacidad y de respuesta frente a las amenazas colectivas en salud pública que permitan la prevención, mitigación y superación adecuada de riesgos colectivos.</p> <p>A 2031, el 100% de las EAPB contarán con la caracterización de salud-enfermedad de sus afiliados</p> <p>A 2031, Colombia opera el Sistema de Vigilancia en Salud Pública en todo el territorio nacional</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestión anticipada y oportuna de amenazas colectivas potenciales</li> <li>- Vigilancia en salud pública</li> </ul>
<p>Fortalecimiento de los Procesos de Aseguramiento y Prestación de Servicios para la Gestión del Riesgo Individual en Salud</p>	<p>A 2031, el 100% de las EAPB de habrán realizado la identificación, y evaluación, medición, tratamiento, de seguimiento y monitoreo de los riesgos en salud para los afiliados</p> <p>A 2031, el 100% de las EAPB tendrán implementado y mejorado un modelo de atención de las servicios teniendo en cuenta los</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Articulación efectiva</li> <li>- Garantía de la seguridad de la atención</li> <li>- Sostenibilidad financiera</li> </ul>



Condiciones de la Salud de la población afiliada

A 2031, Colombia habrá avanzado en la alineación de la orientación del aseguramiento, la prestación de servicios de salud y el desarrollo de las políticas y programas en salud pública en relación con la situación de salud de las personas, familias y comunidades

Implementación de rutas, modelos o enfoques para la gestión integral de riesgos en salud pública

A 2031, el 100% de las EAPB realizarán seguimiento, monitoreo y evaluación a lo largo del ciclo de atención de los indicadores para la gestión de riesgos atendiendo a los grupos de riesgo y las RIAS priorizadas, así como a indicadores para el seguimiento y evaluación de los resultados en salud y de la calidad en salud

- Desarrollo y fortalecimiento de diversas Rutas para la gestión integral de riesgos en salud pública

A 2031, el 100% de las EAPB tendrán implementado el componente individual de la gestión del riesgo articulado colaborativamente con otras entidades como las ARL, comunidad, asociaciones científicas, academia, los individuos y sus familias desde el autocuidado.

- Adopción y adaptación de modelos para la atención integral del riesgo

- Desarrollo de un enfoque de reducción

A 2031, Colombia habrá avanzado en la formulación, integral del consumo de sustancias psicoactivas



implementación y evaluación de rutas integradas e integrales sectoriales, intersectoriales y comunitarias para la gestión del riesgo en salud pública que articulen intervenciones individuales y colectivas de anticipación y control de riesgos en salud pública con perspectiva territorial

- Enfoque psicosocial para la atención integral de las personas víctimas de violencia

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

A 2031, las entidades del SGSSS de habrán implementado una estrategia de educación para el desarrollo de capacidades sobre el cuidado integral de la salud, la comunicación de riesgos en salud pública y la participación de las personas, familias y comunidades en las acciones necesarias para prevenir, mitigar o superar los riesgos que amenazan la vida y la salud.

- Construcción de estilos de vida saludables

A continuación, se presenta la descripción de cada uno de los elementos orientadores y estrategias referidos anteriormente:

**Elementos Orientadores.** El eje estratégico de la Gestión Integral del Riesgo en Salud Pública se desarrollará de acuerdo con los siguientes elementos, que dan cuenta del alcance y objetivo: gestión de las amenazas individuales y colectivas en salud pública; fortalecimiento de los procesos de aseguramiento y prestación de servicios para la gestión del riesgo individual en salud en el marco del modelo de atención para el cuidado integral de la salud, implementación de Rutas para la Gestión integral de Riesgos en Salud Pública.



### ***Gestión de las Amenazas Individuales y Colectivas en Salud Pública.***

Se relaciona con la posibilidad y capacidad de respuesta frente a las amenazas individuales y colectivas en salud pública que permitan la prevención, mitigación y superación adecuada de riesgos colectivos en concurrencia, complementariedad y subsidiaridad con otros actores y sectores gubernamentales y no gubernamentales. En ese sentido requiere el desarrollo de modelos de vigilancia en salud pública que, en conjunto con las tecnologías de información, permita identificar, de manera predictiva, riesgos asociados a eventos en salud pública, para planear y reaccionar de manera temprana frente a posibles amenazas en los sistemas sociales y sectoriales en torno a la salud de individuos y colectivos. De igual manera se relaciona con el fortalecimiento de capacidades en el talento humano y el desarrollo de la infraestructura científica y tecnológica requerida para contrarrestar cualquier eventualidad tipo epidemias, pandemias, comportamientos de riesgo de las poblaciones y aumento de las desigualdades sociales en salud que ponen en riesgo la salud.

Estrategias para el desarrollo del elemento orientador:

- ***Gestión Anticipada y Oportuna de Amenazas Colectivas Potenciales.*** Se relaciona con la posibilidad de gestionar respuestas proactivas soportadas en los sistemas de información y vigilancia en salud pública ante las amenazas colectivas en términos de riesgos biológicos, sociales, políticos, económicos y ambientales, emergencias y desastres, inocuidad de alimentos así como de productos y sustancias químicas y sanidad portuaria por medio del desarrollo de modelos predictivos y estandarizados de inteligencia epidemiológica sustentados en diferentes fuentes de información y en salas situacionales para la adecuada preparación, control y respuesta ante las amenazas en la vida y salud de los habitantes del territorio colombiano.
- ***Vigilancia en Salud Pública.*** Se relaciona con los procesos sistemáticos y estandarizados de observación y análisis de contextos, situaciones o condiciones que incrementan la vulnerabilidad de individuos y colectivos con



el objeto de orientar la gestión territorial integral de la salud pública. Incluye no solo la identificación, vigilancia y análisis del riesgo de eventos de interés en salud pública relacionados con los diferentes eventos mórbidos, sino además sobre los determinantes de las desigualdades sociales en salud. Requiere avanzar en la vigilancia integrada para los eventos en salud que se encuentran en proceso de eliminación; el desarrollo de capacidades técnicas del talento humano para fortalecer la vigilancia en campo y adelantar acciones de investigación epidemiológica relacionadas con los determinantes ambientales y sanitarios; el fortalecimiento de los procesos de vigilancia comunitaria, vigilancia en tiempo real, vigilancia de enfermedades zoonóticas y vigilancia de enfermedades inmunoprevenibles, la regulación normativa para fortalecer la vigilancia epidemiológica de la resistencia antimicrobiana, el fortalecimiento de la red nacional de laboratorios de atención humana y ambiental, y en particular de laboratorios de biología molecular, y el uso de tecnologías de la información y comunicación que posibiliten los desarrollos digitales requeridos para la vigilancia en salud pública.

***Fortalecimiento de los Procesos de Aseguramiento<sup>64</sup> y Prestación de Servicios para la Gestión del Riesgo Individual en Salud en el Marco del Modelo de Atención Integral de las Condiciones de la Salud.*** Se relaciona con la armonización del aseguramiento, la prestación de servicios de salud y el desarrollo de las políticas y programas en salud pública acordes con la situación de salud de las personas, familias y comunidades, soportada en procesos de gestión territorial las cuales deben aplicarse a cada uno de los contextos poblacionales y territoriales para garantizar los procesos de prevención, detección temprana, protección específica, diagnóstico oportuno, tratamiento rehabilitación, paliación y muerte digna para todos los habitantes del territorio colombiano.

---

<sup>64</sup> Incluye seguridad y salud en el trabajo.



Estrategias para el desarrollo del elemento orientador:

- **Articulación efectiva.** Implica la articulación de las acciones para la gestión del riesgo individual con las acciones para la gestión del riesgo colectivo, y por tanto requiere la acción colaborativa y participativa de las entidades territoriales, EAPS, IPS y personas que utilizan los servicios en los procesos de identificación, estratificación de riesgos y la valoración de la percepción social de los mismos con miras a una adecuada priorización de intervenciones y a la construcción de arreglos institucionales para su abordaje. Asimismo, requiere el desarrollo de estrategias para el aseguramiento de sujetos de especial protección y personas en contextos, situaciones y condiciones de mayor vulnerabilidad tienen dificultades para su identificación en los sistemas de información gubernamentales. Adicionalmente, requiere la organización de la red de prestadores de servicios de salud primarios y complementarios y definición del tipo de atención requerida teniendo en cuenta adaptaciones diferenciales para el diseño de la prestación de los servicios de salud
- **Garantía de la seguridad de la atención.** Se relaciona con la garantía de la seguridad de la atención a través de prácticas de prevención cuaternaria y acción sin daño, equipos interdisciplinarios capacitados y coordinados, personas y familias informadas y proactivas, prestación de servicios de salud seguros y humanizados sustentados en sistemas de información interoperables y sistemas de seguimiento y evaluación que optimicen la toma de decisiones en torno a la seguridad de la atención
- **Sostenibilidad financiera.** Se relaciona con el desarrollo de estrategias de anticipación y gestión de los riesgos financieros en EAPS y prestadores derivados de la atención individual en el sistema de salud que garanticen la sostenibilidad financiera sin detrimento de la prestación de servicios de salud en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, oportunidad y calidad.

**Implementación de Rutas, Modelos o Enfoques para la Gestión Integral de Riesgos en Salud Pública.** Se relaciona con el desarrollo de nuevas rutas,



enfoques, modelos y mecanismos para la gestión integral de riesgos en salud pública, así como con la adopción y el fortalecimiento de las RIAS establecidas normativamente y el desarrollo de nuevas RIAS según necesidades poblacionales y territoriales con el concurso no solo del MSPS, sino además con los aportes de la academia, las sociedades y agremiaciones médicas, las asociaciones de pacientes y de la sociedad civil organizada e interesada en temáticas particulares. Implica el desarrollo de arreglos institucionales sectoriales e intersectoriales para la gestión integral de los riesgos en salud pública a nivel territorial.

Estrategias para el desarrollo del elemento orientador:

- **Desarrollo y fortalecimiento de diversas Rutas para la gestión integral de riesgos en salud pública.** Se relaciona con la adopción e implementación de las RIAS<sup>65</sup> para grupos de riesgo y eventos priorizados según grupos de riesgo a través de su apropiación conceptual y metodológica, y la realización de ajustes diferenciales para personas en contextos, situaciones y condiciones de mayor vulnerabilidad. Asimismo, el acompañamiento, seguimiento, evaluación y formulación de planes de mejora para el fortalecimiento de la implementación de acciones en el marco de las RIAS. A su vez, contempla la formulación de rutas integradas e integrales sectoriales, intersectoriales y comunitarias para la gestión territorial del riesgo en salud pública que articulen intervenciones individuales y colectivas de anticipación y control de riesgos en salud pública con adecuaciones culturales y atendiendo diferenciales poblacionales y territoriales.
- **Adopción y Adaptación de Modelos para la Atención Integral del Riesgo.** Se relaciona con el desarrollo de modelos comunitarios y de estrategias de rehabilitación basada en comunidad para favorecer el abordaje integral de

---

<sup>65</sup> Las RIAS de para grupos de riesgo deberán desarrollarse en un plazo máximo de años incorporando los lineamientos del PDSP. Diseño e implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud a la población con riesgo o presencia de alteraciones nutricional. Gestión para la implementación de las RIAS en salud mental y violencias desde un enfoque de derechos, género, interseccional y territorial.



las enfermedades, la construcción de estilos de vida saludables y la gestión comunitaria para el cuidado integral de personas, en especial de las personas con problemas y trastornos de salud mental y con enfermedades huérfanas-raras, cardiovasculares, metabólicas y epilepsia, así como en personas con consumo de sustancias psicoactivas que las protejan del aislamiento y discriminación propios de los modelos tradicionales de atención. Asimismo, se relaciona con la articulación de servicios sociales, sociosanitarios y de salud que propendan por la inclusión de personas según diferenciales poblacionales y territoriales.

- ***Desarrollo de un Enfoque de Reducción De Riesgos y Daños para el Manejo Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas.*** Se relaciona con el desarrollo y apropiación de un enfoque de reducción de riesgos y daños para el manejo integral del consumo de sustancias psicoactivas como posibilidad de prevenir el consumo, mejorar la funcionalidad y calidad de vida de las personas, y reducir el estigma y discriminación hacia ellas, gestionando y mitigando los posibles riesgos para la salud derivados del consumo.
- ***Enfoque Psicosocial para la Atención Integral de las Personas Víctimas de Violencia.*** Se relaciona con el fortalecimiento de la atención integral para personas víctimas del conflicto armado de acuerdo con el protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial, en el marco del SGSSS. Asimismo, se relaciona con la gestión territorial para la adecuación sociocultural de las atenciones o intervenciones en salud para las personas en riesgo o víctimas de violencias.

***Educación para la Prevención de Riesgos Individuales y Colectivos en Salud Pública.*** Se relaciona con el desarrollo de capacidades para el cuidado integral de la salud, la comunicación de riesgos en salud pública y la participación de las personas, familias y comunidades en las acciones necesarias para prevenir, mitigar o superar los riesgos que amenazan la vida y la salud mediante procesos educativos adecuados a diferenciales poblacionales y territoriales. Asimismo, se relaciona con el desarrollo de prácticas pedagógicas dialógicas en el marco de las



acciones individuales, familiares o grupales de educación para la salud en el marco de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud.

Estrategias para el desarrollo del elemento orientador:

- **Construcción de Estilos de Vida Saludables.** Se relaciona con el desarrollo de intervenciones educativas para la construcción de los estilos de vida saludables, la prevención de conductas de riesgo y el control de las enfermedades, favoreciendo la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, con adecuaciones culturales y de acuerdo con diferenciales poblacionales y territoriales. Asimismo, se relaciona con la transformación de las representaciones sociales, imaginarios, normas y prácticas que reproducen el estigma, auto estigma y discriminación múltiples limitan el acceso a servicios de salud y la atención integral por medio de la implementación de procesos educativos dialógicos en el campo de la salud pública que desarrollen la autoestima y la autonomía entre otras capacidades que promuevan la vida y la salud. De igual forma, implica la articulación con procesos de procesos movilización social, en reconocimiento de la capacidad de agencia de individuos y colectivos para transformar sus condiciones y estilos de vida

### **Eje estratégico 5: Gestión del Conocimiento para la Salud Pública**

Para dar respuesta a los retos que enfrenta la salud pública en el ámbito local, nacional y global, es fundamental incorporar la gestión del conocimiento como una estrategia transversal que impulsa la generación, transferencia, intercambio y apropiación de conocimiento pertinente para la toma de decisiones, y para el diseño, implementación y evaluación de políticas, planes y proyectos para el mejoramiento de las condiciones de salud de la población y el cierre de brechas injustas y evitables. Así, la Organización Panamericana de la Salud—OPS incluyó como función esencial de la salud pública renovada, la promoción y gestión de la investigación y el conocimiento para la formulación de políticas de salud informadas



por evidencia (OPS, 2020). Esto recobra especial relevancia en países de bajos y medianos ingresos donde las brechas en salud son aún más pronunciadas.

De esta forma contar con información suficiente, oportuna, confiable y de calidad para la gestión de la salud pública resulta fundamental para responder a la complejidad de las realidades territoriales y poblacionales, así como para avanzar hacia las metas locales y globales de la salud pública. Para ello, es preciso disponer de bases conceptuales, técnicas y de infraestructura, así como con esfuerzos amplios y sistemáticos sobre los procesos de adquisición, generación, difusión, aplicación y evaluación del conocimiento en salud pública.

A pesar de que en las décadas recientes la humanidad ha experimentado un crecimiento significativo en la generación de nuevo conocimiento y desarrollo de tecnologías e innovación, la incorporación de estos avances en la práctica informada de la salud pública ha sido limitada (Piot, 2012).

De esta manera, la Organización Mundial de la Salud—OMS estableció la Estrategia de Gestión del Conocimiento para incrementar el acceso equitativo al conocimiento y afianzar una mayor aplicación del conocimiento y la evidencia en la salud pública (WHO, 2005). En coherencia, y con el objetivo de fortalecer el uso de la información en la toma de decisiones en salud, la OPS propuso su política sobre Investigación para la Salud, la cual reconoce la gestión del conocimiento y la investigación en salud como elementos angulares para alcanzar el nivel más alto de salud y de equidad en la región (Organización Panamericana de la Salud, 2010).

En Colombia, la generación de conocimiento en salud continúa siendo baja, y existen desigualdades en la infraestructura de tecnologías de la información y comunicación en el territorio nacional. Adicionalmente, los recursos para la gestión del conocimiento son escasos, el trabajo en redes es limitado y, de manera especial, la aplicación del conocimiento en la construcción de políticas, planes y programas es insuficiente. Este último aspecto ha sido denominado como “la brecha entre el



saber y el hacer” (WHO, 2013b), e identificado como un factor contribuyente a las inequidades sanitarias (WHO, 2005).

En el sector salud colombiano, la Ley Estatutaria 1751 de 2015 determinó que el Estado debe establecer una Política de Innovación, Ciencia y Tecnología en Salud, que permita el fortalecimiento de la investigación y la generación de nuevo conocimiento en salud para avanzar hacia una mejor calidad de vida. Asimismo, estableció la responsabilidad de divulgar información sobre progresos científicos en salud, en tecnologías costo-efectivas, prácticas clínicas y rutas críticas, así como la implementación de un sistema único de información en salud (Congreso de la República, 2015).

De igual forma, la Política de Atención Integral en Salud —PAIS reconoce la necesidad de desarrollar y fortalecer la investigación e innovación interdisciplinar en salud para, entre otros, la identificación de mecanismos efectivos de transferencia de conocimientos en políticas públicas de salud que orienten las acciones para resolver las necesidades en salud de los colombianos, permitan avanzar hacia la garantía del derecho a la salud, mejorar el acceso equitativo a nuevas tecnologías en salud, así como mejorar el desempeño del sistema y de los servicios de salud (MSPS, 2016b).

En este sentido, se espera que el eje de Gestión del Conocimiento para la Salud Pública del PDSP 2022-2031 permita avanzar en el fortalecimiento de la construcción colectiva de conocimientos y saberes en salud con enfoque diferencial y de género para mejorar la efectividad de las acciones en salud pública e impactar el bienestar y la calidad de vida de la población y reducir las desigualdades sociales en salud.

**Alcance del Eje Estratégico.** El eje estratégico de Gestión del Conocimiento para la Salud Pública, plantea un modelo que entiende la gestión del conocimiento como un conjunto de principios, procesos, herramientas y prácticas que permite a



las personas y a los colectivos consolidar, generar, divulgar, traducir y usar el conocimiento para la gestión de la salud pública, avanzar hacia la garantía del derecho fundamental a la salud, mejorar el acceso equitativo a nuevas tecnologías en salud, así como mejorar el desempeño del sistema y de los servicios de salud. El modelo propuesto contempla procesos a través de los cuales se logra la gestión del conocimiento tales como la gestión de datos, la generación de conocimiento, la difusión y traducción social del conocimiento y su uso para la toma de decisiones; las tecnologías de la información y las comunicaciones como herramientas de apoyo a la gestión del conocimiento; y a las personas como generadoras y usuarias del conocimiento.

De esta manera el eje estratégico de Gestión del Conocimiento para la Salud Pública está orientado a la construcción colectiva de conocimientos y saberes por individuos y colectivos con un enfoque diferencial y de género en distintos niveles y sectores implicados en la gestión de la salud pública del país, orientado a la toma de decisiones.

Se espera que, con el fortalecimiento de la gestión del conocimiento y construcción de saberes para la salud pública, se contribuya a la comprensión holística de la situación de salud de la población colombiana y su relación con los determinantes sociales, se responda el llamado a la acción y se consoliden los esfuerzos para cerrar las brechas en los resultados de salud del país.

Tabla 6.

*Eje 5. Gestión del Conocimiento para la Salud Pública*

<b>Objetivo del eje</b>	<b>Meta del eje</b>
Fortalecer la gestión del conocimiento para la salud pública mediante el reconocimiento y la construcción conjunta de conocimientos y capacidades, el fortalecimiento de las capacidades institucionales y sociales, la gestión de los sistemas de información y la articulación	A 2031 el país habrá fortalecido el conocimiento en salud pública por medio de la generación de los sistemas de información y la acción intersectorial como elemento fundamental para la gestión y toma de decisiones en salud pública. Se orientará bajo el



intersectorial, como una de las estrategias marco de referencia de investigación orientada transversales de la gestión de la salud pública por misiones. en el país.

**Indicador:** Porcentaje de avance en el diseño e implementación de plan de fortalecimiento de capacidades institucionales y sociales para la gestión y toma de decisiones en salud pública

**Indicador:** Porcentaje de avance en el diseño del modelo de investigación orientada por misiones para salud.

Elementos Orientadores	Meta del elemento orientador	Estrategias
1. Establecimiento de un Marco de Articulación para la Gestión del Conocimiento	A 2031 el país contará con un marco para la articulación y cooperación entre actores sectoriales, intersectoriales, la sociedad civil y las comunidades en redes estratégicas para fortalecer la gestión del conocimiento en salud pública y los Determinantes Sociales de la Salud. A 2031 se conformarán los comités asesores para la gestión de la salud pública a nivel departamental	- Consolidación de una red de gestión del conocimiento en salud pública. - Gestión de la sostenibilidad de la gestión del conocimiento y consolidación de mecanismos de cooperación internacional bilateral - Fomento de la participación social en la red de gestión del conocimiento
2. Fortalecimiento de fuentes de información y gestión de datos	A 2031, el país contará con un sistema de información interoperable, que permita gestionar la información de las condiciones de salud en la población y sus determinantes sociales	- Caracterización y evaluación de fuentes para el establecimiento de acciones orientadas a la mejora continua de la información en salud



A 2031 todos los entes territoriales contarán con repositorios virtuales y datos abiertos para la gobernanza de la salud pública en instituciones abiertas, bibliotecas públicas virtuales que se constituyan como herramientas para la gobernanza de datos en salud en los niveles nacionales, territoriales y locales.

3. Consolidación de la generación de conocimiento pertinente para la gestión de salud pública

A 2031 el sector salud generará conocimiento contextualizado, de calidad y oportuno que se constituya como insumo para la toma de decisiones informadas en salud pública.

- Generación de conocimiento contextualizado, de calidad colectiva de saberes

- Consolidación de espacios para la construcción de centros de pensamiento y observatorios en salud pública

- Desarrollo y fortalecimiento de centros de pensamiento y observatorios en salud pública

- Fortalecimiento de los procesos de planeación en salud pública

4. Articulación Sectorial e Intersectorial para la Divulgación, comunicación y Traducción Social del Conocimiento en Salud Pública

A 2031, el 100% de las entidades territoriales contarán con iniciativas de salud pública promovidas a partir de la construcción colectiva y articulación de actores intersectoriales gubernamentales y no gubernamentales para el establecimiento de entornos que favorezcan la apropiación del conocimiento en salud a todos los niveles

- Consolidación del intercambio y traducción social del conocimiento en salud pública

- Diseño e implementación de un marco de comunicación para la divulgación y la apropiación social del conocimiento

5. Articulación Sectorial e Intersectorial para la formulación y ejecución y evaluación de políticas públicas en salud,

A 2031 la formulación, formulación de políticas y la toma de decisiones en salud pública

- Fomento del uso del conocimiento para la formulación de políticas y la toma de decisiones en salud pública



la Gestión del Uso estándares y lineamientos del Conocimiento para la práctica de la para la Salud gestión pública estará Pública orientada al uso del conocimiento como una herramienta de transformación para la mejora de las condiciones de vida y salud de la población.

A 2031, todas las ET consolidan una cultura del uso del conocimiento en los procesos de toma de decisiones en salud pública

A continuación, se presenta la descripción de cada uno de los elementos orientadores y estrategias referidos anteriormente:

**Elementos orientadores:** El eje estratégico de gestión del conocimiento para la salud pública se desarrolla de acuerdo con los procesos del modelo de gestión del conocimiento para la salud pública, que dan cuenta del alcance y del objetivo: establecimiento de un marco de articulación para la gestión de conocimiento; fortalecimiento de fuentes de información y gestión de datos; consolidación de la generación de conocimiento para la salud pública, articulación sectorial e intersectorial para la divulgación, comunicación y traducción del conocimiento en salud pública; divulgación y traducción social del conocimiento; articulación sectorial e intersectorial para la gestión del uso del conocimiento para la salud pública.

***Elemento Orientador 1: Establecimiento de un Marco de Articulación para la Gestión del Conocimiento en Salud Pública.*** Este elemento se relaciona con el desarrollo de un conjunto de acciones para articular actores clave sectoriales,



intersectoriales, incluyendo la academia, la sociedad civil organizada y las comunidades para la construcción de una red de gestión del conocimiento en salud pública en el marco del Plan Decenal de Salud Pública, que permita la construcción colectiva de conocimiento y saberes para orientar la toma de decisiones en salud pública.

Una red de gestión del conocimiento consiste en la cooperación y articulación de actores interdisciplinarios y multisectoriales con intereses comunes en esfuerzos conjuntos de apalancamiento para la generación de conocimiento e investigación en áreas del saber en salud pública.

*Estrategias del elemento orientador 1:*

- ***Consolidación de una Red de Gestión del Conocimiento en Salud Pública.*** Consiste en el desarrollo de acciones para la estructuración y consolidación de una red de gestión del conocimiento, saberes e investigación en salud pública, que articule actores clave sectoriales e intersectoriales incluyendo la academia, organismos de cooperación internacional, la sociedad civil organizada y las comunidades de los distintos niveles territoriales en espacios de entendimiento; que consolide un plan de gestión del conocimiento colaborativo, articulado con cooperación interinstitucional. Este plan deberá avanzar hacia la materialización de la gestión del conocimiento y la investigación como función esencial de la salud pública, la propuesta de una agenda de gestión del conocimiento e investigación con líneas definidas acordes a las necesidades de salud nacionales y subnacionales con un enfoque diferencial y de género, así como al fortalecimiento de las capacidades para la generación de conocimiento y el desarrollo de investigación.
- ***Gestión de la Sostenibilidad de la Gestión del Conocimiento y Consolidación de Mecanismos de Cooperación Internacional Bilateral.*** La presente estrategia se centra en gestionar fuentes de financiación en



niveles altos del gobierno nacional, el Ministerio de Ciencia Tecnología e Innovación, otros Ministerios y Departamentos, y organismos de cooperación internacional para asegurar la gestión del conocimiento e investigación en salud pública, así como el fortalecimiento de las capacidades y la sostenibilidad de la red de gestión del conocimiento.

- ***Fomento de la Participación Social en la Red de Gestión Del Conocimiento.*** Busca el desarrollo de acciones enfocadas en el fomento de la participación de la sociedad civil organizada y las comunidades en su diversidad en la red de gestión del conocimiento en salud pública, que promueva su incidencia efectiva en los procesos de gestión colectiva de conocimiento e investigación y el intercambio de saberes en procesos de co-creación de conocimiento.

***Elemento Orientador 2: Fortalecimiento de Fuentes de Información y Gestión de Datos.*** Se relaciona con el desarrollo de mecanismos para la generación, obtención, estructuración, preparación, consolidación, evaluación, disposición, fortalecimiento y gobernanza de la información y de datos tales como registros administrativos, encuestas y censos poblacionales en los diferentes niveles territoriales. Las acciones deben partir de la identificación de las brechas de información, síntesis de la información y datos existentes, para luego promover la integración y acceso a otras fuentes de información que permitan fomentar el incremento de la evidencia en salud para el país y enriquecer las fuentes de datos sanitarios (MSPS, 2015).

*Estrategias del elemento orientador 2:*

- ***Caracterización y Evaluación de Fuentes para el Establecimiento de Acciones Orientadas a la Mejora Continua de la Información En salud.*** Consiste en la implementación de un conjunto de acciones para el fortalecimiento de las fuentes de información del sector y otros sectores, que identifique brechas de información y favorezca el desarrollo de mecanismos



para asegurar la interoperabilidad de sistemas de información para la toma de decisiones en salud pública. En esta estrategia se desarrollarán acciones tendientes a mejorar la calidad en las fases de captura, consolidación y reporte de datos sanitarios y sociales de diferentes fuentes y actores según sus competencias, la armonización de variables relacionadas con estratificadores sociales, pertenencia étnica e identidad teniendo en cuenta el enfoque de determinantes sociales de la salud.

- ***Fortalecimiento y Generación de Bibliotecas y Repositorios Virtuales y Datos Abiertos para la Gestión de la Salud Pública en Instituciones Públicas.*** La estrategia busca favorecer la apertura y disponibilidad de datos sectoriales e intersectoriales sobre la salud y sus determinantes y garantizar su acceso equitativo a través de repositorios abiertos al público que respondan a los estándares de la Guía de estándares de calidad e interoperabilidad de los datos abiertos del gobierno de Colombia, con el objetivo de permitir el uso amplio de la información disponible para la generación de conocimiento.

***Elemento Orientador 3: Consolidación de la Generación de Conocimiento para la Gestión de Salud Pública.*** La generación de conocimiento en salud pública busca aumentar la comprensión y el entendimiento de la complejidad de los procesos de salud de la población y los factores y condiciones que la determinan. Con este elemento orientador se busca avanzar en la consolidación de acciones para la construcción colectiva de conocimiento contextualizado, saberes e investigación en salud pública a través de procesos de co-creación entre diferentes actores sectoriales e intersectoriales,

*Estrategias del elemento orientador 3:*

- ***Generación de Conocimiento Contextualizado en Salud Pública.*** Implica el desarrollo de acciones articuladas con diversos actores para la generación de conocimiento que permita incrementar la comprensión de las



condiciones de salud, las desigualdades en salud y sus determinantes a nivel territorial, teniendo en cuenta los diferenciales poblacionales y territoriales, a través de metodologías cuantitativas, cualitativas y mixtas. El conocimiento generado debe ayudar a establecer líneas de acción en salud pública pertinentes, contextualizadas e informadas con enfoque diferencial, de género e interseccional para la toma de decisiones y orientar la gestión de los determinantes sociales de la salud.

- **Consolidación de Espacios para la Construcción Colectiva de Saberes.** Consiste en el desarrollo de acciones en un marco intercultural y plural con actores diversos para avanzar en el diálogo horizontal de saberes y la construcción colectiva de saberes en salud pública que permitan el reconocimiento de los saberes acumulados y las prácticas ancestrales en salud pública de las comunidades en la institucionalidad del sector salud.
- **Desarrollo y Fortalecimiento de Centros de Pensamiento Y Observatorios en Salud Pública.** Consiste en el desarrollo de acciones para la creación de centros de pensamiento en salud pública con actores de la red de gestión del conocimiento en alianza con universidades, investigadores y sociedad civil para generar espacios permanentes de reflexión y debate en torno a la salud pública del país, así como para la construcción de propuestas orientadas al mejoramiento de la acción en salud pública en el marco de los determinantes sociales, de la garantía del derecho fundamental a la salud, la evaluación del Plan Decenal de Salud Pública y la orientación en la formulación de políticas públicas. Asimismo, se deben desarrollar acciones tendientes a la construcción, fortalecimiento y financiación de observatorios en salud pública como escenarios de gestión de conocimiento para la toma de decisiones en salud pública, en el marco del Lineamiento Técnico Operativo para la Construcción, Gestión y Evaluación de los Observatorios de Salud establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social.



- **Fortalecimiento de los Procesos de Planeación en Salud Pública.** Consiste en el desarrollo de planes y acciones para la estructuración de procesos que permitan la transferencia de conocimiento del sistema de seguimiento y evaluación del Plan Decenal de Salud Pública para optimizar la toma de decisiones en salud. Asimismo, el desarrollo de acciones para el fortalecimiento de los procesos de planeación en salud pública en el marco de la estrategia de gestión Planear, Hacer, Verificar y Actuar (PHVA).

**Elemento Orientador 4: Articulación Sectorial e Intersectorial para la divulgación, comunicación y traducción social del conocimiento en Salud Pública.** La generación de conocimiento pertinente y contextualizado es elemento esencial para la apropiación y traducción social del conocimiento de los diferentes actores sociales que usarán dicho conocimiento para la comprensión de las condiciones de salud, así como para orientar la toma de decisiones en salud pública. Una adecuada traducción social del conocimiento se logra a partir de la generación de espacios de diálogo, así como de la comunicación y la movilización de actores. Este elemento orientador, se relaciona con la consolidación de acciones para la divulgación y la apropiación social del conocimiento que incluyen estrategias de educación y comunicación en el campo de la salud pública, la generación y fortalecimiento de metodologías para el uso de información y la toma de decisiones en salud, y el intercambio de conocimientos y saberes en salud pública generados por los distintos actores sociales.

*Estrategias del elemento orientador 4:*

- **Consolidación del intercambio y traducción social del conocimiento en salud pública.** En estrategia busca establecer un diálogo horizontal entre actores sectoriales, intersectoriales, la sociedad civil y las comunidades a partir de redes participativas de apropiación social del conocimiento en salud pública que fortalezca la toma de decisión y los ejercicios participativos en



las fases de planeación, ejecución y evaluación de las intervenciones en salud pública acordes al contexto territorial.

- ***Diseño e implementación de un marco de comunicación para la divulgación y la apropiación social del conocimiento.*** Se enmarca en el desarrollo y cumplimiento de una estrategia nacional de comunicación en el campo de la salud pública para promover acciones para la comunicación multidireccional, interactiva e intersectorial para la divulgación y apropiación social del conocimiento a través de diversos espacios y herramientas. También deberá fomentar la participación social efectiva en los espacios de diálogo y de toma de decisión en salud pública.

***Elemento Orientador 5: Articulación Sectorial e Intersectorial para la Gestión del Uso del Conocimiento para la Salud Pública.*** En este elemento orientador se plantea el uso del conocimiento como una herramienta para la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas, estándares y lineamientos en salud. También, reconoce la importancia de asegurar la participación social efectiva en todo el ciclo de la política pública.

*Estrategias del elemento orientador 5:*

- ***Fomento del uso del conocimiento para la formulación de políticas y la toma de decisiones en salud pública.*** Busca consolidar una cultura del uso del conocimiento en los procesos de toma de decisiones en salud pública, en el seguimiento y evaluación del Plan Decenal de Salud Pública, así como en la formulación de lineamientos, planes, programas y políticas públicas en el nivel nacional y subnacional, asegurando la participación social efectiva intercultural y plural para la planeación, ejecución y evaluación de intervenciones en salud pública.

***Eje estratégico 6: Gestión y Desarrollo del Talento Humano en Salud Pública***



La salud pública depende en gran medida para su organización y operación del talento humano en salud, quien se constituye en un gestor fundamental de la salud pública a nivel territorial para la acción intersectorial de los determinantes sociales de la salud y en particular, para avanzar hacia la garantía del derecho fundamental a la salud, y al logro de una mayor cobertura y acceso al sistema de salud (OPS, 2017). De esta manera, el desarrollo de capacidades del talento humano en salud pública para cogestionar la salud pública territorial en términos de organización, operación (prestación de servicios), disposición de recursos, y uso del conocimiento, contribuye a generar transformaciones en los sujetos y en las formas de relacionamiento al interior de las prácticas en salud que impactan positivamente los resultados en salud de la población, así como a la construcción de sistemas de salud sólidos y resilientes (MSPS, 2018).

En tal sentido, el desarrollo, la disponibilidad, la accesibilidad y la calidad del talento humano en salud pública acorde y pertinente a las necesidades de la población, ha sido parte central de la agenda de salud a nivel internacional, regional y nacional (OMS, 2016; OPS, 2017). La necesidad de formular políticas adecuadas para el desarrollo del talento humano en salud establecida según lineamientos internacionales incluye: mayor inversión, creación de nuevos empleos, formalización laboral, contratación digna y formación adecuada como estrategias clave para el cumplimiento de los compromisos adquiridos en acuerdos internacionales (MSPS, 2018; OMS, 2015, 2016; OPS, 2017).

Específicamente, la estrategia mundial de recursos humanos para la salud en el marco de la agenda 2030, establece que para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible—ODS y el acceso universal al sistema de salud, es necesario el desarrollo de políticas de talento humano y el incremento en la financiación para “garantizar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad del personal de salud” en condiciones adecuadas para la formación y motivación (OMS, 2015, p. 5). Asimismo, la estrategia para el acceso universal a la salud y la



cobertura universal de la salud de la región, que se basa en el goce del derecho a la salud, reconoce el rol fundamental del talento humano para la garantía del acceso equitativo de la población a servicios integrales de salud, mediante la superación de barreras de acceso al sistema de diversos y variados orígenes (OPS, 2017). Desde esta perspectiva, el desarrollo del talento humano para la salud corresponde a una de las funciones esenciales de la salud pública renovadas (OPS, 2020) que para desarrollarse implica vincular el perfil de las capacidades requeridas por el personal sanitario con la estrategia de atención primaria en salud (OPS, 2007).

En Colombia, varias leyes han definido elementos centrales para el desarrollo del talento humano en salud. la Ley 1164 de 2007, definió disposiciones para la formación y la vigilancia de ejercicio y desempeño del talento humano en salud (Ley 1164, 2007). De igual forma, la Ley Estatutaria en Salud (2015), especifica la autonomía profesional y el respeto a la dignidad de los profesionales y trabajadores de la salud, los cuales deberán tener “*condiciones laborales, justas y dignas, con estabilidad y facilidades para incrementar sus conocimientos*” (Ley 1751, 2015, p. 10). Asimismo, en el 2018 el Ministerio de Salud y Protección Social estableció la Política Nacional de Talento Humano en Salud, la cual busca “*articular los procesos de formación, investigación, innovación, ejercicio y desempeño del talento humano en salud en torno a las necesidades de salud de la población y a los objetivos del sistema de salud*” (MSPS, 2018, p. 53). De ahí que, la realización laboral, profesional y personal del talento humano en salud pública se constituye en aspecto clave para la gestión territorial integral de la salud pública.

En coherencia con esta política, los lineamientos internacionales, regionales y nacionales, los aprendizajes obtenidos durante la respuesta social y sanitaria a la pandemia por COVID-19, y la solicitud de la ciudadanía y actores del sector en los espacios de participación en el marco de la formulación del Plan, el PDSP 2022-2031 incorpora entonces la gestión y desarrollo del talento humano en salud pública como un eje estratégico fundamental para la gestión territorial integral de la salud pública.



**Alcance del Eje Estratégico.** El Talento Humano en Salud Pública —THSP es un gestor fundamental de la salud pública del país que contribuye con el avance hacia la materialización del derecho fundamental a la salud, la mejora del desempeño y sostenibilidad del sistema de salud y la consolidación del sistema de gestión territorial integral de la salud pública.

El eje de gestión y desarrollo del talento humano en salud pública en el marco del PDSP 2022-2031, propende por el desarrollo de mecanismos que hagan posible su fortalecimiento a través de procesos de formación, desarrollo, empleabilidad, monitoreo y la distribución de su fuerza de trabajo en el nivel nacional y subnacional. Asimismo, incorpora elementos relacionados con el desarrollo de capacidades de cogestión necesarias para el abordaje de la salud desde el marco de los determinantes sociales, la atención primaria en salud y la gestión territorial integral de la salud pública.

Tabla 7.

*Eje 6. Gestión y Desarrollo del Talento Humano en Salud Pública*

Objetivo del eje	Meta del eje
Consolidar la gestión y desarrollo del talento humano en salud pública mediante la articulación sectorial e intersectorial que asegure su formación y desempeño integral acorde a las necesidades de salud territoriales, el desarrollo de capacidades para la cogestión de la salud pública, así como su disponibilidad, accesibilidad, distribución, pertinencia y calidad en condiciones de protección, formalización y seguridad laboral para avanzar hacia la garantía del derecho fundamental a la salud de la población que habita en Colombia, en el marco de los determinantes	A 2031, habrá consolidado un plan estratégico para el desarrollo de mecanismos que hagan posible el fortalecimiento del talento humano en salud pública (THSP) a través de procesos de formación, desarrollo, empleabilidad, monitoreo y la distribución de su fuerza de trabajo en el nivel nacional y subnacional, mediante la articulación sectorial e intersectorial con el Ministerio de Educación Nacional <b>Indicador:</b> Porcentaje de avance de diseño e implementación de un plan estratégico intersectorial para la formación y desempeño



sociales, la atención primaria en salud y la gestión territorial integral de la salud pública.

integral del THSP acorde a las necesidades de salud territoriales

**Indicador:** Porcentaje de avance de diseño e implementación de un plan estratégico para el desarrollo de capacidades en el THSP para la cogestión de la salud pública

**Indicador:** Porcentaje de avance y diseño de un plan estratégico intersectorial que defina aspectos relacionados la disponibilidad y sostenibilidad del talento humano en salud pública en condiciones de protección y seguridad laboral

Elementos Orientadores	Meta del elemento orientador	Estrategias
1. Consolidación de Capacidades para la Cogestión Territorial de la Salud Pública.	A 2031, Colombia habrá desarrollado un plan para la cogestión territorial de la Salud Pública que incorpore un componente de caracterización del TH, de fortalecimiento de capacidades institucionales y sociales y de fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la respuesta efectiva a las necesidades de salud.  A 2031 se habrá disminuido al 40% la brecha en el indicador de densidad de talento humano, entre las zonas densamente pobladas y las zonas alejadas y dispersas	- Caracterización del talento humano en salud pública. - Fortalecimiento de capacidades institucionales y sociales para la cogestión territorial de la salud pública. - Fortalecimiento de capacidades institucionales en la autoridad sanitaria
2. Educación del talento humano para	A 2031, se desarrolla un plan de formación de	- Formación y educación continua del talento humano en salud pública.



la gestión integral de la salud pública	educación continua del talento humano en salud pública.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definición de estándares y criterios de calidad para la educación y práctica de la salud pública.</li> <li>- Desarrollo de didácticas específicas para la salud pública.</li> <li>- Talento humano para la gestión de la atención primaria integral en salud</li> </ul>
3. Disponibilidad y sostenibilidad del talento humano en salud pública en condiciones de protección y seguridad laboral	<p>A 2031, Colombia habrá desarrollado estrategias orientadas a garantizar la disponibilidad del talento humano en el territorio y nacional en condiciones laborales adecuadas, a través de mecanismos de fidelización, movilización, apoyo psicosocial e incentivos laborales</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponibilidad y distribución equitativa del talento humano</li> <li>- Fortalecimiento del mercado laboral para el talento humano en salud pública</li> </ul>
	<p>A 2031, Colombia habrá implementado mecanismos de financiación y estrategias para mejorar la inversión pública que permita incrementar la disponibilidad y distribución equitativa del THSP acorde a las necesidades en salud de la población</p>	

A continuación, se presenta la descripción de cada uno de los elementos orientadores y estrategias referidos en la tabla anterior

**Elementos orientadores.** El eje estratégico de gestión y desarrollo del talento humano en salud pública se desarrollará de acuerdo con los siguientes elementos, que dan cuenta del alcance y objetivo: consolidación de capacidades



para la cogestión territorial de la salud pública; educación del talento humano para la gestión integral de la salud pública; y la disponibilidad y sostenibilidad del talento humano en salud pública en condiciones de protección y seguridad laboral.

**Elemento Orientador 1: Consolidación de Capacidades para la Cogestión Territorial de la Salud Pública.** La consolidación de capacidades en el THSP para la cogestión se relaciona con la caracterización del THSP requerido en los distintos procesos de gestión territorial en salud pública y del Plan Territorial de Salud; el fortalecimiento de capacidades institucionales y sociales por medio de practicas pedagógicas dialógicas que permitan instituir procesos de cogestión colaborativa y participativa acordes a diferenciales poblacionales y territoriales; fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la respuesta efectiva a las necesidades de salud de la entidad territorial y la asignación adecuada de presupuestos y recursos financieros para la contratación del talento humano necesario para la acción.

Estrategias del elemento orientador 1:

- **Caracterización del talento humano en salud pública.** Consiste en la identificación, según diferenciales poblacionales y territoriales, de la disponibilidad, formación, ubicación geográfica y condiciones de movilidad del THSP a partir de la consolidación de fuentes de información integradas que orienten la toma de decisiones para su adecuada gestión.
- **Fortalecimiento de capacidades institucionales y sociales para la cogestión territorial de la salud pública.** Consiste en el fortalecimiento de capacidades para la cogestión de la salud pública que permitan instituir procesos relacionales de carácter participativo, colaborativo y democrático en actores institucionales y sociales acordes a diferenciales poblacionales y territoriales. Particularmente, se relaciona con el desarrollo de prácticas pedagógicas dialógicas que permitan la construcción de capacidades para interpretar, proponer, disentir, negociar, acordar y actuar en el THSP que



posibiliten las acciones interdisciplinarias, interinstitucionales e intersectoriales necesarias para la cogestión de la salud pública en el territorio.

- **Fortalecimiento de capacidades institucionales en la autoridad sanitaria.** Se relaciona con el diagnóstico y fortalecimiento de capacidades para la cogestión territorial de la salud pública requeridas por las autoridades sanitarias para desarrollar los procesos de planeación territorial en salud y generar arreglos institucionales y alianzas que permitan la adecuada implementación de las acciones sectoriales e intersectoriales derivadas del PTS y del presente Plan.

**Elemento Orientador 2: Educación del talento humano para la gestión integral de la salud pública.** Se relaciona con el fortalecimiento de los procesos de formación y educación continua del talento humano en salud pública que posibiliten el desarrollo de las capacidades técnico-científicas y relacionales requeridas para responder a las necesidades de atención y gestión integral de la salud atendiendo a diferenciales poblacionales y territoriales. Asimismo implica para las disciplinas afines a la salud pública el fortalecimiento de sus currículos académicos con didácticas y contenidos específicos que permitan la apropiación de los conocimientos y capacidades necesarias para la gestión e implementación del Plan Decenal de Salud Pública.

Estrategias del elemento orientador 2:

- **Formación y educación continua del talento humano en salud pública.** Consiste en el desarrollo de planes y programas académicos articulados con el sector educativo que consoliden un currículo de formación acorde a las necesidades profesionales, ocupacionales y territoriales para la gestión integral de la salud pública. Adicionalmente implica la implementación del enfoque diferencial en la formación de las profesiones y ocupaciones de las



áreas de la salud y el fortalecimiento de los procesos de actualización y educación continua para el THSP, así como el desarrollo de planes para el fomento de la formación del talento humano en salud pública procedente de zonas rurales y en situaciones o condiciones de mayor vulnerabilidad.

- **Definición de estándares y criterios de calidad para la educación y práctica de la salud pública.** Se relaciona el desarrollo de lineamientos, normas, y regulaciones para la acreditación y garantía de la calidad de la educación superior, técnica y vocacional en salud pública, así como el desarrollo de mecanismos sólidos de evaluación y fiscalización del ejercicio profesional con base en estándares, instrumentos e instancias de evaluación y seguimiento del talento humano en salud pública.
- **Desarrollo de didácticas específicas para la salud pública.** Se relaciona con el desarrollo de métodos que permitan la enseñanza-aprendizaje de conocimientos y capacidades relacionados con: la gestión territorial integral de la salud pública, la institucionalización de una cultura para la vida y la salud, la reflexión pedagógica de los procesos educativos en salud, el gobierno y la gobernanza de la salud pública, la gestión intersectorial de los determinantes sociales de la salud, la gestión de la atención primaria integral en salud; la gestión integral del riesgo en salud pública, la gestión del conocimiento, la equidad, los derechos humanos, la diversidad cultural y el enfoque diferencial.
- **Talento humano para la gestión de la atención primaria integral en salud.** Consiste en la conformación de los equipos interdisciplinarios para la gestión de la atención primaria integral en salud, técnica y relacionalmente capacitados, que puedan incorporar el talento humano de otras disciplinas y áreas de las ciencias humanas, sociales y ambientales, abiertos al fortalecimiento de las funciones y roles de sus integrantes según



diferenciales poblacionales y territoriales, al desarrollo de mecanismos para evaluar y adecuar capacidades y perfiles, y a la inclusión de nuevos perfiles y gestores como promotores sociales, agentes comunitarios, gestores rurales y sabedores ancestrales a partir de normas y regulaciones específicas y la oferta de empleo público.

**Elemento Orientador 3: Disponibilidad y sostenibilidad del talento humano en salud pública en condiciones de protección y seguridad laboral.**

Se relaciona con el desarrollo de estrategias orientadas a garantizar la disponibilidad del talento humano en el territorio nacional en condiciones laborales adecuadas, a través de mecanismos de fidelización, movilización, apoyo psicosocial e incentivos laborales, así como con la búsqueda de mecanismos de financiación y el desarrollo de estrategias para mejorar la inversión pública que permita incrementar la disponibilidad y distribución equitativa del THSP acorde a las necesidades en salud de la población y el desarrollo de procesos que garanticen la resolutivez del talento humano frente a las problemáticas del territorio.

Estrategias del elemento orientador 3:

- **Disponibilidad y distribución equitativa del talento humano.** Consiste en el desarrollo de estrategias de planeación tendientes al fomento de la disponibilidad y distribución equitativa del talento humano en salud pública de acuerdo con las necesidades poblacionales y territoriales en salud, que incluyan mecanismos de desconcentración y rotación del personal; desarrollo de incentivos económicos, profesionales, laborales y contractuales; educación continua, mejoramiento de las condiciones de trabajo y carga de trabajo, y el pago oportuno de salarios justos para generar procesos de retención y redistribución del talento humano en salud en todo el territorio colombiano. Asimismo, se relaciona con el desarrollo de planes y programas de telesalud y telemedicina para fortalecer la atención primaria en zonas rurales, remotas y desatendidas. El fomento de la perspectiva de enfoque de género en los procesos de contratación del talento humano.



- ***El fortalecimiento del mercado laboral para el talento humano en salud pública.*** Se relaciona con el fortalecimiento del mercado laboral y de trabajo y la garantía de condiciones laborales y de trabajo dignas en el marco de sistemas de protección y seguridad laboral, que incluya el desarrollo de mecanismos para la formalización laboral y la retribución salarial adecuada acorde con las responsabilidades del trabajo y profesionales.

## Referencias

- Braveman, P., Egerter, S., & Williams, D. R. (2011). The social determinants of health: Coming of age. *Annual Review of Public Health, 32*, 381–398.  
<https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031210-101218>
- Braveman, P., & Gottlieb, L. (2014). The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes. *Public Health Reports, 129*(SUPPL. 2), 19–31. <https://doi.org/10.1177/00333549141291s206>
- Congreso de la República. Ley Estatutaria No. 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones, Ministerio de Salud y Protección Social § (2015). Colombia: Congreso de Colombia. Retrieved from  
[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Ley\\_1751\\_de\\_2015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley_1751_de_2015.pdf)
- Departamento Administrativo de la Función Pública. (2020). *Gestión del Conocimiento*.
- Departamento Administrativo de la Función Pública. (2021). *Abecé de la Integración de la Gestión del Conocimiento y la Innovación. Versión 1*. Bogotá, D.C, Colombia. Retrieved from  
[https://www.funcionpublica.gov.co/web/eva/biblioteca-virtual/-/document\\_library/bGsp2ljUBdeu/view\\_file/40788625](https://www.funcionpublica.gov.co/web/eva/biblioteca-virtual/-/document_library/bGsp2ljUBdeu/view_file/40788625)
- Departamento Administrativo de la Función Pública. (2022). *Curso de inducción a los gerentes públicos de la administración colombiana. Módulo 1. Organización y funciones del Estado colombiano*. Disponible en: *Curso de inducción a los gerentes públicos de la administración colombiana*



- (funcionpublica.gov.co)
- Díez, E., Camprubí, L., & Ferrelli, R. (2015). Recomendaciones técnicas y operativas para el fortalecimiento de la Comisión Intersectorial de Salud Pública de Colombia. Colección Documentos de Trabajo No. 31. Eurosocial. Bogotá: EUROsociAL. Retrieved from <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/recomendaciones-fortalecimiento-comision-intersectorial-salud-publica-colombia.pdf>
- Girard, J., & Girard, J. (2015). Defining knowledge management: Toward an applied compendium. *Online Journal of Applied Knowledge Management*, 3(1), 1–20.
- Kershaw, P. (2018). The need for health in all policies in Canada. *CMAJ: Canadian Medical Association*, 190, E64–E65. <https://doi.org/10.1503/cmaj.171530>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Política de atención integral en salud. Un sistema de salud al servicio de la gente. Bogotá, D.C, Colombia. <https://doi.org/10.2307/j.ctv1rcf0q5.5>
- MSPS. (2016). Orientaciones para la Intersectorialidad. Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá, D.C, Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social.
- OCDE. (2018). Guidelines for Collecting, Reporting and Using Data on Innovation. Manual de OSLO, 4ta ed. Paris, Luxembourg: OECD Publishing. Paris.
- OMS. (2010). Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas. Hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar. Informe de la Reunión Internacional sobre la Salud en Todas las Políticas Adelaida. Retrieved from [http://www.who.int/social\\_determinants/spanish\\_adelaide\\_statement\\_for\\_web.pdf](http://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). Política de la OPS sobre investigación para la salud. Washington, DC.
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). Las funciones esenciales de la salud pública en las américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco



- Conceptual y descripción. Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC. Retrieved from [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53125/9789275322659\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53125/9789275322659_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Ortega, P. (2009). La pedagogía crítica reflexiones en torno a sus prácticas y desafíos. *Universitas Humanística*, 31, 26–34.
- Piot, P. (2012). Innovation and technology for global public health. *Global Public Health*, 7(SUPPL. 1), S46–S53. <https://doi.org/10.1080/17441692.2012.698294>
- República de Colombia. Ley 1757 de 2015. por la cual se dictan disposiciones en materia de promoción y protección del derecho a la participación democrática y, define la rendición de cuentas.
- WHO. (2005). World Health Organization Knowledge Management Strategy. Geneva. Retrieved from [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69119/WHO\\_EIP\\_KMS\\_2005.1.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69119/WHO_EIP_KMS_2005.1.pdf)
- WHO. (2013). Health in all policies (HiAP) framework for country action. *Health Promotion International*, 29(S1), i19–i28. <https://doi.org/10.1093/heapro/dau035>
- WHO. (2021). Atención Primaria de Salud. Geneva. Retrieved from <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>



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

---

La salud pública es un campo teórico-práctico intersectorial e interdisciplinar que se configura de manera compleja, temporal y diversa. Se relaciona no solo con las estructuras jurídico-normativas y político-institucionales que la constituyen y orientan, sino además con la capacidad de agencia que tienen los sujetos de construir y ser construidos por la realidad social circundante. En consecuencia, la salud pública excede el ámbito institucional dando paso a formas no institucionalizadas para el cuidado de la vida y la salud que desbordan la acción estatal como única directriz frente a las posibilidades de actuación territorial. Así, la salud pública se gesta desde la gobernanza local, en un intento por comprender la complejidad y diversidad del territorio dando valor a las propuestas que surgen desde los actores y sectores que lo configuran y reconociendo el derecho y capacidad de los sujetos para comprender y actuar sobre sí mismos y sobre el mundo, es decir, para decidir con autonomía sobre los fines que orientarán las acciones encaminadas a construir individual y colectivamente su vida y su salud (Granda, 2009; Campos, 2009).

Por su parte, la gestión es un proceso relacional producto de la interacción entre personas que tiene como finalidad mejorar los procesos organizativos institucionales para el cumplimiento de los objetivos propuestos. Por tanto, el centro de la gestión debe estar en los sujetos, en el talento humano que hace posible la gestión de la salud pública, y no en los objetos que participan de una cadena de valor, que si bien requieren de su administración para garantizar la producción objetiva y la calidad de los bienes y servicios, estos no aseguran el involucramiento eficaz de los sujetos en el cumplimiento de los fines misionales y tampoco su realización singular a través del trabajo. De ahí la importancia de problematizar la



racionalidad gerencial, las estructuras y el tipo de relacionamiento predominante en las formas clásicas de gestionar la salud para posibilitar la implementación de métodos complementarios y eficaces que potencien la democratización y la gobernanza requerida para el logro de los fines de la salud pública durante el próximo decenio.

Métodos de gestión, que incidan de manera particular en la forma de relacionamiento jerárquica e instrumental que prevalece en las prácticas de salud, específicamente en las relaciones instituidas entre los directivos del nivel nacional y el nivel subnacional, entre los directivos de las instituciones de salud y los trabajadores de la salud, entre especialistas y los profesionales en medicina, entre estos últimos y otros profesionales de las áreas de la salud y del campo de la salud pública, entre los profesionales y los técnicos/auxiliares, y entre todos los anteriores y las personas que utilizan los servicios y demás miembros de la comunidad.

Gestión que permita trastocar, la lógica predominante de la planificación en salud que obedece exclusivamente a lineamientos y procedimientos de formulación gubernamental impartidos desde el nivel central de manera vertical y descendente limitando las posibilidades de agencia de los territorios, por lógicas ascendentes incrementales que permitan el protagonismo de los actores sociales e institucionales para coordinar, planificar y evaluar la acción en salud pública desde la concreción de lo local (Duncan y Sepúlveda, 2008).

Gestión de la salud pública que en tanto orientada al objetivo común de avanzar en la garantía del derecho a la salud, la equidad, el bienestar y calidad de vida de individuos y colectivos, requiere integrar en el marco de las relaciones de poder existentes, otro tipo de racionalidades y relacionamientos que avancen hacia formas menos burocratizadas y cada vez más reflexivas, dialógicas y colaborativas que aproximen las personas responsables de conducir estratégicamente la gestión a las personas encargadas de operar las actividades, y estas a su vez, a las personas, familias y comunidades, sin desconocer roles y responsabilidades, pero



interviniendo más el tipo de relaciones que se establecen entre los sujetos que a los sujetos en sí mismos (Campos, 2005).

En ese sentido, se entiende la gestión de la salud pública como un modo particular de relacionarse que reconoce los distintos roles y grados de saber y poder en los sujetos involucrados, pero que busca establecer entre ellos relaciones constructivas, formas más democráticas para coordinar, planificar y evaluar el trabajo, que integran la experiencia, el deseo y el interés de los sujetos en ejercicios de cogestión que facilitan la coproducción y establecen las interacciones humanas como el centro de la gestión en salud. De esta manera la gestión logra cumplir con sus tres objetivos básicos: producir objetivamente bienes y servicios para otros/as, reproducir la propia institución y asegurar la realización profesional y personal del talento humano en salud pública y la satisfacción de las personas que utilizan los distintos servicios (Campos, 2005; 2009; 2021; Massuda y Campos, 2010).

Así, el talento humano en salud pública, se constituye en uno de los principales gestores de la salud pública, es decir, en intérprete y mediador de las distintas formas del cuidado de la vida y la salud, al rescatar la potencia creadora de los sujetos individuales y colectivos para coproducir salud en los territorios y al interior de los diferentes entornos donde transcurren sus vidas (Granda, 2009; Campos 2009). Gestores de la salud pública capaces de analizar e integrar el conocimiento que aportan las distintas disciplinas y saberes en una comprensión multidimensional y compleja del contexto sociosanitario en interacción con los sujetos que lo habitan, y al mismo tiempo, de proponer prácticas que superen el abordaje centrado en la enfermedad para avanzar hacia prácticas que generen oportunidades y desarrollen capacidades para potenciar la vida y la salud, articuladas a las necesidades e intereses de los distintos actores que configuran el territorio.

En este sentido, el proceso de cogestión de la salud pública demanda por parte del talento humano, el desarrollo de capacidades para: actuar de manera



orientada a fines sin perder de vista los objetivos básicos de la gestión; reflexionar de forma dialógica como posibilidad de problematizar el propio punto de vista y atender diversos intereses y sentires para franquear resistencias e inseguridades que no se resuelven con la argumentación teórica; señalar el camino y al mismo tiempo permitir que el equipo se constituya en un soporte, reconocer la autoridad legítima sin que implique sometimiento autoritario, hacer prevalecer los intereses generales y públicos sin desistir de la singularidad de los deseos e intereses; desarrollar autonomía para proponer y disentir fundada en la construcción de criterios que permitan juzgar la realidad sociosanitaria; e implementar dispositivos metodológicos que permitan el análisis y la reflexión colectiva de necesidades, así como la construcción colaborativa y participativa de las acciones en salud pública (Campos, 2005).

Esta forma particular de cogestión exige una mayor capacidad dialógica para propiciar el encuentro, aproximar el entendimiento y avanzar en la negociación de intereses diversos, en ocasiones sinérgicos y la mayoría de veces contradictorios, como posibilidad de construir acuerdos que resulten en mayores beneficios para la sociedad en su conjunto y que, a su vez, logren equitativamente incluir arreglos institucionales que beneficien los intereses de la población menos favorecida. Racionalidad dialógica abierta al disenso y a las contradicciones intrínsecas de la construcción social que posibilite los mecanismos necesarios para la expresión de conflictos, la comprensión de los otros/as y de lo Otro y el desarrollo de capacidades de mediación y concertación que puedan avanzar en objetivos comunes frente al accionar de la salud pública y eviten lógicas necrófilas de odio y destrucción.

Por tanto, la gestión en salud pública para el PDSP 2022-2031 se comprende como un proceso relacional de carácter participativo, colaborativo y democrático que busca mejorar los procesos de gobernanza de la salud pública al trascender la gestión como una directriz vertical exclusivamente gubernamental y apostar por formas cada vez más dialógicas de relacionamiento que desarrollen capacidades



para interpretar, proponer, disentir, acordar y actuar en los sujetos que gestan la salud pública del país atendiendo diferenciales poblacionales y territoriales.

Lo anterior no desconoce que la gestión de la salud pública demanda las funciones de rectoría del Estado para coordinar y articular acciones encaminadas hacia la garantía y el goce efectivo del derecho a la salud y la protección social, la formulación de políticas, planes, programas y proyectos en materia de salud pública, la armonización del PDSP con los Planes Territoriales de Salud y su articulación con los demás planes de orden territorial, la adecuada gestión de la salud pública y del plan de salud pública de intervenciones colectivas, todas estas reconocidas en la normatividad como competencias y responsabilidades de la autoridad sanitaria (Artículo 46 de la Ley 715 de 2001, Ley 1751 de 2015, Resolución 1536 de 2015, Resolución 518 de 2015). Sin embargo, en coherencia con el enfoque de derechos, los avances en la jurisprudencia y los desarrollos teórico-prácticos en el campo de la salud pública, comprende que la gestión de la salud pública no se limita exclusivamente a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, tampoco a las acciones colectivas en salud, ni a una función dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS.

La gestión de la salud pública para el PDSP 2022-2031 implica un compromiso con el bienestar, la calidad de vida y el desarrollo humano y sostenible para los habitantes del territorio colombiano en vínculo con la equidad y la protección social y en equilibrio con el cuidado de la vida y la salud, lo que supone la participación efectiva de los distintos actores y sectores, gubernamentales y no gubernamentales, que confluyen en el territorio alrededor de los procesos de coproducción de formas saludables, diversas y posibles de hacer vida saludable.

### **Gestión Territorial Integral de la Salud Pública**

En el marco operativo el PDSP 2022-2031 comprende la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública-GTISP como la forma de organizar la salud pública en el país acogiendo las directrices ministeriales para la materialización del derecho a la salud



y demás derechos en interdependencia a través de acciones sectoriales e intersectoriales centradas en los sujetos y orientadas desde el marco conceptual y estratégico del PDSP al logro de sus fines. La GTISP se organiza e integra a través de tres niveles de gestión: la macrogestión del desarrollo intersectorial, la mesogestión de los territorios y la microgestión para la atención integral de las condiciones de salud. De esta manera busca trascender el abordaje centrado en los eventos, riesgos y enfermedades -sin excluirlo- aproximando un abordaje territorial integral en términos de posibilitar de manera incremental y diferencial el desarrollo de las oportunidades y capacidades necesarias para potenciar la vida y la salud de personas, familias, comunidades y colectivos en los distintos territorios del país.

Así, desde la normatividad vigente la GTISP recupera para la gestión de la salud pública aquellos elementos centrales de la PAIS, el PIC, las RIAS y el MAITE, a saber: la atención primaria en salud, la gestión integral del riesgo, el cuidado integral y el enfoque diferencial y territorial ampliándolos en una perspectiva integrativa de protección social y promocional de derechos que busca, de un lado, la articulación horizontal con los diferentes sectores administrativos de la rama ejecutiva del poder público, las demás instancias gubernamentales que hacen presencia en el territorio, los sectores productivos, los sistemas de gobierno propio, las formas organizativas autónomas para el cuidado de la vida y la salud y con los actores organizados socialmente con incidencia en el desarrollo territorial. De otro lado, procura la integración vertical entre los distintos niveles del ordenamiento político-institucional supranacional, nacional y subnacional viabilizando los arreglos y mecanismos institucionales necesarios para alcanzar la equidad y el desarrollo humano y sostenible desde un enfoque territorial.

Particularmente, los tres niveles de gestión recogen e integran las intervenciones individuales en los diferentes momentos del curso de vida personal y familiar; las intervenciones colectivas para grupos poblacionales que comparten similares condiciones de vida y salud materializadas en los distintos entornos educativos, laborales, comunitarios, institucionales y del hogar, así como en los



ámbitos urbanos, rurales y rurales dispersos; y las intervenciones poblacionales tendientes al bienestar y al desarrollo humano y sostenible para todos los habitantes del territorio colombiano.

Por su parte, desde el abordaje conceptual del PDSP 2022-2031 la GTISP implica la formulación e implementación institucional de planes y estrategias sectoriales e intersectoriales orientadas a la transformación positiva de los determinantes sociales de la salud, a la protección social y ambiental, al desarrollo de acciones afirmativas para los sujetos de especial protección y al logro de la equidad con la participación de la sociedad civil organizada y demás actores sociales involucrados. Planes y estrategias para el cuidado integral de las condiciones que afectan la salud individual y colectiva, desplegadas en el marco de la institucionalización de una cultura para la vida y la salud que permita, a través de la educación y comunicación en el campo de la salud pública, la promoción y el desarrollo de modos, condiciones y estilos que favorezcan las condiciones de vida y salud en los distintos entornos y territorios del país.

De igual manera la GTISP integra los ejes estratégicos del PDSP como herramientas de gestión al subrayar: i) la necesidad de acoger el gobierno multinivel y la gobernanza democrática y colaborativa como posibilidad de recuperar la gobernabilidad y legitimidad del accionar de la salud pública; ii) la interdependencia de la salud y el desarrollo, por tanto la necesidad de consolidar la acción intersectorial para el abordaje de los determinantes sociales de la salud; iii) la importancia de la Atención Primaria en Salud para el ordenamiento eficaz del sistema de salud y de la salud pública en su conjunto; iv) la conveniencia de la gestión integral del riesgo en salud pública para el desarrollo de modelos predictivos que prevengan condiciones no deseadas, evitables o negativas para la salud individual y colectiva; v) la necesidad de generar, integrar y apropiar conocimientos desde las distintas disciplinas así como desde los saberes provenientes de la diversidad cultural y la experiencia colectiva en el cuidado de la salud y la vida como posibilidad de optimizar y enriquecer las decisiones que orientan la acción en salud



pública; y vi) la importancia de desarrollar el talento humano en salud pública como uno de los gestores fundamentales del plan.

En suma, la GTISP se constituye en un proceso de democratización de la gestión de la salud pública que integra los sujetos singulares y diversos en la construcción colectiva de lo público con el objeto de avanzar hacia un nuevo acuerdo social, ético y político que logre consolidar una sociedad menos desigual, más humana y con mayores oportunidades de bienestar, calidad de vida y desarrollo para todos sus habitantes.

### ***Elementos y Niveles de Gestión de la Salud Pública***

En la vía de avanzar en la operacionalización de la GTISP se recogen en primer lugar los elementos identificados como centrales para la comprensión y articulación de la gestión de la salud pública, como son: el desarrollo, el territorio y el cuidado. En segundo lugar se describen cada uno de los niveles de gestión: la macrogestión del desarrollo intersectorial, la mesogestión de los territorios y la microgestión para la atención integral de las condiciones de salud.

**El Desarrollo.** Abordar el desarrollo significa, a pesar de la crítica frente a los posibles beneficios del desarrollo occidental, acoger la idea de un desarrollo humano y sostenible como posibilidad de perfeccionamiento social para avanzar en el campo de la salud pública de lo simple a lo complejo, del desconocimiento al conocimiento, de lo insuficiente a lo mejor y de lo injusto a lo justo (Campos, 2009).

El desarrollo en el PDSP 2022-2031 es comprendido como una categoría macrosocial de carácter multidimensional: humano, social, económico, ambiental y político-institucional que requiere del concurso de distintos actores y sectores para incidir significativamente en el abordaje de los determinantes sociales de la salud.



Implica reconocer la coexistencia de una heterogeneidad de políticas públicas orientadas desde distintos sectores, perspectivas y lineamientos de manera dispersa, fragmentada e insuficiente que han generado duplicidades y tensiones de carácter estratégico y operativo que precisan, en relación con las políticas ya existentes, de análisis, adecuación regulatoria y armonización con el objeto de alcanzar interacciones efectivas frente a la gestión integral de la salud pública. Por su parte, las próximas políticas requieren de una gestión intersectorial eficaz que permita: la construcción de una visión integrada para el abordaje de los determinantes sociales en salud; la generación de acuerdos institucionales y sociales para la realización de un trabajo participativo y colaborativo en sus distintas fases de planeación, implementación y evaluación; el desarrollo de capacidades relacionales, técnicas y de financiación; y la adecuada distribución presupuestal y asignación de recursos entre los sectores y actores participantes.

La gobernabilidad para la gestión de la salud pública en el ámbito del desarrollo implica recuperar la autoridad, capacidad y responsabilidad institucional frente a la gestión de lo público al asegurar el equilibrio social, económico y ambiental del desarrollo y al reestablecer la confianza por parte de la ciudadanía en el gobierno como garante de la estabilidad política del sistema. Por su parte, la gobernanza para el desarrollo requiere de la construcción de acuerdos vinculantes entre actores y sectores que trasciendan -sin eliminar- la sumatoria de ofertas sectoriales, institucionales, sociales, comunitarias, profesionales o disciplinares existentes y que, orquestadas desde el gobierno territorial, articulen de manera integrativa las distintas respuestas sociales para la resolución efectiva de las necesidades poblacionales y territoriales.

Entre las instancias que participan del desarrollo se encuentran actores del nivel supranacional, nacional y subnacional que concurren en el accionar intersectorial, e incluyen, pero no se limitan a: los departamentos administrativos; las entidades territoriales adscritas a los distintos ministerios, la sociedad civil organizada, las instancias de cooperación internacional y la comunidad en general.



**El Territorio.** Acoger la gestión del territorio implica reconocerlo como un espacio en donde se materializan los distintos modos de vivir, enfermar y producir salud, el cual involucra dinámicas de ajuste y creación bajo condiciones materiales particulares, pero también simbólicas, en constante interacción y resignificación por parte de los sujetos que lo habitan que, aunque determinados material y socialmente, tienen la capacidad de interactuar entre sí y con el territorio para coproducir vida y salud según sus necesidades, deseos e intereses (Molina, 2018).

El territorio es entendido en el PDSP 2022-2031 no solo como un espacio político administrativo donde se distribuyen los riesgos ambientales, sino también como el lugar donde acontece y se construye social y subjetivamente la vida y la salud, y por tanto requiere articular dimensiones naturales, sociales y subjetivas para su comprensión. En consecuencia, la gestión territorial de la salud pública brinda la posibilidad de abordar situacional y diferencialmente las necesidades en salud de los distintos grupos poblacionales del país. Abordaje territorial que define un modelo para la cogestión de las distintas formas de producción de vida y salud ancladas a las formas de subjetivar el territorio y a las particularidades contextuales históricas, ambientales, políticas, económicas, sociales y culturales que lo caracterizan, en el marco de relaciones de poder jerarquizadas y dinámicas de vulneración social y ambiental que demandan su superación.

Siguiendo lo anterior, si bien el ordenamiento territorial político institucional bajo el direccionamiento de la autoridad territorial es la base estructural del gobierno de la salud pública para la adaptación y adopción del PTS según los contenidos programáticos del PDSP, se requiere del concurso de los distintos actores y sectores a nivel territorial para alcanzar el desarrollo humano y sostenible al que se aspira, desarrollo que no se decreta, sino que se hace posible desde el gesto territorial particular que precisa la cogestión dialógica tejida en medio de relaciones de poder entre múltiples actores, no solo gubernamentales, en la vía de propiciar la toma de decisiones y la acción colaborativa, participativa y comprometida que



consolide la gobernanza territorial en coordinación con las autoridades sanitarias y demás instancias de gobierno municipal, departamental, distrital y nacional.

Así, el territorio requiere procesos de gestión democrática y participativa que permitan: el desarrollo de capacidades territoriales, institucionales y sociales para la cogestión de la salud pública; el fortalecimiento de estructuras y escenarios organizativos plurales para la participación social; el ejercicio de rendición de cuentas y veeduría ciudadana adaptado y apropiado según los diferenciales poblacionales y territoriales; la generación, traducción y apropiación social de conocimientos y saberes que optimicen las decisiones en salud pública en respuesta a las necesidades en salud y a las configuraciones propias del territorio; y el relacionamiento entre distintos actores sociales, políticos, económicos y ambientales de carácter estratégico que propicien el intercambio de conocimientos, recursos y capacidades para adelantar una acción colaborativa frente al interés común de mejorar la salud, el bienestar y la calidad de vida de sus habitantes.

**El Cuidado.** El cuidado se concibe como una facultad humana que supera los roles de género y que implica una disposición relacional y una práctica responsable consigo mismo, con otros/as y con el entorno. Un proceso que recurre a escuchar, prestar atención, estar presente, actuar con tacto, generar confianza y brindar una respuesta integral y respetuosa ante las necesidades de otros/as y del entorno. El cuidado no es un asunto privado ni mucho menos individual, constituye en sí mismo una responsabilidad pública y colectiva, una ética (Gilligan, 2013).

El cuidado es acogido por el PDSP 2022-2031 como un compromiso práctico consigo, con otros/as y con el entorno que constituye un requerimiento moral para sustentar la vida bajo el reconocimiento de la vulnerabilidad humana, social y ambiental en vínculo con nuestra naturaleza interdependiente.

Acoger el cuidado implica la realización de esfuerzos sostenidos individuales y colectivos para reparar, conservar y perpetuar la salud y la vida. De ahí que los



cuidados se constituyen en un soporte vital y por tanto constitutivo de la garantía de derechos y la protección social. La gestión del cuidado integral se desarrolla bajo el entendimiento de nuestra interdependencia en vínculo con la vulnerabilidad humana, social y ambiental, por consiguiente el cuidado de los colectivos requiere solidaridad, responsabilidad y compromiso con otros/as y con el entorno en aras de proteger la vida y la salud (Schramm & Kottow, 2001; Aguilera-Guzmán, et al., 2008). Por su parte, el cuidado de los individuos ayuda a restablecer la dignidad y la autonomía, contribuye a la seguridad, permite el despliegue de las potencialidades humanas y aproxima el bienestar.

En contextos donde existen determinantes estructurales distantes de nuestra intervención directa, así como condiciones y factores no modificables, siempre habrá lugar para el cuidado individual y colectivo, en toda circunstancia modificable y ante todo mejorable. Así, una cultura para el cuidado de la vida y la salud no solo promueve la importancia del cuidado, sino que reconoce el derecho a cuidar como una capacidad fundamental en vínculo con la gestión de lo público, en consecuencia la organización social y colectiva de los cuidados cotidianos se constituye en un reto común para la gestión de la salud pública.

En ese sentido, la gestión del cuidado recurre al reconocimiento de las ciudades, entornos y ruralidades del país como soportes vitales para el desarrollo territorial y apela a la necesidad de promoverlos como escenarios cuidadores, es decir, como aquellos lugares donde transcurre la vida cotidiana en los cuales es posible tejer relaciones sociales más responsables, armónicas y sustentables entre los sujetos y con el territorio. En ese sentido, se constituyen en escenarios colaborativos y dialógicos donde individuos y colectivos son acogidos con respeto y amor, y se propician relaciones y condiciones de vida necesarias para alcanzar una vida digna y saludable.

Recrear ciudades y ruralidades, así como entornos cuidadores, sean estos familiares, educativos, laborales, comunitarios e institucionales implica una gestión



del cuidado centrada en las personas que permita caracterizar quiénes son los sujetos que los habitan, determinar cuáles son sus condiciones de vida y conocer sus expectativas frente a la transformación de dichas condiciones. Por tanto la gestión de los escenarios cuidadores de la vida y la salud se construye de forma colectiva y creativa entre los distintos actores y sectores atendiendo a los diferenciales poblacionales y territoriales.

En suma, la gestión del cuidado requiere de un trabajo interdisciplinario, interinstitucional e intersectorial como posibilidad de desarrollar capacidades que nos permitan resignificar las prácticas de cuidado de sí y de otros, y de gestionar escenarios cuidadores que propicien condiciones de vida y salud que puedan afectar positivamente los determinantes sociales de la salud.

**Niveles de Gestión.** Los niveles de gestión involucrados en la organización macro, meso y micro de la salud pública territorial demandan procesos de coordinación y articulación multinivel y de cogestión democrática del PDSP 2022-2031, de ahí que los recursos operativos se integran como aspectos clave para operar cada uno de los niveles de gestión en la vía de desarrollar y fortalecer la GTISP. Estos recursos se constituyen en un soporte operativo a las diferentes acciones sectoriales e intersectoriales propuestas en la política. Asimismo, contribuyen a fortalecer el marco estratégico y, por lo tanto, la autoridad sanitaria en pro de la garantía del derecho fundamental a la salud a través de la incidencia positiva de los determinantes sociales de la salud y la reducción de brechas injustas y evitables.

***Primer Nivel: la Macrogestión del Desarrollo Intersectorial.*** Este nivel reconoce el desarrollo en su carácter macrosocial, multidimensional e intersectorial por tanto requiere para su realización de la rectoría del gobierno nacional, departamental, distrital y municipal así como del concurso de las distintas instituciones gubernamentales, actores y sectores involucrados ya sea normativa o



socialmente con la gestión del desarrollo (planeación, implementación, seguimiento, evaluación, inspección, vigilancia y control).

La macrogestión del desarrollo está fundamentada en la acción intersectorial como una estrategia esencial para el abordaje de los determinantes sociales de la salud, el logro de la equidad, el bienestar y el desarrollo humano y sostenible para los habitantes del territorio colombiano. Por tanto, requiere de la caracterización de los niveles de calidad de vida y desarrollo de índole nacional y subnacional para trazar líneas de acción acordes a las aspiraciones de bienestar, desarrollo y calidad de vida del país, a saber: i) formulación de un marco para la planificación intersectorial; ii) desarrollo de políticas públicas para el abordaje integral de la salud humana, animal y ambiental; iii) estabilidad de los ingresos y situación económica digna; iv) mejora de las condiciones de empleo y trabajo; v) gestión para la prevención y mitigación de los efectos del cambio climático; vi) acceso a educación de calidad; vii) acceso a redes de servicios sociales y de salud para el cuidado integral de la vida y la salud; viii) promoción de ciudades, entornos y ruralidades saludables y sostenibles; ix) garantía progresiva del derecho humano a la alimentación; x) garantía del saneamiento, higiene y acceso adecuado a agua limpia; xi) construcción de una sociedad más justa y en paz.

La macrogestión del desarrollo intersectorial a nivel nacional está bajo la dirección y responsabilidad del gobierno central en coordinación con el MSPS y demás ministerios, entidades y departamentos administrativos involucrados en el abordaje intersectorial de los determinantes sociales de la salud. Destaca el rol de la Comisión Intersectorial de Salud Pública-CISP como instancia nacional para la coordinación de la acción sectorial e intersectorial, la formulación de políticas intersectoriales y la formulación e implementación de los procesos de seguimiento y evaluación para la gestión de los determinantes sociales de la salud del Plan Decenal de Salud Pública.



Cobran especial relevancia para la macrogestión del desarrollo intersectorial de la salud pública a nivel subnacional los Consejos Territoriales de Planeación-CTP así como los Consejos Indígenas Territoriales y demás instancias territoriales de planeación participativa del nivel nacional y subnacional.<sup>66</sup> Los CTP estarán en coordinación y articulación con la CISP quien orientará los lineamientos técnicos para la planeación, seguimiento y evaluación de la gestión del desarrollo intersectorial sin detrimento de la autonomía territorial frente a la planeación participativa y la respuesta a las necesidades contextualizadas en los distintos territorios. Asimismo los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud en articulación con la CISP y el MSPS contribuirán a la gestión del desarrollo intersectorial a nivel subnacional.

La macrogestión del desarrollo intersectorial contempla como recursos clave:

- La formulación, implementación y evaluación de políticas, programas, planes, proyectos, estrategias bajo los principios de la cooperación, coordinación e integración en favor de la equidad, el derecho a la salud, el bienestar y la calidad de vida de los habitantes del territorio colombiano.
- La coordinación y articulación de la acción sectorial, intersectorial y social para el abordaje efectivo de los determinantes sociales de la salud.
- El desarrollo de instrumentos de política pública para la armonización normativa, la cogestión democrática y la participación intersectorial.
- El fortalecimiento de la Comisión Intersectorial de Salud Pública para mejorar su capacidad estratégica y operativa en la GTISP.
- La consecución de recursos públicos y privados, nacionales y de cooperación internacional para la gestión territorial integral de la salud pública.

---

<sup>66</sup> Los CTP son instancias territoriales de planeación, creados por disposición constitucional para garantizar la participación ciudadana en la construcción y seguimiento de políticas públicas a nivel territorial, en virtud del principio de la planeación participativa. Se reconocen como instancias de planeación territorial a nivel nacional el Consejo Nacional de Planeación y el Congreso de la República y como instancias del nivel subnacional los CTP, las Asambleas Departamentales, los Concejos Municipales, Distritales y las Entidades Territoriales Indígenas. Tomado de: <https://www.cnp.gov.co/normativa/normativa-ctp>



- La implementación de políticas para la reducción de aranceles a la importación de tecnologías en salud no existentes en el país, así como la formulación de planes y programas de incentivos para el desarrollo de tecnologías en salud, la implementación del plan nacional de mejoramiento de la calidad de tecnologías en salud. Desarrollo e implementación de un lineamiento macro en el marco de un modelo de gestión del conocimiento que permita la evaluación de tecnologías en salud, así como la estandarización de las prácticas en salud.
- El desarrollo de acciones para el fortalecimiento del nivel subnacional en la implementación de planes, programa y proyectos de salud pública a partir de recursos del Sistema General de Participaciones
- El desarrollo de políticas públicas para la protección y promoción de los ecosistemas saludables.
- El fortalecimiento de la participación social en salud como ejercicio efectivo para la toma de decisiones en salud pública y no simplemente como un procedimiento informativo y consultivo.
- El desarrollo y fortalecimiento de observatorios y centros de pensamiento en salud pública.
- El desarrollo de sistemas de información interoperables y de sistemas de seguimiento, evaluación y vigilancia en salud pública que optimicen la toma de decisiones y el logro de los resultados en salud.
- La gestión integral del conocimiento en el marco de la Vigilancia en Salud Pública, por medio de: i) el fortalecimiento e interoperabilidad de sistemas de información: integración del SIVIGILA y del Sistema Unificado de Información en Salud Ambiental-SUISA; el establecimiento de plataforma única de inscripción de establecimientos de interés sanitario; ii) la generación de conocimiento: fortalecimiento del análisis de datos resultantes de la vigilancia en salud pública que permita el desarrollo de modelos predictivos y una vigilancia en salud pública prospectiva; iii) la apropiación social del conocimiento: fortalecimiento de los procesos de divulgación y comunicación



de la información de la Vigilancia en Salud Pública. Asimismo, el fortalecimiento de la Vigilancia en Salud Pública institucional y comunitaria.

- El desarrollo de políticas progresivas de distribución de la renta, incremento de la oferta pública y cobertura de servicios sociales, sociosanitarios y de salud, así como el mejoramiento de los procesos de selección de la población objetivo de estas políticas a partir de mejores sistemas de información.
- El desarrollo de una agenda interministerial e intersectorial en el transcurso del próximo decenio para la gestión efectiva de los determinantes sociales de la salud.
- El fortalecimiento de la participación social en salud efectiva e incidente a nivel nacional en condiciones de respeto por la autonomía y pluralidad organizativa como garantes de los procesos de democratización y cogestión del desarrollo. Garantía de recursos para la implementación de la política de participación social.

**Segundo Nivel: la Mesogestión de los Territorios.** Este nivel se fundamenta en las concepciones señaladas anteriormente frente al territorio entendido más allá de la división político administrativa como el lugar donde acontece y se construye social y subjetivamente la vida y la salud, por tanto requiere articular dimensiones naturales, sociales y subjetivas para su comprensión y desarrollo.

En ese sentido, la mesogestión de los territorios contempla, no solo las posibilidades de articulación y reordenamiento a partir de esquemas asociativos que en el marco de la normatividad brinda la Ley Orgánica de Ordenamiento Territorial y los Planes de Ordenamiento Departamental y Territorial en los ámbitos urbano y rural, sino además otras dinámicas propias y posibles de configuración y reconfiguración de los territorios que sin corresponder a la división político administrativa constituyen en sí mismas formas particulares de territorializar la vida y la salud. Así, la mesogestión se organiza en configuraciones territoriales político-



administrativas, propias o emergentes que reconocen la diversidad y responden a las particularidades de los distintos territorios en materia de salud pública.

De ahí que la Atención Primaria Integral en Salud en tanto permite el trabajo en red y multinivel para dar respuesta a las necesidades diferenciales y territoriales se constituye en una estrategia eficaz para la gestión integral de la salud pública y del sistema de salud a nivel territorial. La mesogestión de los territorios permite la acción colaborativa y participativa de cara al logro del desarrollo humano y sostenible bajo la responsabilidad de las entidades territoriales quienes son las encargadas de adelantar la gestión territorial, administrativa y financiera en el marco de sus competencias y bajo la garantía de su autonomía. Para lo anterior desarrollan procesos de planeación integral colaborativa y participativa que requieren de la caracterización del territorio en términos de equipamiento, recursos y necesidades, así como del mapeo de actores clave para avanzar en procesos de cogestión que garanticen el gobierno, la gobernanza y la sostenibilidad de la salud pública.

Particularmente, la Mesogestión de los territorios reconoce y acoge el modelo de Ciudades, Entornos y Ruralidades Saludables-CERS del MSPS como una experiencia exitosa para la gestión territorial de la salud pública que responde tanto a la agenda internacional<sup>67</sup> y nacional<sup>68</sup>, como al marco conceptual y estratégico del PDSP 2022-2031. La estrategia busca impactar positivamente los determinantes sociales de la salud y mejorar el bienestar y calidad de vida de personas, familias y comunidades en un compromiso con el desarrollo territorial integral que atiende a particularidades demográficas, socioeconómicas, culturales y ambientales. Así, el modelo CERS facilita el encuentro de actores y sectores alrededor de necesidades territoriales y la gestión de recursos, promueve alianzas estratégicas para el logro

---

<sup>67</sup> Responde a la agenda del Sistema de Naciones Unidas: Objetivos de Desarrollo Sostenible del Plan de Naciones Unidas para el Desarrollo, Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, Ciudades y Municipios Saludables, Salud en Todas las Políticas y Una Salud de OMS.

<sup>68</sup> A nivel nacional el Modelo CERS fue incluida por primera vez en el PND 2014-2018 y posteriormente en el PND 2018-2022.



de objetivos comunes, impulsa la gestión participativa y colaborativa de políticas públicas y fortalece la participación social y transectorial.

Dicha experiencia de más de siete años de desarrollo abarca todas las regiones del país y a la fecha ha sido socializada en 26 departamentos y distritos, nueve de ellos con acuerdos firmados y en 309 municipios con avances en diferentes fases, 76 de ellos con acuerdos firmados<sup>69</sup>, siendo acogida como parte integral de sus Planes de Desarrollo Territorial y Planes Territoriales de Salud. En tanto CERS promueve el ejercicio de la gobernanza democrática y participativa; articula la acción intersectorial, acoge el diálogo como un ejercicio fundamental para la cogestión de la salud pública; y fortalece la metodología para la planeación territorial a través del desarrollo de capacidades para el diagnóstico y priorización de necesidades en salud, la participación social y la construcción de alianzas, el seguimiento a las intervenciones, la evaluación de resultados y la optimización y control de los recursos, se convierte en un pilar que dinamiza de manera efectiva la gestión territorial integral de la salud pública.

La mesogestión de los territorios contempla como recursos clave:

- La caracterización de las necesidades, prioridades, capacidades instaladas y actores clave del territorio para la gestión de la salud pública.
- La caracterización del THSP disponible, suficiente y necesario en los territorios y la gestión de recursos financieros para la distribución y permanencia del talento humano en ámbitos rurales y rurales dispersos.
- La armonización de políticas<sup>70</sup>, planes y sistemas (de salud, protección social y propios) a través del desarrollo de instrumentos de política pública que permitan la cogestión democrática, la gobernabilidad y la participación

<sup>69</sup> Un acuerdo firmado implica la voluntad del territorio para la implementación del Modelo CERS.

<sup>70</sup> El presente Plan inaugura el ejercicio de armonización de las regulaciones gubernamentales con el Plan Decenal para el Control del Cáncer y el Plan Nacional de Enfermedades Huérfanas-Raras. Para dar cumplimiento a los alcances de ambas políticas serán requeridos, de manera posterior a la expedición del PDSP, lineamientos técnicos que permitan formular e implementar las acciones específicas con sus respectivas metas e indicadores para dar cumplimiento a sus objetivos en el marco de la armonización de las regulaciones gubernamentales.



intersectorial. Para el caso es de importancia el fortalecimiento de la política pública de talento humano en salud.

- La adopción y adaptación por parte de las entidades territoriales de los contenidos del PDSP en los Planes de Desarrollo Territorial y los Planes Territoriales de Salud.
- El establecimiento de prioridades y arreglos institucionales para la acción conjunta y la cooperación técnica y financiera entre los distintos actores y sectores, gubernamentales y no gubernamentales, que comprometa los actores del sector salud según sus competencias en materia de salud pública con el logro de los objetivos del desarrollo territorial.
- La conformación de redes de protección social intersectorial que integren la prestación de servicios sociales y de salud que garanticen el acceso efectivo a las acciones de bienestar.
- La garantía de la implementación de las RIAS y de redes de atención primaria integrales e integradas, así como el desarrollo de capacidades en los equipos de salud del nivel subnacional para la gestión de la APS, las RIAS y demás rutas y modelos de atención en el ámbito rural.
- La integración de intervenciones poblacionales, colectivas e individuales en el territorio, en el marco de los Planes Territoriales de Salud, de Riesgos Laborales, de Accidentes de Tránsito y Eventos Catastróficos, el Plan de Intervenciones Colectivas, las Rutas Integrales de Atención en Salud y los Planes de Beneficio con cargo a la Unidad de Pago por Capitación, entre otros.
- La coordinación e integración entre la promoción de escenarios cuidadores del modelo CERS con la promoción de la salud del modelo de atención que se implementa en el nivel de la microgestión de la atención integral de las condiciones de salud.
- El establecimiento de sistemas de información integrados e interoperables bajo una única plataforma. Desarrollo de tecnologías para garantizar la disponibilidad de la historia clínica interoperable. Acciones para el fomento de la disponibilidad de datos abiertos por parte de las instituciones para



garantizar su acceso equitativo. Desarrollo de acciones para evaluar la disponibilidad y suficiencia de tecnologías de información por parte de las entidades territoriales.

- Actualización o transformación de los modelos de seguimiento y evaluación y fortalecimiento de herramientas y tecnologías de analítica de datos que optimicen la toma de decisiones para la acción en salud pública.
- El desarrollo y fortalecimiento de capacidades de los equipos técnicos de salud pública para la atención y respuesta a brotes y la vigilancia de eventos de interés en salud pública relacionados con el ambiente. Desarrollo de innovaciones para incrementar la oportunidad de detección y respuesta del sistema de vigilancia en salud pública.
- El desarrollo de planes para la garantizar la adaptabilidad del nivel subnacional a las nuevas tecnologías en salud. Adopción de la propuesta metodológica del MSPS para la identificación de la disponibilidad y suficiencia de tecnologías. Desarrollo de capacidades de las IPS en tecnologías en salud.
- La inclusión en los planes de ordenamiento y desarrollo territorial de los enfoques diferenciales de curso de vida, género, étnico, entre otros diferenciales para personas en situación de discapacidad, habitantes de calle, personas privadas de la libertad, víctimas del conflicto armado sociopolítico, campesinos y migrantes.
- La gestión efectiva para la garantía del derecho a la salud de personas, familias y comunidades en zonas rurales acogiendo los lineamientos del Plan Nacional de Salud Rural.
- La implementación de planes, estrategias, programas y proyectos para la superación de condiciones o situaciones de vulnerabilidad que impiden el desarrollo humano y social de personas, familias y comunidades, particularmente para personas víctimas del conflicto armado y sociopolítico. Articulación del PTS con los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial-PDET dispuestos para los territorios más afectados por el conflicto armado.



- El desarrollo de arreglos institucionales y agendas estratégicas que permitan fortalecer las relaciones campo-ciudad y la solución de conflictos territoriales socioambientales.
- El desarrollo de acciones para la implementación efectiva de la integralidad e integración de las rutas y redes de atención en salud pública. Desarrollo de metodologías para la evaluación de las tecnologías utilizadas en las acciones colectivas y las estrategias para el diagnóstico y tratamiento en ámbitos rurales y rurales dispersos. Desarrollo de pilotajes para la validación de tecnologías y servicios de salud pública que permitan la priorización y sectorización de los mismos en los territorios.
- El fortalecimiento de la participación de organizaciones sociales y comunitarias en los procesos de planeación territorial en salud y particularmente en la ejecución del PIC a través de convenios de participación. Así como el fortalecimiento de conocimientos y capacidades para participación social en salud con enfoque diferencial poblacional y territorial.
- La implementación efectiva de la política de participación social en el nivel subnacional y la conformación de redes comunitarias para el fortalecimiento de los procesos de participación social en salud con grupos sociales y comunitarios. Asimismo, se requiere el desarrollo de capacidades para la gestión de la salud pública en las organizaciones sociales y comunitarias con enfoque diferencial.

***Tercer Nivel: la Microgestión de la Atención Integral de las Condiciones de Salud.*** Diferentes modelos de atención han sido desarrollados para mejorar la calidad del cuidado de las condiciones de salud<sup>71</sup>. Dada la transición demográfica y epidemiológica y la expansión en América Latina de las enfermedades no trasmisibles la OMS desarrolló una versión expandida del Modelo de Cuidado

---

<sup>71</sup> Las condiciones de salud hacen referencia a las circunstancias de salud de una persona, más o menos persistentes, cuyo abordaje requiere de respuestas coordinadas por parte de los sistemas de atención en salud, de carácter reactivo y episódico para las eventualidades agudas o proactivo y continuo para las eventualidades crónicas.



Crónico<sup>72</sup> que procura el fortalecimiento y rediseño de la prestación de los servicios de salud para el abordaje multidimensional de las condiciones crónicas. Los estudios de efectividad sugieren que el diseño de los servicios basados en este modelo mejoran la calidad del cuidado y los resultados en salud al tiempo que son costo-efectivos (Coleman et al. 2009).

Por su parte, la Atención Primaria en Salud constituye la opción de mayor calidad y costo-efectividad para asegurar la atención integral, integrada y continua en los sistemas de salud de países de ingresos medios y bajos (Willison & Andrews; 2005). Asimismo las Redes Integradas de Servicios de Salud se constituyen en un componente esencial para el desarrollo de sistemas de salud basados en APS al mejorar la calidad, accesibilidad, aceptabilidad, eficiencia y equidad en los servicios (OPS, 2007). Especialmente, existe evidencia frente a la efectividad de integrar, articular y coordinar a través de la estrategia de APS modelos de atención integral de las condiciones de salud desde diferentes enfoques: el cuidado de las condiciones crónicas, la salud familiar y comunitaria, el enfoque de riesgo y los determinantes sociales de la salud, lo que permite alcanzar mejores resultados en salud, mayor costo-efectividad y mejor satisfacción de las personas que utilizan los servicios (Mendes, 2014). De igual modo, existe evidencia frente a la efectividad de la atención de las condiciones de salud cuando se involucra la gestión participativa y las redes integrales e integradas de atención con ampliación de la clínica y gestión de casos (Massuda y Campos, 2010).

Con base en estos antecedentes el nivel de la microgestión de la atención integral de las condiciones de salud se constituye en un modelo de atención que permite la incorporación de diferentes enfoques para ofrecer una respuesta integral e integrada desde el sistema de salud frente a las condiciones de salud, las cuales se entienden como aquellas circunstancias de salud de una persona, más o menos persistentes, cuyo abordaje requiere de respuestas coordinadas por parte de los

---

<sup>72</sup> El modelo del Cuidado Innovador para las Condiciones Crónicas (Innovative Care for Chronic Conditions- ICC).



sistemas de atención en salud, de carácter reactivo y episódico para las eventualidades agudas o proactivo y continuo para las eventualidades crónicas (Mendes, 2014).

El nivel de la microgestión de la atención integral de las condiciones de salud implica el diseño, implementación y evaluación de un modelo que tiene por objeto la atención integral, integrada y continua de las condiciones de salud agudas y crónicas de manera costo-efectiva y de calidad. Una atención centrada en las personas y sus familias con adaptaciones culturales y diferenciales que requiere de la conformación de equipos interdisciplinarios capacitados y coordinados y la participación informada y proactiva de las personas y sus familias para el cuidado de la salud.

El modelo de atención integral de las condiciones de salud implica la cogestión del continuo del cuidado a través de la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y paliación a lo largo del curso de la vida y en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y calidad. Dicho modelo es parte constitutiva del nivel de microgestión de la salud pública y está bajo la responsabilidad directa de las aseguradoras y los prestadores de los servicios de salud.

La microgestión de la atención integral de las condiciones de salud contempla como recursos clave:

- La caracterización de la población a cargo de las aseguradoras en términos de necesidades y prioridades de atención. La articulación y el desarrollo de acuerdos entre las entidades territoriales y las EAPB para que la distribución y asignación de recursos se realice con base en el ASIS, la caracterización de la población y los eventos prioritarios en salud.



- La organización de la red de prestadores de servicios de salud primarios y complementarios.
- La integración de modelos de atención de las condiciones en salud agudas y crónicas con base en los enfoques de riesgo, cuidado crónico, clínica ampliada, salud familiar y comunitaria según diferenciales poblacionales y territoriales.
- La implementación de equipos interdisciplinarios con familias y personas adscritas a su cargo.
- El desarrollo de capacidades para la gestión integral de la salud pública en las entidades territoriales. Fortalecimiento de capacidades para adelantar procesos de educación en el campo de la salud pública que permitan una implementación adecuada de la APS en las entidades territoriales y en los grupos de base comunitaria. El desarrollo de capacidades para el cuidado a través de estrategias de educación y comunicación en el campo de la salud pública.
- El desarrollo de planes por parte de las EAPB para aportar a la gestión territorial integral de la salud pública.
- El desarrollo de estrategias para la planeación integral que articule las EAPB en la formulación y ejecución de los PTS. Procesos de armonización para la concertación efectiva del riesgo individual y riesgo colectivo a partir de la armonización del ASIS y del plan de beneficios en salud.
- El diseño y la integración de diferentes modalidades de prestación de servicios que involucran más no se limitan a: diseños específicos para la implementación de las RIAS, diseños específicos para la atención de enfermedades transmisibles con alta externalidad en ámbitos rurales y rurales dispersos, la atención domiciliaria, la conformación de grupos de apoyo carácter socioeducativo y socio-terapéutico de apoyo al cuidado y de estrategias de telesalud y telemedicina.
- La prestación de servicios de salud seguros y humanizados con la garantía de la seguridad de la atención a través de prácticas de prevención cuaternaria y acción sin daño.



- El fortalecimiento y desarrollo efectivo de sistemas de información interoperables y sistemas de monitoreo, seguimiento y evaluación que optimicen la toma de decisiones y el logro de resultados en salud.
- El desarrollo de estrategias de anticipación de los riesgos en salud y financieros relacionados con la operación del aseguramiento y la prestación de servicios que puedan afectar su funcionamiento y/o el cumplimiento de objetivos.
- El desarrollo y fortalecimiento de redes sociales y de apoyo comunitario en salud que establezcan mecanismos para fomentar la participación en los procesos de cuidado integral de las condiciones de salud.
- El desarrollo de estrategias de educación y comunicación para la salud que permitan la demanda inducida, el acceso efectivo a servicios sociales, sociosanitarios y de salud, el fortalecimiento de la participación de la población afiliada en las RIAS.

En suma, los tres niveles de gestión constituyen el Sistema de Gestión Territorial Integral de la Salud Pública. Dicho sistema en su globalidad apunta a la reducción de la carga de enfermedad y de las desigualdades en salud en la vía de alcanzar mayores niveles de equidad, lograr el derecho a la salud y un ambiente saludable y garantizar las condiciones de vida y salud así como de atención integral necesarias para el cumplimiento de las finalidades del PDSP 2022-2031.

## Referencias

Aguilera-Guzmán, M. R., Mondragón, L., & Medina-Mora, M. (2008).

Consideraciones éticas en intervenciones comunitarias: la pertinencia del consentimiento informado\*. *Artículo original Salud Mental*, 31(2), 129–138.

Campos, G. W. (2005). Paideia y gestión: un ensayo sobre el soporte Paideia en el trabajo en salud. *Salud Colectiva*, 1 (1), 59-67.



- Campos, G. W. (2009). Concepción Paideia y co-producción de salud: la salud colectiva y la clínica ampliadas y compartidas. En G. W. Campos (Ed.), *Método Paideia: análisis y cogestión de colectivos* (pp. 167–203). Lugar Editores.
- Campos, G. W. (2021). *Gestión en salud. En defensa de la vida*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanus.
- Gilligan, C. (2013). *La ética del cuidado*. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas.
- Massuda, A., Campos, G. W. (2010). El método de soporte Paideia en el hospital: la experiencia del Hospital de Clínicas de la Universidade Estadual de Campinas (HC-Unicamp). *Salud Colectiva*, 6(2), 163-180.
- Molina, N. (2018). Territorios, lugares y salud: redimensionar lo espacial en salud pública. *Cad. Saúde Pública* 2018, 34(1), 1-13.
- Schramm, F. R., & Kottow, M. (2001). Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 17(4), 949–956.
- Sepúlveda, S., Duncan, M. (2008). *Gestión del desarrollo sostenible en territorios rurales en Brasil*. San José de Costa Rica: Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura.
- Mendes, E. (2014). *Las condiciones crónicas en la atención primaria de la salud: la necesidad imperiosa de consolidar la estrategia de salud de la familia*. Brasilia: OPS.
- WHO. (2018). *Primary health care : closing the gap between public health and primary care through integration*. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/primary-health-care-closing-the-gap-between-public-health-and-primary-care-through-integration>



## Capítulo 7. Responsabilidades de los Actores del Sector Salud en el PDSP 2022-2031

### De la Nación

1. Armonizar el Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2022-2031, con el Plan Nacional de Desarrollo, las políticas públicas nacionales y territoriales, y los compromisos internacionales en el marco de los Determinantes Sociales de la Salud.
2. Realizar el Análisis Nacional de la Situación de Salud ASIS, con el modelo y enfoques del PDSP para la identificación de las inequidades en salud.
3. Seguimiento, evaluación, actualización de metas y estrategias del PDSP, mediante la gestión y articulación de procesos de concertación con los actores sectoriales, transectoriales y comunitarios.
4. Diseñar y desarrollar las metodologías, lineamientos, instrumentos para el monitoreo, seguimiento, evaluación de la gestión del talento humano, los recursos técnicos, administrativos, financieros, del PDSP, armonizados con los instrumentos del Plan Nacional de Desarrollo y con los otros instrumentos de la gestión pública nacional, Presupuesto Anual de Resultados y Banco de Programas y Proyectos, conforme a los lineamientos del Departamento Nacional de Planeación DNP.
5. Brindar asesoría y asistencia técnica a los departamentos, distritos y municipios para el desarrollo e implantación del PDSP, las políticas, planes, programas, y proyectos en salud.
6. Promover en el marco de sus competencias la gestión de acciones diferenciales, poblacionales y territoriales definidas en el PDSP.



7. Dirigir, articular y armonizar las acciones y lineamientos de enfoque diferencial con los grupos étnicos establecidos en el PDSP.
8. Dirigir y desarrollar el Sistema de Vigilancia en Salud Pública.
9. Dirigir y desarrollar la Vigilancia Sanitaria, e Inspección, Vigilancia y Control de la Gestión del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS.
10. Dirigir y desarrollar la Red Nacional de Laboratorios, e integrar los laboratorios nacionales de referencia, los laboratorios departamentales y del distrito capital, en la gestión del Sistema de Vigilancia en Salud Pública.
11. Coordinar la participación de los organismos del sector salud y otros sectores del ámbito nacional y territorial para el desarrollo, gestión y evaluación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, y brindar la asistencia técnica y capacitación requerida.
12. Dirigir la incorporación de la Estrategia de Atención Primaria APS en las acciones establecida en el PDSP y los planes territoriales de salud.
13. Fortalecer las capacidades básicas de los funcionarios que desarrollan los procesos de participación social, respetando la autonomía, las diferencias y los intereses de las comunidades.
14. Definir, desarrollar, promover y articular las formas de participación de los individuos, la familia, la sociedad, las organizaciones comunitarias, las entidades no gubernamentales, las instituciones asociativas, solidarias, mutuales, los gremios y el sector privado de la economía en la formulación, difusión, seguimiento y evaluación del PDSP.
15. Definir, promover, coordinar y articular espacios de participación de la academia en los procesos de planificación sectorial e intersectorial para la ejecución, seguimiento y evaluación del PDSP.
16. Fortalecer la capacidad de la autoridad sanitaria nacional y territorial para la gestión en los procesos de elaboración de planes, programas y proyectos, seguimiento y evaluación del PDSP.
17. Coordinar con el Instituto Nacional de Salud INS, Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, Instituto Nacional de



- Cancerología INC, e instituciones adscritas, la participación en el proceso de implementación, seguimiento y evaluación del PDSP.
18. Definir y coordinar con los responsables de la política de talento humano en salud, la formación de las profesiones y ocupaciones en salud que se requiere para la ejecución, seguimiento y evaluación del PDSP.
  19. Brindar asesoría y asistencia técnica a los actores del Sistema de Salud para la participación en el seguimiento y evaluación del Plan Decenal de Salud Pública PDSP, la planeación territorial y la elaboración de los componentes de la planeación, en el marco de sus competencias.
  20. Promover, orientar y dirigir el desarrollo de investigaciones periódicas y sistemáticas sobre las necesidades y problemas de salud de la población, y la respuesta sectorial, transectorial y comunitaria, que provean evidencia para el ajuste de las metas del PDSP.
  21. Promover, orientar y dirigir el diseño, operación, análisis y comunicación de los estudios del PDSP.
  22. Realizar el seguimiento y evaluación del PDSP y los planes territoriales de salud.
  23. Generar y disponer información sobre el avance y cumplimiento del PDSP para que los diferentes organismos de inspección, vigilancia y control del ámbito nacional adelanten sus funciones y acciones dirigidas hacia las entidades territoriales y demás actores implicados en las metas y acciones de Plan.
  24. Disponer para la ciudadanía información completa, oportuna y veraz de la forma como avanza la implementación y ejecución del PDSP, con el fin de facilitar el ejercicio de control social.
  25. Definir, promover y coordinar acciones para la divulgación y difusión del impacto en las condiciones de salud y calidad de vida de la población, de conformidad con el seguimiento y evaluación del PDSP.
  26. Desarrollar una cultura del buen gobierno, del manejo de información y rendición de cuentas anual de los resultados en salud de acuerdo con la normatividad vigente.



27. Reglamentar, distribuir, vigilar y controlar el manejo y la destinación de los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin perjuicio de las competencias de las entidades territoriales en la materia.

### ***De la Nación en la Coordinación Intersectorial***

En concordancia con las competencias establecidas en las normas legales, corresponde al Ministerio de Salud y protección Social abogar por la inclusión de acciones intersectoriales y transectoriales que influyan en los Determinantes Sociales de la Salud.

1. Promover y orientar el desarrollo de la Comisión Intersectorial de Salud Pública, para el seguimiento, evaluación y ajuste de metas, estrategias y acciones que inciden sobre los Determinantes Sociales de la Salud.
2. Adoptar, coordinar la Comisión Intersectorial de Salud Pública, para coordinar el seguimiento, evaluación y ajuste de metas, estrategias y acciones que desde los diferentes sectores se establezcan para la incidencia en los Determinantes Sociales de la Salud.
3. Definir, orientar y articular, en el marco de sus competencias, la acción de los diferentes sectores para la ejecución, seguimiento y evaluación de los determinantes sociales en el PDSP.
4. Definir, promover y propiciar los espacios de participación y articulación sectorial, transectorial y comunitaria para negociar las intervenciones sobre los Determinantes Sociales de la Salud de mayor impacto en el PDSP.
5. Seguimiento, evaluación, actualización de metas y estrategias del PDSP, mediante la gestión y articulación de procesos de concertación con los actores sectoriales, transectoriales y comunitarios.
6. Establecer los lineamientos y las directrices para la articulación de los Comisión Intersectorial en Salud Pública con los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud.



7. Definir y diseñar agendas comunes entre los diferentes sectores, normas conjuntas, estrategias y acciones desde sus competencias para promover la salud en todas las políticas transectoriales y comunitarias.
8. Realizar procesos de coordinación para el seguimiento y la evaluación transectorial del impacto del PDSP.

## **De los Departamentos y Distritos**

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

1. Adoptar y adaptar los lineamientos técnicos para el desarrollo, operación, seguimiento y evaluación del PDSP 2022-2031 que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.
2. Articular y armonizar el Plan Territorial de Salud con el PDSP 2022-2031.
3. Definir intervenciones institucionales a nivel territorial, con el fin de coordinar y alinear las acciones del PDSP 2022-2031.
4. Desarrollar capacidades de gobernanza en salud de los diferentes actores del sistema de salud presentes en los territorios. agentes del sistema EPS e IPS.
5. Formular, adoptar y armonizar el Plan Territorial de Salud en cada cuatrienio, y los planes plurianuales y bienales de inversiones públicas en el marco de lo establecido en la Ley 152 de 1994 y en el PDSP 2022-2031, con participación del Consejo de Planeación Territorial y del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud.
6. Socializar el Plan Territorial de Salud y el Plan Operativo Anual aprobados con los actores sectoriales, transectoriales y comunitarios correspondientes.
7. Asegurar la concurrencia a los municipios 4, 5 y 6, de conformidad con la normatividad vigente para el logro de los objetivos y metas del PDSP 2022-2031.



8. Actualizar y divulgar el análisis de situación de salud del territorio bajo el modelo y enfoques del PDSP 2022-2031.
9. Convocar los actores del Sistema de Salud de su jurisdicción para la Formulación del Plan Territorial en Salud y la adopción del PDSP 2012-2031.
10. Brindar asesoría y asistencia técnica a los municipios, instituciones sectoriales y de otros sectores, y al talento humano encargado de la elaboración del Análisis de Situación de Salud ASIS, y de la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud.
11. Acompañar técnicamente a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios EAPB, o a quién haga sus veces, y a las Administradoras de Riesgos Laborales ARL, para que en el marco de sus competencias elaboren la caracterización de la población afiliada y se incorpore a la planeación territorial las situaciones identificadas.
12. Adoptar las metodologías, herramientas e instrumentos para la planeación, el seguimiento y evaluación de la gestión del talento humano, los recursos técnicos, administrativos y financieros del Plan Territorial de Salud.
13. Promover y articular espacios de participación donde los diferentes actores sectoriales, intersectoriales y comunitarios planeen, implementen y realicen seguimiento y evaluación al Plan Territorial en Salud.
14. Formular y ejecutar el plan de intervenciones colectivas en el marco de los lineamientos que para el efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social, y asistir técnicamente a los municipios y actores territoriales en la planeación, ejecución, monitoreo y evaluación de las mismas.
15. Adoptar y adaptar las metodologías, lineamientos e instrumentos para la gestión administrativa y financiera de los recursos del Plan Territorial de Salud para la incorporación de las metas del PDSP 2022-2031; armonizarlos con los instrumentos del Plan Nacional de Desarrollo y con los otros instrumentos de la gestión pública departamental y con el Presupuesto Anual de Resultados y Banco de Programas y Proyectos de acuerdo con los lineamientos del Departamento Nacional de Planeación.



16. Promover, orientar y dirigir el desarrollo de herramientas metodológicas, estudios e investigaciones periódicas y sistemáticas, que permitan identificar las necesidades y problemas de salud de la población y realizar el análisis de la respuesta sectorial, transectorial y comunitaria, que provean evidencia para la evaluación y ajuste del Plan Territorial de Salud.
17. Dirigir, incorporar, coordinar, controlar la organización y operación de la estrategia de Atención Primaria en Salud, en los ámbitos departamental, distrital y municipal, en el marco del PDSP 2022-2031 según los lineamientos operativos que para el efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social.
18. Fortalecer los equipos de promoción social, para desarrollar en el marco de sus competencias las acciones de gestión diferencial de las poblaciones étnicas y vulnerables definidas en el PDSP 2022-2031.
19. Participar en la operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública bajo los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y las acciones establecidas en el marco del PDSP 2022-2031, en el marco de sus competencias.
20. Coordinar el desarrollo, operación y redes del Sistema de Vigilancia en Salud Pública en su territorio, tanto en el ámbito interinstitucional como intersectorial, brindando asistencia técnica y capacitación requerida por los actores institucionales, transectoriales y comunitarios.
21. Integrar el componente del laboratorio de salud pública como soporte de las acciones de vigilancia en salud pública y gestión del sistema en su jurisdicción, de acuerdo con los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.
22. Apoyar y fortalecer el componente de laboratorio de Salud Pública de su jurisdicción, garantizando la infraestructura según los estándares técnicos, el talento humano, los recursos financieros, materiales y técnicos, con el fin de alcanzar los objetivos propuestos en el PDSP 2022-2031.
23. Fortalecer las capacidades básicas de los funcionarios en las entidades para adelantar los procesos de participación social, respetando la autonomía, las



- diferencias y la cosmovisión e intereses de las comunidades, pueblos, grupos y colectivos.
24. Definir, promover, coordinar y articular espacios de participación de la academia en los procesos de planificación, ejecución, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud.
  25. Coordinar y desarrollar procesos de movilización social, con la participación de los ciudadanos, las instituciones sectoriales, transectoriales, los Consejos Territoriales de Salud, el Consejo de Política Social, las organizaciones de base comunitaria, los gremios, el sector de la economía, que pueden desarrollar acciones sobre los Determinantes Sociales de la Salud.
  26. Definir espacios y mecanismos que posibiliten la movilización social y fortalezcan la participación social, para garantizar la ejecución transparente y eficaz de los recursos en concordancia con las acciones.
  27. Coordinar y apoyar las acciones de los diferentes organismos de inspección, vigilancia y control del ámbito territorial, conforme lo establecido por la nación.
  28. Promover, orientar y dirigir el diseño, operación, análisis y comunicación de los estudios de impacto del Plan Territorial de Salud.
  29. Generar la información requerida para el seguimiento y evaluación del PDSP 2022-2031 y demás que requiera el sistema de información en salud.
  30. Fortalecer la capacidad de la autoridad sanitaria territorial y disponer de talento humano idóneo, suficiente y permanente para la gestión en los procesos de planeación, ejecución, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud.
  31. Disponer para la ciudadanía información completa, oportuna y veraz de la forma como avanza la implementación y ejecución del Plan Territorial de Salud, con el fin de facilitar el ejercicio de control social.
  32. Desarrollar una cultura del buen gobierno, de manejo de información financiera y contable de los recursos de salud, y de rendición de cuentas anual de los resultados en salud, de acuerdo con la normatividad vigente.



## De los Municipios Categoría 1, 2 y 3

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

1. Formular, adoptar y armonizar el Plan Territorial de Salud en cada cuatrienio y los planes plurianuales y bienales de inversiones públicas, en el marco de lo establecido en la Ley 152 de 1994 y en el PDSP 2022-2031 con participación de los Consejos de Planeación Territorial y los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud.
2. Definir intervenciones institucionales a nivel territorial, con el fin de coordinar y alinear las acciones de los actores del Sistema de Salud, articulando y armonizando el Plan Territorial de Salud y el PDSP 2022-2031.
3. Gestionar apoyo técnico y concurrencia del departamento para el desarrollo del PDSP 2022-2031.
4. Adoptar las metodologías, instrumentos y herramientas, para la implementación, seguimiento y evaluación del PDSP 2022-2031 según lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social.
5. Elaborar y aprobar en cada anualidad, conforme a lo establecido en la Ley 152 de 1994, el Plan Operativo Anual.
6. Socializar el Plan Territorial de Salud y el Plan Operativo Anual aprobados con los actores sectoriales, transectoriales y comunitarios correspondientes.
7. Convocar los actores del Sistema de Salud de su jurisdicción para la Formulación del Plan Territorial en Salud y la adopción del PDSP 2012-2031.
8. Fortalecer la capacidad de la autoridad sanitaria territorial, y contar con talento humano idóneo, suficiente y permanente, para la gestión en los procesos de planeación, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud.



9. Adoptar y adaptar los lineamientos técnicos para la gestión operativa y financiera según expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el desarrollo del PDSP 2022-2031.
10. Actualizar y divulgar el Análisis de la Situación de Salud ASIS bajo modelo y enfoques establecidos en el PDSP 2022-2031 para la identificación e intervención de las inequidades en salud.
11. Acompañar técnicamente a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios AEPB, o a quien haga sus veces, y a las Administradoras de Riesgos Laborales ARL, para que en el marco de sus competencias elaboren la caracterización de la población afiliada.
12. Coordinar y articular con los actores sectoriales, transectoriales y comunitarios, la planeación, la ejecución, el seguimiento y la evaluación del Plan Territorial de Salud.
13. Adoptar las metodologías, instrumentos y herramientas para la planeación, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud; armonizarlos con los instrumentos del Plan Departamental de Desarrollo y con los otros instrumentos de la gestión pública, con el Presupuesto Anual de Resultados y Banco de Programas y Proyectos de acuerdo con los lineamientos del Departamento Nacional de Planeación.
14. Generar la información requerida para el seguimiento y evaluación del PDSP 2022-2031 y demás que requiera el sistema de información en salud.
15. Realizar la formulación, ejecución, monitoreo y evaluación del plan de intervenciones colectivas e individuales en el marco de los lineamientos que para ello expida el Ministerio de Salud y Protección Social.
16. Fortalecer los equipos de talento humano para desarrollar de acciones de gestión diferencial de las poblaciones étnicas vulnerables definidas en el PDSP 2022-2031, y aquellas dirigidas en el marco de sus competencias.
17. En el marco de sus competencias participar en la operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública bajo los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social o el Instituto Nacional de Salud.



18. Realizar la gestión interinstitucional, transectorial y comunitaria para garantizar el flujo continuo de información de interés en salud pública requerida en el Sistemas de Vigilancia en Salud Pública, en su jurisdicción conforme con sus competencias
19. Dirigir, incorporar, coordinar y controlar la organización y operación de la estrategia de Atención Primaria en Salud, en el marco del PDSP 2022-2031, bajo los lineamientos operativos que para este efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social.
20. Fortalecer las capacidades del talento humano para adelantar procesos de participación social, respetando la autonomía, las diferencias, cosmovisión e intereses de las comunidades, pueblos, grupos y colectivos.
21. Coordinar y desarrollar procesos de movilización social con la participación de las instituciones y organizaciones comunitarias, los Consejos Territoriales y el Consejo de Política Social, que puedan desarrollar acciones sobre los Determinantes Sociales de la Salud.
22. Definir, de forma coordinada y articulada con los diferentes actores sectoriales, transectoriales y comunitarios, las necesidades de prestación de servicios de salud y de capacidad instalada.
23. Definir espacios y mecanismos que posibiliten y fortalezcan la participación social, para garantizar la ejecución transparente y eficaz de los recursos, en concordancia con las acciones.
24. Fortalecer la capacidad de la autoridad sanitaria territorial y contar con talento humano idóneo, suficiente y permanente para la gestión en los procesos de planeación, seguimiento y evaluación del PTS y el PDSP 2022-2031.
25. Utilizar las diferentes herramientas, como observatorios, estudios e investigaciones, para el seguimiento articulado y participativo donde los diferentes actores sectoriales, intersectoriales y comunitarios planeen, implementen y realicen seguimiento y evaluación al PTS y PDSP 2022-2031.
26. Promover y articular espacios de participación
27. Promover, orientar y dirigir el desarrollo de investigaciones periódicas y sistemáticas sobre las necesidades y problemas de salud de la población, y



la respuesta sectorial, intersectorial, transectorial y comunitaria, que provean evidencia para el ajuste del Plan Territorial de Salud.

28. Promover, orientar y dirigir el diseño, operación, análisis y comunicación de los estudios de impacto del Plan Territorial de Salud.
29. Definir, promover y coordinar acciones para la divulgación y difusión del impacto en las condiciones de salud y calidad de vida de la población, y el avance de ejecución de conformidad con el seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud, con el fin de facilitar el ejercicio de control social.
30. Coordinar y apoyar las acciones de los diferentes organismos de inspección, vigilancia y control del ámbito departamental, conforme con lo establecido por la nación.
31. Desarrollar una cultura del buen gobierno, del manejo de información financiera y contable de los recursos de salud, y de rendición de cuentas anual de los resultados en salud, de acuerdo con la normatividad vigente.

### **De los Municipios Categoría 4, 5, y 6**

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

1. Gestionar apoyo técnico y concurrencia al departamento para el desarrollo del PDSP 2021-2031.
2. Formular, adoptar y armonizar el Plan Territorial de Salud con el PDSP 2022-2031 en cada cuatrienio y los planes plurianuales y bienales de inversiones públicas en el marco de lo establecido en la Ley 152 de 1994 y en el PDSP 2012-2021, con participación de los Consejos de Planeación Territorial y los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud.
3. Elaborar y aprobar en cada anualidad, conforme a lo establecido en la ley 152 de 1994, el Plan Operativo Anual.



4. Socializar el Plan Territorial de Salud y el Plan Operativo Anual aprobados con los actores sectoriales, transectoriales y comunitarios correspondientes.
5. Convocar los actores del Sistema de Salud de su jurisdicción para la Formulación del Plan Territorial en Salud y la adopción del PDSP 2012-2031.
6. Dirigir, incorporar y coordinar y controlar la implementación estrategia de Atención Primaria en Salud, en el marco del PDSP 2022-2031, bajo los lineamientos operativos que para este efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social.
7. Coordinar y articular con los actores sectoriales, transectoriales y comunitarios, la planeación, la ejecución, el seguimiento y la evaluación del Plan Territorial de Salud y el PDSP 2022-2031.
8. Adoptar las metodologías, instrumentos y herramientas para la planeación, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud; armonizarlos con los instrumentos del Plan Departamental de Desarrollo y con los otros instrumentos de la gestión pública, con el Presupuesto Anual de Resultados y el Banco de Programas y Proyectos, de acuerdo con los lineamientos del Departamento Nacional de Planeación.
9. Formular, ejecutar, monitorear, seguir y evaluar el Plan de Intervenciones Colectivas e Individuales en el marco de los lineamientos que para el efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social.
10. Fortalecer la capacidad de la autoridad sanitaria para gestionar los procesos de planificación, ejecución, seguimiento, evaluación y control de los recursos financieros del Plan Territorial de Salud.
11. Actualizar y divulgar el Análisis de la Situación de Salud bajo modelo y enfoques del PDSP para la identificación e intervención de las inequidades en salud.
12. Gestionar la asistencia técnica con el departamento para la actualización del Análisis de Situación de Salud y la planeación, seguimiento y evaluación del Plan Territorial e Institucional de Salud.
13. Diseñar, gestionar y articular en el Plan Territorial de Salud, según los procesos de concertación con los actores sectoriales, transectoriales y



- comunitarios, los gremios y el sector privado de la economía, los compromisos intersectoriales que permitan actuar sobre los Determinantes Sociales de la Salud.
14. Generar la información requerida para el seguimiento y evaluación del PDSP 2022-2031 y demás que requiera el sistema de información en salud.
  15. Adoptar y adaptar las metodologías, herramientas e instrumentos para el fortalecimiento de las capacidades del talento humano de la entidad.
  16. Gestionar el apoyo técnico y la concurrencia para fortalecer el desarrollo de las acciones de gestión diferencial de las poblaciones étnicas y vulnerables definidas en el PDSP 2022-2031.
  17. Fortalecer las capacidades del talento humano para adelantar procesos de participación social, respetando la autonomía, las diferencias, cosmovisión e intereses de las comunidades, pueblos, grupos y colectivos.
  18. Participar en el marco de sus competencias en la operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública bajo los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y del Instituto Nacional de Salud.
  19. Realizar la gestión interinstitucional, transectorial y comunitaria para la implementación y desarrollo de las acciones de vigilancia en Salud Pública, y garantizar el flujo continuo de información de interés para el Sistema, en su jurisdicción conforme con sus competencias.
  20. Adoptar y adaptar los lineamientos técnicos para la gestión operativa y financiera según expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el desarrollo del PDSP 2022-2031.
  21. Coordinar y articular procesos de movilización social con la participación de las instituciones y organizaciones comunitarias, los Consejos Territoriales, el Consejo de Política Social, para el desarrollo de acciones sobre los Determinantes Sociales de la Salud.
  22. Fortalecer la capacidad de la autoridad sanitaria territorial; contar con talento humano idóneo, suficiente y permanente para la gestión en los procesos de planeación, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud.



23. Definir, promover y coordinar acciones para la divulgación y difusión del impacto en las condiciones de salud y calidad de vida de la población, y el avance de ejecución, de conformidad con la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud y el PDSP, con el fin de facilitar el ejercicio de control social.
24. Desarrollar una cultura del buen gobierno, del manejo de información financiera y contable de los recursos de salud, y de rendición de cuentas anual de los resultados en salud, de acuerdo con la normatividad vigente.
25. Definir espacios y mecanismos que posibiliten y fortalezcan la participación social, para garantizar la ejecución transparente y eficaz de los recursos.

### **De las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios**

En concordancia con las competencias establecidas en las normas legales, corresponde a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios EAPB de los regímenes contributivo y subsidiado, asumir frente al PDSP 2022-2031, las siguientes responsabilidades:

1. Seguir y adoptar las acciones que en marco de sus competencias se establezcan en el PDSP 2022-2031.
2. Elaborar y actualizar la Caracterización de la población Afiliada, bajo el modelo y enfoques del PDSP 2022-2031, identificando las inequidades en salud a intervenir.
3. Atender los llamados de las entidades territoriales de su afluencia y participar en la formulación del Plan Territorial de Salud y las acciones establecidas en el marco de sus competencias, según los lineamientos y directrices del Ministerio de Salud y Protección Social.
4. Coordinar con el municipio, departamento, nación, la organización y operación de la estrategia de Atención Primaria en Salud, bajo los lineamientos operativos que para este efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social.



5. Realizar la medición cuantitativa de los riesgos de la población afiliada, identificando los diferenciales poblacionales para la planeación de la atención en salud.
6. Desarrollar o fortalecer los procesos, herramientas e instrumentos para asegurar el seguimiento de las cohortes de usuarios para la gestión del riesgo.
7. Incorporar indicadores en la planeación y gestión del riesgo que permita medir la modificación de daños, riesgos y resultados en salud.
8. Planear la atención en salud de la población afiliada y ajustar con base en los riesgos y necesidades diferenciales de atención, la organización y funcionamiento de la oferta de servicios, armonizado e incorporando según lo establecido en el PTS y PDSP 2022-2031.
9. Fortalecer los procesos, herramientas e instrumentos para mejorar el acceso, oportunidad y calidad de la prestación de los servicios de salud.
10. Generar y proveer la información requerida por el Sistema de Salud y suministrarla de conformidad con la normatividad en la materia y en el marco de sus competencias.
11. Vigilar los indicadores de control de riesgo, la calidad de la atención, la gestión clínica y administrativa de los recursos del Plan de Beneficios en Salud.
12. Vincularse y participar en los mecanismos de articulación territorial de salud pública para gestionar el riesgo en salud colectivo y de la población en el territorio.
13. Asegurar la formación continua y el desarrollo de competencias del talento humano necesarias para cumplir con las metas de salud Plan Territorial de Salud y el PDSP 2022-2031 de su jurisdicción.
14. Desarrollar un plan de asesoría, asistencia técnica y auditoría para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS, que hacen parte de su red, que garantice el cumplimiento de las metas de las acciones individuales de salud pública incluidas en el Plan Territorial de Salud y el PDSP 2022-2031.



15. Promover el conocimiento en derechos y deberes de la población afiliada, en el uso adecuado de los servicios de salud y en la conformación y organización de alianzas de usuarios y su articulación con la defensoría de los usuarios.
16. Implementar las directrices y procedimientos determinados por el Ministerio de Salud y Protección Social, en relación con los procesos básicos de vigilancia en sus redes de servicios.
17. Adoptar y adaptar los lineamientos técnicos de su competencia para las operativas y financieras de la salud pública que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el desarrollo del PDSP 2022-2031.
18. Participar activamente, en el marco de sus competencias y en coordinación con la entidad territorial de su afluencia en la operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, bajo los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud.
19. Garantizar la notificación y realización de acciones tendientes a confirmar los eventos de interés en salud pública, y asegurar las intervenciones individuales y familiares del caso.
20. Participar en las estrategias de vigilancia especiales planteadas por la autoridad sanitaria territorial, de acuerdo con las prioridades de salud pública.
21. Desarrollar una cultura del buen gobierno, del manejo de información financiera y contable de los recursos de salud, y de rendición de cuentas anual de los resultados en salud, de acuerdo con la normatividad vigente.

### **De las Instituciones Prestadoras de Salud IPS**

En concordancia con las competencias establecidas en las normas legales, corresponde a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS asumir las siguientes responsabilidades frente al PDSP 2022-2031:

1. Adoptar y aplicar las políticas y normas establecidas para el cumplimiento de los contenidos del PDSP 2022-2031.



2. Participar en la elaboración, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud en el marco del PDSP 2022-2031.
3. Atender los llamados de las entidades territoriales de su afluencia y participar en la formulación del Plan Territorial de Salud y las acciones establecidas en el marco de sus competencias, según los lineamientos y directrices del Ministerio de Salud y Protección Social.
4. Cumplir con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud SOGCS, según lo establecido por el Ministerio de Salud y protección Social y las establecidas en el marco del PDSP 2022-2031.
5. Fortalecer e implementar los procesos, herramientas e instrumentos para mejorar el acceso, oportunidad y calidad de los servicios de salud.
6. Coordinar con las Entidades Promotoras de Salud EPS o entidades que hagan sus veces, el municipio y el departamento, la organización y operación de los servicios de salud bajo la estrategia de Atención Primaria en Salud, bajo los lineamientos operativos que en el marco del PDSP 2022-2031 expida el Ministerio de Salud y Protección Social.
7. Coordinar con las Entidades Promotoras de Salud EPS, las metas y las acciones a cumplir en el marco del PDSP 2022-2031, e incorporar los indicadores para la medición de daños, riesgos y resultados en salud y generar la información requerida por el Sistema de salud y su sistema de información.
8. Implementar los lineamientos técnicos que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para gestión operativa y financiera contenidas en el PDSP 2022-2031, en el marco de su competencia.
9. Implementar mecanismos de seguimiento, evaluación y mejoramiento continuo de las acciones de promoción de la salud, prevención, atención, paliación y rehabilitación.
10. Participar en el marco de sus competencias en la operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, bajo los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional en Salud.
11. Realizar las acciones tendientes a detectar y confirmar los eventos de interés en salud pública, incluyendo la realización de exámenes de laboratorio y



demás procedimientos diagnósticos establecidos en los protocolos de vigilancia, y asegurar las intervenciones individuales y familiares del caso que sean de su competencia.

12. Participar en las estrategias de vigilancia especiales planteadas por la autoridad sanitaria territorial, de acuerdo con las prioridades de salud pública.
13. Cumplir con las normas técnicas para la vigilancia de los eventos de interés en salud pública que sean expedidas por la autoridad sanitaria.
14. Asegurar la formación continua y el desarrollo de competencias del talento humano necesarias para cumplir con las metas de Salud establecidas en el PDSP.
15. Implementar las directrices y procedimientos determinados por el Ministerio de Salud y Protección Social, en relación con los procesos básicos de vigilancia en sus procesos de atención.
16. Desarrollar una cultura del buen gobierno, del manejo de información financiera y contable de los recursos de salud, y de rendición de cuentas de los resultados en salud, de acuerdo con la normatividad vigente.

### **De las Administradoras de Riesgos Laborales ARL**

En concordancia con las competencias establecidas en las normas legales, corresponde a las entidades Administradoras de Riesgos Laborales ARL asumir las siguientes responsabilidades frente al PDSP 2022-2031:

1. Elaborar y actualizar la Caracterización de la población Afilada, bajo el modelo y enfoques del PDSP 2022-2031, identificando las inequidades en salud a intervenir.
2. Articularse con las direcciones territoriales de su jurisdicción para la formulación, seguimiento y evaluación de las metas relacionadas con los riesgos laborales y las condiciones de trabajo, en el Plan Territorial de Salud y el PDSP 2022-2031.



3. Atender los llamados de las entidades territoriales de su afluencia y participar en la formulación del Plan Territorial de Salud y las acciones establecidas en el marco de sus competencias, según los lineamientos y directrices del Ministerio de Salud y Protección Social.
4. Participar en el proceso de formulación, evaluación y control social del Plan Territorial de Salud y el PDSP 2022-2031.
5. Articularse con las direcciones territoriales de su jurisdicción para la promoción de la afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales.
6. En el marco de sus competencias, articularse con las direcciones territoriales de su jurisdicción para el desarrollo de acciones que incluyan a los trabajadores del sector informal de la economía.
7. Incorporar los indicadores en el marco de sus competencias, según se establezcan en el Ministerio de Salud y Protección Social, y generar la información requerida en el Sistema de Información de Salud.
8. Incorporar en el Plan de Trabajo Anual del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de empresas y empleadores afiliados, las metas del PDPS 2022-2031 establecidas para este colectivo, con base en los riesgos prioritarios a los cuales están expuestos sus afiliados y demás características administrativas de las empresas afiliadas.
9. Participar en la operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública bajo los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco de sus competencias.
10. Participar en la operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública según lo establezca el Ministerio de Salud y Protección en el marco de las acciones en salud Pública.
11. Garantizar la atención y rehabilitación de los daños en salud ocasionados por las enfermedades y accidentes de origen laboral.
12. Asegurar los procesos de rehabilitación y readaptación de la población afiliada afectada por la exposición laboral.



13. Asegurar la formación continua y el desarrollo de competencias del talento humano necesarias para cumplir con las metas establecidas para la salud de los trabajadores en el PDSP 2022-2031.
14. Generar la información requerida, en el marco de sus competencias, para el seguimiento y evaluación del PDSP 2022-2031 y demás que requiera el sistema de información en salud y las entidades de su jurisdicción.
15. Desarrollar una cultura del buen gobierno, del manejo de información sobre los ambientes de trabajo, condiciones y resultados en salud de los trabajadores afiliados.
16. Participar en acciones dirigidas para la modificar los Determinantes Sociales de la Salud.

#### **De la Superintendencia Nacional de Salud**

1. Dirigir y desarrollar la Inspección, Vigilancia y Control de la Gestión del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS.
2. Revisar, ajustar y habilitar las redes integrales de prestadores de servicios de salud del departamento en el marco de las acciones que se establezcan en el PDSP 2022-2031.

#### **De la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.**

1. Gestionar y proteger el adecuado uso de los dineros que soportan la prestación de los servicios de salud, así como los pagos, giros y transferencias que se deben realizar a los agentes que gestionan recursos en el marco del PDSP 2022-2031.



## Capítulo 8. Salud Propia e Intercultural con los Pueblos y Comunidades Étnicas en el PDSP 2022-2031

Desde el reconocimiento y protección constitucional a la identidad cultural de los pueblos y comunidades indígenas, negras y Rrom el país ha avanzado en la formulación de políticas, normas y arreglos institucionales, para garantizar su legitimación política como pueblos, sus derechos humanos fundamentales como los derechos a la propiedad de la tierra, la consulta y el consentimiento previo, libre e informado, el mandato constitucional incuestionable del principio de pluralismo jurídico que acoge el Derecho Propio de los pueblos étnicos en el marco jurídico nacional (Akubadaura, 2021), como derecho irrenunciable e imprescriptible de nuestros pueblos étnicos y que fundamentó las bases normativas y técnicas sobre las que se erige este capítulo.

La situación de salud y los resultados en salud señalan inequidades que evidencian las carencias y desigualdades que afectan a los tres pueblos en comparación con la población general y que configuran el rezago persistente de las políticas nacionales y subnacionales en la garantía del derecho fundamental a la salud y el ejercicio de su goce efectivo, basado en medidas sectoriales, intersectoriales, transectoriales sociales y ciudadanes que configuran la gestión integral de la salud pública.

El objetivo de este capítulo es desarrollar los elementos estratégicos para el PDSP 2022 – 2031 de diferenciación afirmativa para la gestión integral en salud pública que permitan el diseño de planes interculturales que agencien las condiciones de salud de acuerdo a sus particularidades y necesidades, mediante líneas estratégicas que garanticen el respeto a su integridad étnico – cultural, en la acción de la salud pública, el fortalecimiento institucional de los sectores concernidos y de sus culturas propias de salud y el mejoramiento de los resultados en salud y calidad de vida.



El capítulo está compuesto en primer lugar por el desarrollo conceptual del Enfoque con Pueblos y Comunidades, que reorienta el enfoque ‘diferencial’ étnico fundamentado en la diversidad y perspectiva interseccional como sujetos de derechos; continúan los elementos estratégicos en los *Marcos Estratégicos Interculturales* con cada pueblo y cierra con los Elementos Operativos que son comunes a los tres.

## **Enfoque con Pueblos y Comunidades**

La Constitución Política de Colombia - CPC, determina, en el “*Artículo 7°. El Estado reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la Nación colombiana*” y el abordaje integrado de los sujetos de derecho, tanto individuales como colectivos que enmarcan conceptualmente este Plan Decenal de Salud Pública - PDSP, expresan los desarrollos constitucionales, legales y normativos que han consolidado el reconocimiento y protección de la diversidad cultural étnica en el país. El derecho a *existir siendo diferentes*, consagrado por el Convenio 169 de OIT para los pueblos y las comunidades *cuyas condiciones sociales, culturales y económicas les distinguen de otros sectores de la colectividad nacional, y que estén regidos total o parcialmente por sus propias costumbres o tradiciones o por una legislación especial*, establece el carácter vinculante del derecho propio, de su carácter diferencial y diverso que enriquece la diversidad cultural colombiana (OIT, 1989).

Es por el significado encarnado de ‘existir siendo diferentes’ que se propone el enfoque diferencial étnico como Enfoque con Pueblos y Comunidades, sobre la noción conceptual de cultura con una jerarquía distintiva para estos pueblos y comunidades, que debe ser considerada como el conjunto de los rasgos distintivos espirituales y materiales, intelectuales y afectivos que caracterizan a una sociedad o a un grupo social y que abarca, además de las artes y las letras, los modos de vida, la manera de vivir juntos, los sistemas de valores, las tradiciones y las creencias (UNESCO, 2002). Por lo tanto, su alcance trasciende el análisis de



vulnerabilidades y desigualdades y enmarcado en el enfoque de derechos humanos y equidad, el enfoque diferencial de derechos y la interseccionalidad se dirige a la comprensión de sus posibilidades y potencialidades de autodesarrollo inherentes a sus dimensiones identitarias culturales individuales y colectivas.

Con el enfoque así enunciado, se amplía el alcance y se supera el enfoque con vocación de análisis, que lee, objetivamente a la diversidad humana, por la dialéctica de problemas, necesidades y derechos vulnerados del lado de las personas ‘diferenciadas’ y el diseño de una respuesta social, en políticas con sus instrumentos por el lado del Estado.

El Enfoque con Pueblos y Comunidades en salud propia e intercultural permite identificar, comprender y resolver, en perspectiva intercultural, más allá de las vulnerabilidades existentes, la cultura para la vida y la salud, el ambiente y salud, la protección social y la integralidad en salud concebidos en el PDSP 2022 – 2031, en el propósito de orientar la gestión de la salud pública con enfoque territorial y con visión biocéntrica, para la garantía del derecho a un ambiente sano y por tanto, a la protección del ambiente natural, sus ecosistemas y la biodiversidad. Tal como lo plantea Suarez (2010), exige a la institucionalidad, la adecuación de los programas y de las acciones, los que se *construyen con ellos* (con las comunidades) en marcos y planes interculturales, por ser estos pueblos y comunidades los poseedoras y dinamizadores de sus culturas (Suárez, 2010).

El enfoque con pueblos y comunidades se aplica a las comunidades indígenas, negras, afrocolombianas, raizales, palenqueras y Rrom, que conservan su identidad cultural y sus cosmovisiones, que los distingue de la mayoría de la población nacional. Se refiere al derecho de estos grupos a una atención cualitativamente diferente que corresponda a las características propias de sus culturas como pueblos.



En el camino del reconocimiento de la pluralidad cultural que lleva a la formación de políticas de equidad, para compensar las desventajas y desigualdades históricas afrontadas por estos grupos poblacionales (Suárez, 2010), esta reorientación de la noción del enfoque diferencial étnico a un enfoque con pueblos y comunidades, permite organizarlo bajo el principio de *pluralismo jurídico*, que acoge al derecho propio y garantiza la construcción de espacios interculturales y mecanismos de coordinación intersectorial e intercultural, para evitar lo excluyente y sus consecuencias en los resultados en salud, bienestar y calidad de vida. En este sentido, las acciones en salud, individual y pública y de atención con enfoque con pueblos y comunidades, se dirige a preservar la singularidad cultural de estos grupos, teniendo en cuenta sus características, de manera que las intervenciones sean con ellas y para ellas.

Es necesario comprender, desde el enfoque con pueblos y comunidades sus particularidades generales; lo específico a las mujeres, y partir desde una perspectiva, que incluya la multiplicidad de categorías que conforman la identidad de ellas y las consecuencias derivadas de la intersección de género, con otras identidades, construidas históricamente como inferiores (CEPAL, 2018). Se hace necesario que el enfoque con pueblos y comunidades en el enfoque de curso de vida, para niños, niñas y jóvenes y sus problemáticas, en sus procesos de socialización en la cultura y sus consecuencias en su desarrollo físico y psicológico (MSPS, 2019). Esta mirada con pueblos y comunidades, también debe organizar las acciones con perspectiva preferencial para las víctimas del conflicto armado (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021) y para las personas con discapacidad (Robles, 2021).

El enfoque con pueblos y comunidades permite abordar las políticas en los sectores de interés enmarcadas en derechos humanos y el enfoque diferencial de derechos. Para esto, es necesario partir, de que la diversidad cultural es tan necesaria en las personas como la diversidad biológica para los organismos vivos (UNESCO, 2002), y este reconocimiento implica, que nuestra cohesión como seres



humanos, se fundamente en la mutua determinación de obligaciones o consentimientos, de derechos y deberes, una condición sin la cual, dos individuos no podrían estar obligados a reconocer uno a otro, en sus derechos (Tarde, 1884). Este es el fundamento de la relación entre culturas distintas, en donde ambas avanzan en sus propias lógicas, ninguna supedita a la otra, sino que se logra un acercamiento mutuo y respetuoso que alcanza una relación en el marco de la interculturalidad (Suárez, 2010).

La *interculturalidad en salud* puede definirse como la *coexistencia de las culturas propias de salud* como modalidades *diferenciadas* en la atención en salud de la poblaciones y la visión de una salud *alopática*, donde ambas interactúan y coordinan esfuerzos *terapéuticos*, manteniendo su identidad y autonomía, integradas por mutuo acuerdo en la gestión territorial integral de actividades, intervenciones, procedimientos y servicios en salud y atención en salud (MSPS, 2017; Suárez, 2010). Por lo anterior, el abordaje desde los derechos humanos como marco rector del PDSP 2022 – 2031, conduce, a que la respuesta social en acciones de salud integre a un individuo como asociado, donde se ejercen con él, los derechos establecidos por la constitución y las leyes, y se constituye así, un vínculo social, en donde se reconocen, respetan y protegen las distinciones de etnia, lengua, sexo, edad y creencias. Para lograrlo, es necesario que exista un intercambio cultural, es decir, exige la práctica de interculturalidad en el diseño de la gestión de la salud pública de forma integral, pero también que el respeto de las culturas propias se constituya en un principio del quehacer en salud pública.

En la definición anterior de interculturalidad en salud, se prefiere la noción de “*cultura propia de salud*”, a la de la conocida medicina tradicional, porque esta “*cultura de salud*” se expresa cotidianamente en todas las instancias de la vida individual, familiar y colectiva (Suárez, 2010); es el conocimiento obrado en las identidades individuales y colectivas, con el que han evitado la “*desaparición*” o la indistinción como pueblos culturalmente identificados y por lo tanto, al definir la interculturalidad en salud como la coexistencia de las culturas de salud de los



pueblos y comunidades con la visión de salud alopática, colocamos, en el primer lugar, su cosmovisión y se establece, desde las acciones de salud pública, la garantía del derecho a la supervivencia y existencia de estas poblaciones, lo que tiene una conexión indiscutible con el objetivo del eje estratégico Gobierno y Gobernanza del PDSP, en cuanto al fortalecimiento de la gobernanza democrática y colaborativa y el gobierno multinivel de la salud pública.

Lo hasta aquí conceptualizado sobre la propuesta del Enfoque con Pueblos y Comunidades tiene como propósito el fortalecimiento de la gobernanza de la salud pública y profundizar la construcción multiétnica y pluricultural del país, para el cambio positivo de los resultados en salud de estas comunidades, por esto, el enfoque es “con” los pueblos y comunidades, porque la conjunción de los esfuerzos “con” sus saberes es la génesis de la interculturalidad. Así como expresión concreta del principio de acción sin daño, definido como “aquel que parte de la premisa de que ninguna intervención externa, realizada por diferentes actores humanitarios o de desarrollo, está exenta de hacer daño (no intencionado) a través de sus acciones. Su incorporación implica la reflexión por parte de los y las profesionales sobre aspectos como los conflictos emergentes durante la ejecución de las acciones, los mensajes éticos implícitos, las relaciones de poder y el empoderamiento de los participantes” (Comisión de la Verdad, 2022) .

La práctica de la interculturalidad permite establecer, como elementos estratégicos de la gestión integral territorial en salud con cada grupo étnico cultural, los *Marcos Estratégicos Interculturales*, que se definen como el encuadre metodológico fundamentado en los principios propios de cada pueblo y comunidad, para la construcción de planes interculturales integrados a los planes de salud territoriales, cuyos componentes mínimos son, la adecuación institucional en enfoque con pueblos y comunidades, el fortalecimiento de las culturas propias de salud de los pueblos y comunidades, indígenas, negras, afrocolombianas, raizales, palenqueras y Rrom y los mecanismos de interacción entre las culturas propias de salud y la visión de salud alopática (Suárez, 2010).



## ***Marcos Estratégicos Interculturales***

En junio de 1989, la Conferencia Internacional del Trabajo de la OIT adoptó el Convenio 169 sobre Pueblos indígenas y tribales en países independientes. La adopción del Convenio se basó, en que la Conferencia observó que en muchas partes del mundo estos pueblos no gozaban de los derechos en igualdad con el resto de la población en los Estados donde vivían y que habían sufrido a menudo un menoscabo en sus valores, costumbres y perspectivas. Ese año, la Conferencia encontró que en América Latina los peores indicadores socioeconómicos y laborales, y la discriminación por origen étnico o racial agravaba las brechas de ingreso de manera radical. (OIT, 1989)

El Convenio influyó en los avances constitucionales promulgados en el contexto latinoamericano, varios países en la década del 90 adoptaron constituciones garantistas que impulsaron distintos grados de avance en el reconocimiento y salvaguarda de los pueblos y comunidades étnicas por sus sociedades (ORAS-CONHU, 2018), porque se debe precisar que al final, el significado del reconocimiento de la diversidad étnico-cultural fue “la eliminación de las disposiciones constitucionales que pregonaban el carácter homogéneo de las sociedades latinoamericanas” (ORAS-CONHU, 2018 p. 11)

No obstante, el avanzar de sociedades homogéneas hacia el reconocimiento étnico-cultural de nuestros pueblos y comunidades ancestrales se plantea el desafío del dialogo intercultural para la construcción de una sociedad plural, diversa, incluyente y justa. Este es el norte que se impone a la sociedad colombiana, el cambio no es menor, la Constitución Política que rigió hasta el año 1991 consagraba que “el país era de una sola lengua, una sola raza y una sola religión. Por el contrario, en el país subsisten más de 62 lenguas indígenas, en alrededor de 103 pueblos. Los afrodescendientes cuentan con la lengua Palenquera y el Creole de las islas de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, y miles de manifestaciones



religiosas han adquirido estatus legal” (ORAS-CONHU, 2018 p. 11). Desde 1991 este escenario cambió y aunque los sucesivos gobiernos en contexto de la Constitución de 1991 han implementado planes de desarrollo con medidas para abordar el reconocimiento de la diversidad cultural de la sociedad colombiana y disminuir las brechas de equidad en desarrollo humano de estos pueblos y comunidades, persisten brechas por mitigar o resolver y existe evidencia de impacto desproporcionado de la pandemia por COVID 19 en estas poblaciones que hizo perder avances logrados (CEPAL, 2020b, 2020a, 2021)

El Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031 consolida los procesos de consulta previa con los pueblos indígenas, las comunidades negras, afrocolombianas, raizales, palenqueras y el pueblo Rrom y presenta la armonización de las nociones de sus culturas propias de salud con los ejes estratégicos que servirán como insumos de categoría intercultural para la gestión integral de la salud pública.

Este capítulo de Salud Propia e Intercultural con los Pueblos y Comunidades Étnicas contiene los elementos estratégicos y operativos para que los diseñadores de los planes territoriales logren la relación entre dialogo intercultural, diversidad cultural y derechos humanos, como conceptos centrales del sentido de educación de la salud pública, el ‘aprender a vivir juntos’. Para ‘aprender a vivir juntos’ el rol definitivo lo tienen las competencias interculturales. También, sitúa la promulgación de las competencias interculturales para que la práctica de la interculturalidad se convierta en parte del tejido de la vida social cotidiana de la gestión de la salud pública territorial, y declara como principios orientadores de este quehacer las siguientes competencias interculturales para todos los participantes en los diálogos con vocación intercultural:

- Respeto (valorar a los otros)
- Auto consciencia/identidad (comprender los lentes a través de los cuales cada uno ve el mundo)



- Ver desde otras perspectivas/visiones de mundo (cómo estas perspectivas son similares y diferentes)
- Escuchar (participar en un auténtico diálogo intercultural)
- Adaptación (ser capaz de cambiar temporalmente de perspectiva)
- Construcción de vínculo (forjar vínculos interculturales perdurables)
- Humildad cultural (combina respeto con auto consciencia) (UNESCO & UNAL, 2013)

### ***Marco Estratégico Intercultural con los Pueblos Indígenas***

***Nociones conceptuales propias.*** Los principios para la garantía del “Buen vivir” y del “Bien estar”, como el territorio, identidad cultural indígena, usos y costumbres, derecho mayor, sabiduría ancestral, autonomía, gobernabilidad y reciprocidad, hacen parte de la fundamentación basada en la cosmovisión e identidad, obtenidos como resultado del proceso de recolección de insumos del capítulo PDSP 2012 - 2021, efectuados por el MSPS durante los años 2018 al 2021 en el marco de la Resolución 050 de 2021 y se describen:

- **Territorio:** Para los pueblos indígenas, el territorio se define como el eje central donde se desarrolla la vida. Es el ámbito donde se soporta y reproducen los elementos esenciales del ser indígena (per se) y en el cual está la garantía de pervivencia y supervivencia física, espiritual, material y cultural. Se considera como un espacio físico porque allí se encuentran todos los elementos que posibilitan el desarrollo de la vida, generándose una interrelación entre estos, los seres que allí se encuentran y la naturaleza. También es el espacio cosmogónico porque se genera una interrelación del ser humano con el cosmos, el cual determina el orden social, cultural, productivo, reproductivo y político de los pueblos indígenas que allí habitan, pero también de aquellos que no siendo indígenas se relacionan y benefician de este y de todos los elementos que en el convergen.



- **El territorio** es concebido como una relación directa indisoluble con el ser indígena (per se), es un organismo vivo que constituye la “Madre Tierra” o “Pacha Mama”; y tiene relación profunda con la comunidad, la familia y el individuo. Allí está el origen, la vida, los alimentos, la historia, los recursos de la sabiduría ancestral, los sitios sagrados, las representaciones sociales y culturales, los mitos, las leyendas, las formas de autoridad y gobierno propio, la sacralidad, la lucha y resistencia de los pueblos indígenas en sus procesos. Además, proporciona el soporte y las condiciones para la armonía, el equilibrio y el “buen vivir o vivir bien”, es así como las desarmonías y todo lo que lo afecte, son causas generadoras de problemas de salud. En suma, es el escenario y las condiciones naturales fundamentales en el que se desarrolla y posiciona la existencia pasada, presente y futura de los pueblos indígenas, por lo que no poseerlo sugiere un factor de riesgo colectivo y desarmonía que impide su normal desarrollo socio cultural.
- **Identidad cultural indígena:** Está asociada con el sentido de pertenencia que tienen los pueblos indígenas con un conjunto de elementos materiales e inmateriales tales como humores, energías, vida espiritual, idiomas propios, que recrean y le dan un simbolismo especial a la cultura propia de determinado pueblo indígena. Determina el modo de vida propio que tienen las comunidades, estudia los procesos socioculturales, territoriales, políticos, productivos, creencias y los usos y costumbres. Desde el sentido global, se trata de una identidad cultural colectiva que es sujeto de estudio para comprender el grado de identidad que tiene los pueblos indígenas, dado que existen determinantes externos e internos que difieren directamente a las formas de vida, proceso de desarrollo, progreso y el nivel y forma de interculturalidad.
- **Usos y costumbres:** Para los pueblos indígenas, los usos y costumbres son los conocimientos o sabidurías y acciones o enseñanzas, consejos que son ejemplos de vida o hacen parte del diario vivir. En el proceso de organización



sociocultural de los pueblos indígenas, los usos y costumbres son las leyes colectivas que hacen parte de la convivencia, pero también son leyes individuales dado que determinan el comportamiento y la identidad de cada persona en su auto reconocimiento como integrante de cierta comunidad indígena.

- **Derecho mayor** El derecho mayor para los pueblos es el principio de la autonomía y autoridad territorial, pero también hace comprender que en los territorios indígenas siempre existió una cultura milenaria, una forma de vida con unas estructuras sociales, políticas, económicas y culturales que definieron a un pueblo. El derecho mayor describe el proceso o recorrido histórico de resistencia que los pueblos indígenas han enfrentado durante cientos de años. Por tanto, representa la diversidad, la espiritualidad, el pensamiento, identidad, los usos y costumbres, en sí, la cosmovisión y cosmogonía de los pueblos indígenas; en cuanto a salud hace referencia a la sabiduría que tienen las comunidades indígenas en el manejo de las plantas, los metales, los animales frente a los desequilibrios que tiene la comunidad. También describe la espiritualidad de las comunidades, el respeto hacia la naturaleza representa la biodiversidad de los territorios porque se muestra el contexto de la riqueza natural de las regiones.
- **Sabiduría ancestral:** La sabiduría ancestral de cada pueblo indígena contiene el saber propio y las costumbres acumuladas que durante miles de años han estado en el conocimiento indígena. Está fundamentada en la interacción con sus tejidos particulares y es transmitida de generación en generación a través de los procesos particulares de reproducción cultural, esto es tradición oral, vivencias, usos y costumbres, mitos y acciones propias, como aspecto esencial para la pervivencia de los individuos, la comunidad, los grupos sociales y los pueblos indígenas, como sujetos colectivos de unas culturas propias. Está inmersa en el sistema médico tradicional o propio y contiene un conjunto amplio de recursos, saberes y acciones con métodos de protección, sanación y curación física y espiritual a nivel individual, familiar y colectivo, así como del territorio. Es



un don encomendado a sabedores ancestrales como médicos, sanadores, rezanderos, hierbateros, pulseadores, parteras, sobanderos, entre otros, con experticia y/o diferenciación en especialidades de diversas áreas en torno a los procesos del “buen vivir o vivir bien” y “desequilibrio o desarmonía”.

- **Autonomía** Desde la salud, la autonomía expresa la sabiduría de las comunidades sobre la medicina tradicional, y la capacidad de determinar los alcances que tiene la medicina tradicional dentro de sus territorios; desde lo económico, es la resistencia por mantener los sistemas de alimentación propios como es la huerta, la chagra, el conuco, el tul, etc. También expresa la capacidad de organización colectiva y el ejercicio de autoridad que tienen los pueblos indígenas para poder ejercer control, brindar protección, seguridad territorial, emprendimiento, liderazgo y gestión. Los pueblos indígenas, aplicando su autonomía, dan a conocer qué es lo que se quiere para sus pueblos y como quieren que se haga.
- **Gobernabilidad:** Consiste en el ejercicio práctico de las normas a nivel social, dentro de las instituciones y con autoridades propias, que procuran por la armonía y el “buen vivir o vivir bien” entre las personas y grupos que habitan e interactúan como grupo étnico y con el territorio. Para el desarrollo de la gobernabilidad, los pueblos indígenas tienen estructuras políticas propias desde su cosmovisión, ley de origen o ley natural, derecho mayor o derecho propio y autonomía, y su aplicabilidad está dada a través de diversos mecanismos, entre los cuales están los usos y costumbres. Así mismo, existen otras estructuras apropiadas como el resguardo, los cabildos como máxima autoridad y otras formas de gobiernos establecidas desde la adopción de la Constitución Política de 1991 y su reglamentación como las asociaciones de cabildos o autoridades propias, otras derivadas del Decreto 1953 de 2014, a saber, las asociaciones de resguardos con capacidad político-administrativa. Por tanto, la gobernabilidad en la salud es el proceso de implementación de la medicina ancestral mediante mecanismos de participación, auto reconocimiento, valoración, ejercicio de la



autoridad y la autonomía para la implementación de acciones de salud dentro de las comunidades. Son también los procesos de organización social colectiva para fortalecer, formular, gestionar e implementar las políticas propias de salud.

- **Reciprocidad** Para los pueblos indígenas, la reciprocidad es el principio fundamental del buen vivir porque determina su solidaridad.; Es la expresión de unidad y retribución por el hecho de ser seres colectivos. Esta se práctica en el diario vivir, porque se cree que para uno estar bien, el otro debe estar bien, que, para producir buenos alimentos, la tierra debe estar sana, libre de contaminación, para estar sano, debo alimentarme bien, deben existir buenos usos y costumbres (hábitos) como sujetos de una comunidad. Dentro de la salud, la reciprocidad se observa a través de las desarmonías o desequilibrios que tiene la comunidad o el individuo con la naturaleza, con su entorno, con su cuerpo o con la comunidad, para lo cual, los pueblos indígenas utilizan el conocimiento ancestral de aplicación de la medicina propia para volver al ciclo natural o de la vida. Las comunidades miran que las desarmonías son un ciclo normal de las comunidades pero que debe encontrar el horizonte mediante la aplicación de espiritualidad, donde siempre actúa una dualidad, del adentro, el afuera, lo sagrado y lo natural, el hombre y la mujer son complementarios, por ende, todo es complementario y recíproco.

A partir del reconocimiento de los principios que en adelante serán entendidos como pilares que fundamental el “buen vivir” y el “bien estar” para los pueblos y comunidades indígenas, se identifican los elementos orientadores del marco estratégico para la planeación con pueblos y comunidades indígenas que se alinean y armonizan desde el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural, la Resolución 050 de 2021 y el marco estratégico del PDSP 2022 – 2031.

***Derecho propio para la gestión de la salud pública territorial.*** En coherencia con lo establecido desde la interculturalidad, que para el caso de los pueblos y comunidades indígenas corresponde al reconocimiento del derecho propio del



Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural, se resalta el principio de coordinación, complementación y articulación con el SGSSS, cuyo propósito es el de maximizar los logros en salud de los pueblos indígenas, se establece en el Decreto 1953 de 2014 lo siguiente:

En su Título IV Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI) Capítulo I Definiciones y Principios, define el SISPI como:

Artículo 74. Definición del Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI). Es el conjunto de políticas, normas, principios, recursos, instituciones y procedimientos que se sustentan a partir de una concepción de vida colectiva, donde la sabiduría ancestral es fundamental para orientar dicho Sistema, en armonía con la madre tierra y según la cosmovisión de cada pueblo. El SISPI se articula, coordina y complementa con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), con el fin de maximizar los logros en salud de los pueblos indígenas.

El SISPI es integral desde el concepto del “Buen Vivir” y desde lo sectorial, se desarrolla en el marco del derecho fundamental a la salud, bajo la rectoría del Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces, a través de las instancias y procedimientos que determine el presente documento y demás disposiciones que lo modifiquen, sustituyan y reglamenten, tal como se establece en la Ley Estatura 1751 de 2015 en su

Artículo 6°. Elementos y principios del derecho fundamental a la salud, numeral m) Protección a los pueblos indígenas. Para los pueblos indígenas el Estado reconoce y garantiza el derecho fundamental a la salud integral, entendida según sus propias cosmovisiones y conceptos, que se desarrolla en el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI)



**Componentes del SISPI. Elementos estructurantes desde el Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural para la planeación con pueblos y comunidades indígenas.** Con el fin de establecer un marco común de entendimiento con el SGSSS basado en el enfoque de interculturalidad, se presentan los componentes del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural – SISPI: sabiduría ancestral, político organizativo, cuidado de la salud propia e intercultural, formación, capacitación, generación y uso del conocimiento y administración y gestión, los cuales organizan los pilares para la gestión en la salud pública con pueblos y comunidades indígenas, con sus respectivas líneas operativas que se constituyen en la base operativa para la gestión en salud pública en los territorios con población indígena, en virtud del complemento entre ambos saberes, los cuales hacen parte del contenido del capítulo indígena resolución 050 de 2021:

- **Sabiduría ancestral:** La sabiduría ancestral de cada pueblo indígena, contiene el acumulado milenario de conocimientos y saberes propios. Están fundamentados en la interacción con sus contextos particulares y son transmitidos de generación en generación a través de los procesos particulares de reproducción cultural como aspecto esencial para la pervivencia de los individuos, grupos sociales y culturas (MSPS, 2018).
- **Político organizativo:** encaminado al fortalecimiento de los procesos organizacionales, el respeto y reconocimiento de su autonomía y ley de origen que rige las dinámicas al interior del territorio indígena (MSPS, 2018)
- **Formación, capacitación, generación y uso del conocimiento:** en el cual se definen las líneas estratégicas de formación propia e intercultural, así como las orientaciones técnicas para el desarrollo de los procesos de investigación y gestión del conocimiento en salud propia e intercultural (MSPS, 2018).



- **Administración y gestión:** Es un espacio de orientación y administración de la información, los recursos físicos, territoriales, financieros, técnicos, tecnológicos y de talento humano para el buen funcionamiento del Sistema de Salud Propia e Intercultural, en coordinación, articulación y con la complementación con el SGSSS. Este componente fortalece los procesos de planeación, organización, dirección, operación, evaluación, seguimiento y control del SISPI, de acuerdo con la cosmovisión de cada pueblo, para garantizar el derecho fundamental a la salud, e incidir en el mejoramiento continuo de la situación de salud comunitaria (MSPS, 2018).
- **Cuidado de la salud propia e intercultural:** cuyo propósito es el de orientar técnicamente el fortalecimiento de las formas del cuidado de la salud desde lo propio, así como las adecuaciones interculturales de los programas de salud individual y colectiva dirigido a las comunidades indígenas en el marco de procesos de construcción conjunta con sus autoridades (MSPS, 2018)

Comprendidos los componentes del SISPI como los elementos estructurantes que aportan la orientación a la planeación territorial, a partir de sus líneas operativas se relacionan elementos afines con la Resolución 050 de 2021 y los ejes estratégicos del PDSP 2022 – 2031, con el fin armonizar los contenidos y las acciones interculturales entre estos marcos citados.

***Elementos afines de los componentes del SISPI, Resolución 050 de 2021 y los ejes estratégicos del PDPS 2022 - 2031: Componente político organizativo – Resolución 050 de 2021 y sus líneas operativas.*** Se encuentra afinidad en el carácter de obligatorio tanto para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS, como del Sistema de Protección Social, en el ámbito de sus competencias y obligaciones. Los demás actores y sectores que ejerzan acciones y funciones relacionadas con la intervención de los determinantes sociales de la salud.



Las entidades territoriales de acuerdo con sus competencias y necesidades, condiciones y características de su territorio, deberán adoptar los contenidos establecidos como resultado de la ruta de armonización, que formará parte de uno de los elementos orientadores para el Plan Territorial de Salud; así como coordinar la implementación en su área de influencia, de conformidad con los lineamientos que, para el efecto, defina este Ministerio.

Para el desarrollo de la ruta de armonización en los planes territoriales de salud, las entidades territoriales de conformidad con lo establecido en la Resolución 050 de 2021 en el marco de sus responsabilidades, propiciarán los espacios de participación, en garantía del diálogo con ellos, a través de sus representantes, para la inclusión de acciones propias e interculturales de los aspectos socio culturales de la población indígena, que les permita ampliar y comprender mutuamente el conocimiento de su situación de salud.

Coherente con la definición del pilar político organizativo del SISPI, encaminado al fortalecimiento de los procesos organizacionales, el respeto y reconocimiento de su autonomía y ley de origen que rige las dinámicas al interior del territorio indígena y en correspondencia con el *Artículo 74*. “... *El SISPI se articula, coordina y complementa con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), con el fin de maximizar los logros en salud de los pueblos indígenas*”. La armonización se debe enmarcar en los procesos relacionados con la coordinación y articulación entre las instituciones propias de salud y los actores del SGSSS para implementar los mecanismos para la gestión en salud pública y de acciones interculturales.

Ahora bien, en sinergia con el eje Estratégico de Gobierno y Gobernanza del PDSP, que

...reconoce la complejidad de su abordaje el cual requiere múltiples respuestas institucionales y sociales, que se sustentan en acuerdos de acción conjunta en contextos y territorios diversos, para incidir en los determinantes sociales y



establecer el mejor nivel de salud posible (resultados en salud). A esta perspectiva de gobierno se agrega la gobernanza de la salud pública que se orienta a una toma de decisiones participativa, comprometida y legítima establecida a través de relaciones que se construyen con múltiples actores sociales gubernamentales y no gubernamentales.

Por lo anterior, se identifican las líneas operativas enunciadas en el PDSP 2022 – 2031 que recogen los elementos comunes entre los marcos citados:

- Generación de confianza social sustentada en el gobierno abierto, la inclusión social diversa, la rendición de cuentas y el cumplimiento de los acuerdos sociales en el ejercicio de la gobernanza en salud pública; la consolidación de mecanismos para el control de intereses y el acceso abierto a la información, procesos, decisiones y espacios colaborativos de gobierno y gobernanza en salud pública; y en la gestión de alternativas para la rendición de cuentas adaptadas y apropiadas según los diferenciales poblacionales y territoriales.
- Consolidación de procesos de participación informada, incluyente, continua y empoderada de la sociedad civil organizada y la ciudadanía en general según los contextos territoriales y la perspectiva de derechos; la promoción del pluralismo participativo en la gestión territorial integral de la salud pública basado en la acción conjunta, colaborativa y en los activos sociales; y el desarrollo de estrategias para el empoderamiento social y organizativo en salud pública y en mecanismos de responsabilidad social que apalanquen la acción común. En coherencia con los procesos de la gestión de la salud pública para pueblos y comunidades indígenas, desde el componente político organizativo del SISPI,



orienta en la Circular 011 de 2018 del MSPS<sup>73</sup> las acciones que deben realizar las entidades territoriales para avanzar a través de:

Gestionar los recursos territoriales necesarios para establecer o reactivar, en conjunto con las autoridades indígenas, las instancias de diálogo y concertación a nivel territorial que permitan el desarrollo e implementación de las políticas, planes, programas y estrategias del SISPI, entre las estructuras propias en salud, organizaciones y/o autoridades indígenas y los actores del SGSSS, mediante la implementación de una ruta por parte de las Entidades Territoriales de acuerdo con las dinámicas organizativas de los pueblos.

- En relación con la adecuación de los arreglos institucionales de gobierno y de gobernanza de acuerdo con los contextos territoriales y diferenciales, orientados al fortalecimiento de capacidades del talento humano en salud, se establece la necesidad de garantizar:

...El desarrollo de capacidades en el talento humano en salud para los diálogos interculturales, en el desarrollo de las políticas, planes, programas y estrategias, a través herramientas pedagógicas, didácticas y metodológicas que permitan la intervención de pueblos y organizaciones indígenas en las decisiones relacionadas con la salud propia e intercultural, con cargo a los recursos de la Subcuenta de Salud Pública Colectiva en el marco de lo priorizado en el plan territorial de salud.

- Desarrollo de capacidades para la participación social y la acción colectiva tendientes a mejorar las condiciones de vida y salud de los habitantes del territorio colombiano; el fortalecimiento de los escenarios, mecanismos y

---

<sup>73</sup> Circular 011 de 2018 – Ministerio de Salud y Protección Social: Directrices para avanzar en la construcción e implementación del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural- SISPI a nivel territorial, en diálogo con el Sistema General de Seguridad Social en Salud



recursos para participación social en salud; el respeto por la autonomía y diversidad de las organizaciones sociales y comunitarias para la toma de decisiones y la acción colectiva en salud; la promoción de la participación social en los escenarios de interlocución, diálogo, formulación y concertación de políticas públicas en salud; el fortalecimiento de redes y grupos de apoyo social y comunitarios; y el desarrollo de capacidades para la veeduría ciudadana y el control social de lo público.

- Implementación de procesos, reglas de relación, operación, mecanismos de control y convergencia en resultados y acción conjunta; el fortalecimiento de las capacidades institucionales, territoriales y sociales requeridas para la gestión de la gobernanza en salud pública; el fomento de la pluralidad organizativa, dinámica y de interacción de acuerdo con los contextos territoriales, institucionales y sociales orientada a la consolidación de la gobernabilidad y la legitimidad; el intercambio colaborativo de conocimiento, recursos, sinergias y capacidades con perspectiva de activos sociales en salud pública; la armonización de las políticas públicas; la acción colectiva en salud pública basada en interacciones de redes dinámicas de gobierno, instancias multisectoriales, organizaciones sociales y ciudadanas, y otros actores estratégicos, en configuraciones territoriales que reconocen la diversidad y los alcances particulares de la salud pública. En este sentido, se señala la necesidad de:

Implementar procesos de educación y comunicación para la salud con las comunidades indígenas que permitan cualificar los procesos de participación social en salud en el marco de la Resolución 2063 de 2017 de este Ministerio, con cargo a los recursos de la Subcuenta de Salud Pública Colectiva en el marco de lo priorizado en el plan territorial de salud.

***Componente Formación, Capacitación y Uso del Conocimiento – Resolución 050 de 2021 y sus líneas operativas.*** Se encuentra afinidad en el



carácter de vinculante para la construcción y uso del conocimiento y la generación de capacidades del talento humano en salud y el fortalecimiento de su medicina ancestral a través de mecanismos de formación y capacitación propia de los pueblos indígenas, encaminados a la permanencia y pervivencia de la sabiduría ancestral a través de la transmisión de conocimientos entre generaciones, apoyados en procesos de formación en conocimientos propios, definido por cada pueblo indígena; el intercambio de experiencias y metodologías aplicables al abordaje de la interculturalidad en salud, lo que amerita consolidar los espacios para el diálogo y la construcción conjunta de conocimientos, investigaciones, capacitaciones, intercambio de experiencias y demás estrategias que permitan aproximarse a las realidades de los pueblos indígenas y a las mejores prácticas para lograr esquemas de atención en salud con enfoque intercultural.

Busca apertura en la participación de distintos actores con visiones distintas sobre los procesos en salud y enfermedad, de tal forma que se generen sinergias y lazos de confianza. Permite avanzar en la capacidad de decidir y actuar equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a; salud -enfermedad, vida - muerte, y los aspectos biológicos, sociales y relacionales que se configuran en la dimensión espiritual y cósmica de la salud para los pueblos indígenas.

Ahora bien, en sinergia con el eje estratégico de gestión del conocimiento en el marco del PDSP 2022-2031, consiste en la construcción, innovación, transferencia, difusión y apropiación permanente y colectiva del conocimiento en salud para avanzar en el entendimiento de la complejidad de la situación de salud, las inequidades en salud y sus determinantes; el desarrollo de tecnologías y estrategias novedosas para abordar las necesidades en salud; y la optimización en la toma de decisiones para el fortalecimiento de la equidad, integralidad y sostenibilidad de la atención del sistema de salud, que permita fortalecer la operación, alcanzar los objetivos trazados y mejorar la efectividad de las acciones



en salud pública con el propósito de mejorar el bienestar y la calidad de vida de la población y reducir las desigualdades en salud.

En el marco de la resolución 050 de 2021, el fortalecimiento de la gestión del conocimiento de la salud pública requiere de la formación continua o complementaria con enfoque intercultural, debe estar dirigida a todo el talento humano del sector salud, con el fin de promover la idoneidad, la actualización y el desarrollo permanente del personal de salud, de acuerdo con las necesidades, particularidades y prioridades de las comunidades indígenas en cada territorio. Así mismo, las acciones de formación continua se encuentran enmarcadas dentro del desarrollo de la Política de Talento Humano, considerando el cumplimiento de las responsabilidades de los actores del Sistema de Salud, en el contexto de su práctica y la responsabilidad social para garantizar el derecho a la salud con enfoque intercultural.

Por lo anterior, se identifican las líneas operativas enunciadas en el PDSP 2022 – 2031 que recogen los elementos comunes entre los marcos citados:

- Generar encuentros de intercambio de conocimientos para el fortalecimiento de saberes propios para el cuidado de la salud propia e intercultural, en coordinación con sus estructuras propias de salud, organización y/o autoridades indígenas, que permita la construcción colectiva de conocimientos y saberes a través de procesos investigación participativa dirigidos a identificar acciones para el cuidado y protección de la salud, considerando el saber ancestral y alopático (acción enmarcada en el proceso de gestión del conocimiento)

**Componente Cuidado de la salud propia e intercultural – Resolución 050 de 2021 y sus líneas operativas.** Se encuentra afinidad en grado de orientar técnicamente el fortalecimiento de las formas del cuidado de la salud desde lo propio, así como las adecuaciones interculturales de los programas de salud individual y colectiva dirigido a las comunidades indígenas en el marco de los



procesos de construcción conjunta con sus autoridades. Lo anterior a través de la adecuación técnica y socio cultural de planes, guías, programas, protocolos de atención en salud propia e intercultural con enfoque diferencial acorde con a la cosmovisión de los pueblos indígenas, en un ejercicio de diálogo donde se cuente con los sabedores ancestrales indígenas, líderes indígenas y un equipo técnico idóneo que involucra progresivamente los caminos interculturales para la implementación de las rutas así como la integración de procesos complementarios en construcción, implementación, monitoreo, seguimiento y evaluación con las comunidades.

Así como avanzar en la adecuación de los modelos de prestación de servicios de las EPSI y EPS no indígenas con el debido enfoque intercultural, diferencial y étnico. Lo anterior, partiendo del concepto de determinantes sociales de salud propios, que permita reconocer las necesidades desde su hábitat y contexto. Lo anterior de acuerdo con lo orientado en la Circular 011 de 2011 que

Establece en conjunto con las estructuras propias en salud, organizaciones y/o autoridades indígenas y las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB-, como mínimo lo siguiente: a) Las condiciones de salud a abordar de manera prioritaria; b) La adecuación social y cultural de las intervenciones individuales en conjunto con las EAPB del departamento. c) Los acuerdos y mecanismos para articular y complementar las intervenciones individuales y las colectivas. d) El mecanismo y periodicidad para que las Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud suministren la información de las atenciones realizadas y los resultados en salud alcanzados, a las autoridades de los Territorios Indígenas y a las instituciones de dirección, inspección, vigilancia y control, de conformidad con lo establecido en el artículo 88 del Decreto 1953 de 2014

En sinergia con el eje estratégico de **Gestión Integral del Riesgo** del PDSP 2021 – 2031, que



...implica el abordaje de los riesgos en salud a través de estrategias individuales, colectivas y poblacionales que incluyen medidas legislativas, medidas de protección, identificación, mitigación y superación de riesgos, y medidas para controlar y reducir los riesgos financieros de las entidades responsables de su gestión.

Por lo anterior, se identifican las líneas operativas enunciadas en el PDSP 2022 – 2031 que recogen los elementos comunes entre los marcos citados:

- La articulación de acciones para la gestión del riesgo colectivo e individual, mediante la valoración de la percepción social del riesgo desde el concepto propio como desarmonías y desequilibrios en el territorio indígena, la identificación y la priorización a partir de sus necesidades y acorde a sus planes de vida, la organización de la red de prestadores de servicios de salud primarios y complementarios en coordinación, articulación y complementariedad con el sistema propio de salud, teniendo en cuenta las adecuaciones socio culturales e integración de las RIAS con los caminos interculturales con estrategias de atención en acuerdos interculturales.
- La construcción conjunta de estrategias de monitoreo, seguimiento y evaluación para optimizar la toma de decisiones y el logro de resultados en salud, como la vigilancia comunitaria intercultural a partir del reconocimiento de los roles y el alcance desde las dinámicas comunitarias que se relacionan con el cuidado primario a la salud desde sus autoridades ancestrales y la conexión con el camino hacia la complementariedad con las RIAS adecuadas socio culturalmente.
- Desarrollo de capacidades para el cuidado integral de la salud, la comunicación de riesgos en salud y la promoción de la participación de las personas, familias y comunidades en la acción colectiva necesaria para enfrentar los riesgos que



amenazan la vida, la salud y el territorio, a través del diseño e implementación de estrategias de educación y comunicación en el campo de la salud pública desde el conocimiento propio e intercultural para la construcción de capacidades técnicas y resolutivas, acordes con el contexto socio cultural.

- El reconocimiento, manejo y gestión de los riesgos derivados de amenazas biológicas, sociales, económicas, ambientales y/o pérdida de conocimiento de las normas propias del cuidado a la salud y del territorio, a través del desarrollo de metodologías de autodiagnóstico, cartografía para el buen vivir, análisis y caracterización de riesgos poblacionales, que orienten las intervenciones y coordinación de respuestas integrales y articuladas entre el sistema propio de salud del territorio indígena con actores del sistema de salud.

**Componente Administración y Gestión - Resolución 050 de 2021 y sus líneas operativas.** La administración y gestión de la salud propia e intercultural en el marco del SISPI involucra el desarrollo de los procesos de planeación en salud a partir del reconocimiento de las variables propias e interculturales, así como incorporar información socio cultural de la población indígena, en los Análisis de Situación de Salud territoriales, que les permita comprender y ampliar el conocimiento de la situación de salud de los pueblos y comunidades indígenas, en coherencia con los lineamientos y metodologías dispuestas por este Ministerio para la elaboración del Análisis de la Situación de Salud (ASIS).

En el mismo sentido, la definición desde lo propio y la concertación de los resultados esperados en salud con las entidades territoriales, la definición de objetivos, metas, indicadores y financiamiento de las acciones priorizadas y concertadas; la definición, articulación y coordinación desde las estructuras propias con la red complementaria para la salud indígena, la definición de criterios de contratación de servicios y procedimientos complementarios al SISPI en todos los niveles de complejidad.



De igual manera, el desarrollo de sistemas de información del SISPI y la definición de las variables interculturales en conexión con el sistema de información de la protección social que contribuyan con el seguimiento y evaluación de los resultados en salud en el territorio indígena.

Por otra parte, en sinergia con el eje estratégico de **Atención Primaria de Salud del PDSP 2022 – 2031**, el cual

...aproxima la salud de la población a las aspiraciones de equidad, bienestar, calidad de vida y desarrollo del país. Permite el abordaje territorial de los determinantes sociales de la salud al apropiar un enfoque de derechos centrado en las necesidades de las personas, familias, comunidades y colectivos, que propende por el continuo del cuidado integral de la vida y la salud, y contribuye al logro del derecho a la salud y a la protección social de todos los habitantes del territorio colombiano...

Así, se identifican las líneas operativas enunciadas en el PDSP 2022 – 2031 que recogen los elementos comunes entre los marcos citados:

- A partir de la configuración de herramientas, instrumentos y procesos para la transformación de la información desde el contexto propio e intercultural que permita el análisis, transferencia y uso de la información, la priorización y la toma de decisiones en salud pública, las orientaciones que se describen a continuación, forman parte del proceso de participación y planeación en salud en los territorios indígenas, tomados de la Resolución 050 de 2021, artículo 2:
  - i.) Definirán, organizarán y convocarán, la participación de actores comunitarios pertenecientes a los pueblos y comunidades indígenas, ii.) Convocarán los actores comunitarios que harán presencia en las mesas de trabajo para la formulación de los PTS, en el marco del proceso de planeación integral en salud y iii.) Vincularán a los actores comunitarios, las autoridades propias y/o tradicionales, sabedores de la medicina ancestral y de las



estructuras propias de salud de las comunidades indígenas definidas, en el marco del proceso de planeación integral en salud, con el fin de profundizar en el reconocimiento integral y comprensión de las condiciones particulares en que se encuentra este grupo y los factores socioculturales que inciden en su situación de salud, y iv) Gestionarán los procesos de participación y brindarán acompañamiento y apoyo a todas las instancias, respetando su autonomía

- La coordinación y articulación en el territorio de las acciones intersectoriales y sectoriales poblacionales, colectivas e individuales (PIC, RIAS, PBSUPC) de manera integrada y corresponsable entre los actores del sistema y los distintos niveles de gestión territorial de la salud pública; el desarrollo y consolidación de redes integrales de servicios de salud y servicios sociales en condiciones de calidad, accesibilidad, oportunidad y aceptabilidad para la garantía de la atención integral, integrada y continua; la armonización de políticas, planes, programas y proyectos con injerencia en salud pública; la integración de los enfoques de cuidado, gestión del riesgo, salud familiar y comunitaria en el modelo de cuidado integral de la salud; la integración del sistema de protección social, la estrategia promocional de entornos saludables y el modelo de cuidado integral de la salud; ***y la articulación entre el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural, los planes de vida indígenas y otras formas autónomas para el cuidado de la vida y la salud con los niveles de gestión territorial integral de la salud pública***
- Consolidación de marcos políticos jurídicos y normativos para la promoción del buen vivir y la garantía de derechos; la promoción y protección del ambiente sano; la prevención y el control frente a los desequilibrios y desarmonías para el territorio, la comunidad, la familia y el individuo, los ecosistemas y la mitigación de los efectos del cambio climático; el acceso a saneamiento básico y la promoción y protección de mejores condiciones de vida y salud en entornos urbanos y rurales, así como en entornos etno educativos, laborales,



comunitarios, institucionales y del hogar; la protección social y promoción de mejores condiciones de trabajo para la población formal e informal en entornos urbanos y rurales; la promoción y protección de la soberanía y la seguridad alimentaria y nutricional; la promoción de la recreación, la sana convivencia, la salud mental y armonías espirituales y la salud sexual y reproductiva.

- Promoción y protección de la salud materno-infantil, de la salud mental y la sana convivencia, del desarrollo integral de niños, niñas y adolescentes, de la salud sexual y reproductiva con equidad de género y del envejecimiento activo de la población; y la promoción y protección del cuidado integral de la salud y la mejoría de las condiciones de vida para la población indígena, negra, afro, raizal y palenquera, Rrom, migrante, víctima del conflicto y en condición de discapacidad del territorio colombiano.
- La disponibilidad, accesibilidad, calidad y continuidad del talento humano en salud en condiciones de protección y seguridad laboral; el desarrollo de equipos interdisciplinarios para la atención en salud pública desde el concepto propio e intercultural con la participación de agentes comunitarios en salud; el desarrollo de capacidades para el abordaje diferencial, familiar y comunitario en el marco del cuidado integral y la apropiación de una cultura para el buen vivir; la actualización y desarrollo de capacidades técnicas para el abordaje de las condiciones en salud y para la gestión integral de la salud pública; y el reconocimiento de las autoridades ancestrales y el talento humano en salud indígena y no indígena como educadores y por tanto productores de cultura.

### ***Marco estratégico Intercultural con las Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras***

Las comunidades negras se definen como el conjunto de familias de ascendencia afrocolombiana que poseen una cultura propia, comparten una historia y tienen sus propias tradiciones y costumbres dentro de la relación campo poblado,



que revelan y conservan conciencia de identidad que las distinguen de otros grupos étnicos (Congreso de Colombia, 1993).

Esta definición establece la conexión de su ancestría africana con el desarrollo de su cultura propia que vincula en forma estrecha al territorio con relación a su conciencia de identidad, esta pervivencia identitaria unida a lo territorial y sus distintos contextos ecológicos fundamenta la noción de biodiversidad biocultural, por cuanto es con su cultura y complejo sistema de conocimientos que usan, manejan y protegen sus territorios y la biodiversidad que los constituyen. (I. Humboldt, 2021)

Por lo anterior, los desarrollos de sistemas de gestión integral de la salud pública en marcos estratégicos interculturales que parten del principio de colocar su cultura propia de salud en coordinación de esfuerzos con la medicina alopática, están promoviendo la existencia y desarrollo de sus sistemas de conocimientos tradicionales que están asociados a la protección de la biodiversidad de sus territorios y por lo tanto a perspectivas biocéntricas en la gestión del cuidado, territorios y desarrollo propuesta por este plan decenal.

La interculturalidad en la gestión territorial integral de la salud pública conlleva a la conservación y pervivencia del sistema de conocimientos tradicionales del pueblo afrocolombiano y de esta manera se configura en un espacio de protección de estos conocimientos tradicionales a través de la garantía del ejercicio de sus derechos sociales, económicos, culturales y políticos, por el reconocimiento y respeto de sus formas de organización y cosmovisiones. Esta protección del sistema de conocimientos tradicionales del pueblo afrocolombiano tiene conexión directa con la conservación de la diversidad biológica en sus territorios, los datos recientes indican que el 57,3 % del bosque natural colombiano se ubica en territorio étnico (I. Humboldt, 2021)



Por lo anterior, la garantía del “vivir sabroso” para las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras (Quiceno, 2016) significa el cuidado de la vida, territorios y desarrollo en perspectiva de biocentrismo pues se conjugan diversas formas y prácticas en cuanto a su bienestar personal, salud, fortaleza corporal y alivio de padecimientos en su cotidiano vivir en los ámbitos familiares, comunitarios y sociales en que transcurren sus vidas a través de prácticas rituales, productivas, políticas.

**Nociones conceptuales propias.** En el marco del trabajo articulado realizado por el MSPS con organizaciones representativas NARP e integrantes reconocidos del sistema de conocimiento tradicional del pueblo afrocolombiano se obtuvieron nociones conceptuales que reflejan las diferentes perspectivas por los distintos ámbitos y modos de vida en que transcurren sus prácticas y sistemas de vida. No se presentan resumidos en categorías homogenizantes para no perder su textura social y riqueza cultural, por esto se presentan a continuación desde las voces de sabedores y sabedoras:

**Salud:** “... la entendemos no solamente desde lo físico sino también desde lo mental, lo espiritual y lo colectivo, la sabiduría ancestral en nuestros territorios es clave para generar un autocuidado, sanación y bienestar en la salud de todos incluyendo la salud del territorio, es decir que hay una salud integral cuando están en buenas condiciones físicas, mentales y espirituales, los habitantes, el ambiente y territorio” (Entrevista sabedora 1) “La salud significa en gran medida la vida la salud como bienestar para el desarrollo del buen vivir dentro del territorio” (Entrevista sabedora 2) “Salud es contar con un centro de salud bien dotado y contar con un curandero o sanador que este siempre a la disposición del pueblo y que las EPS brinden facilidad de accesos a los programas y servicios de salud” (Entrevista sabedores 3) “Salud es deporte, buena y variedad en la nutrición, Un medio ambiente sano, Las necesidades básicas satisfechas” (Entrevista sabedor 4).



“Existe una relación directa entre la salud del Ecosistema, la salud de los individuos. Entonces en este contexto la salud ha sido definida como la “Adaptación exitosa de un grupo humano a un ambiente determinado” (Entrevista sabedor 5).

**Enfermedad:** “Entre diversos sectores de la región pacífica se dan variaciones frente a los nombres y clasificación de las enfermedades y sus orígenes, así como la manera de tratar, pero existe una transversalidad en sus saberes y prácticas ligadas a la dualidad frío-caliente”. (Entrevista sabedora 2) “... Cuando hay desequilibrio en el territorio aparece la enfermedad que afecta directamente al individuo y a la comunidad. Por tanto, la enfermedad aparece cuando hay quebrantamiento de las prescripciones, o normas. Desde el conocimiento propio, su restablecimiento está a cargo de autoridades espirituales médicas tradicionales o chamanes, los cuales tienen la capacidad de comunicarse y negociar, tanto para curar, como para poner el maleficio, con los espíritus dueños de la naturaleza. (Entrevista sabedor 5)

**Cultura:** “legado de conocimientos y de saberes, de prácticas que los y las caracterizan y los definen, los diferencian de otras especies o culturas. La cultura no solo reflejada en bailes, alborotos y alegrías, sino como símbolo de fuerza y de resistencia que se lleva por dentro, en el calor que fluye por las venas. La cultura como mecanismo de defensa y de supervivencia” (Entrevista sabedora 2)

**Ancestralidad:** “La ancestralidad es declarada como un inamovible de las comunidades étnicas en este caso para las comunidades Negras. Es importante porque a través de ella las comunidades han logrado mantenerse en el territorio la ancestralidad como lo había dicho anteriormente es sinónimo de resistencia y de pervivencia” (Entrevista sabedora 2)



**Medicina y saberes ancestrales:** “se refiere a los saberes, creencias, usos y costumbres de la tradición cultural, relacionada con la salud, las técnicas terapéuticas, los recursos naturales, tales como las plantas medicinales y otros y los agentes comunitarios que desempeñan funciones en este campo, como los médicos tradicionales o chamanes, como las parteras, hierbateros, remediaros, sobanderos entre otros. Ellos son las personas autorizadas en la comunidad para ejercer el oficio, ellos tienen el don especial de curar o colocar maleficios, algunos, nacieron con el don, otros lo aprendieron de sus mayores u otros sanadores, otros lo atribuyen a una señal divina o llamada, trance o visión de una persona con dones especiales y por último por percibir de otro sanador su potencial por medio de “luz” que una persona irradia y hay que hacérselo saber. Hace parte de este mundo de los Saberes Ancestrales, LA COSMOVISIÓN, lo cual hace relación a la forma como las culturas interpretan la integración del hombre con la naturaleza y el cosmos. A las ciencias sobre el origen, estructura y dinámica del Universos, el tiempo y el espacio, el origen, sentido y destino de la vida. Esta Cosmovisión se explica en los mitos, los ritos, la tradición oral, los sueños las señas etc.” (Entrevista sabedor 5)

**El arte de partear:** partear se compone de un conjunto de prácticas de cuidado que se da en el marco de relaciones de confianza y amor, incluyen: “se le lleva un control a la embarazada midiéndole la barriga periódicamente y se le informa en qué condiciones se encuentra él bebe y las precauciones que deben tener; si él bebe esta encajado debe hacérsele masajes en la parte baja del vientre para que el feto busque su acomodo. Luego del parto se le hace seguimiento a la madre para mirar si expulso las placentas o compañeras para luego recetarles bebedizos de plantas para que las expulsen y limpiar el vientre, para estos utiliza el nacedero y otras plantas que sirven para la evacuación de residuos en el vientre. Luego del parto se arregla bien a la madre y debe pasar 40 días dentro de un toldo como dieta para evitar los pasmos, resfríos bajitos dolores de cabeza. Para evitar los



pasmos se compone una botella que contiene canela, clavo de olor, aguardiente, nuez moscada, alhucema y romero y se toma una copita en ayunas” (Entrevistas sabedores 3)

“Las parteras saben que para traer una vida al mundo se requiere de tiempo, mucha paciencia y mucha energía, y son conscientes de que el momento del nacimiento es rudo, por lo que ejercen un rol muy importante en la enculturación Afro como educadoras que lideran los principios y las prácticas de la armonía y el equilibrio que les permite refrescar los estados de calor y frío en la madre, y mantener el equilibrio del cuerpo de la mujer a base de remedios preparados con plantas medicinales que cultivan en los solares de sus casas” (entrevista sabedora 2)

“Las curanderas, cuidadoras, comadronas y parteras son seres cargados de una sabiduría infinita, se caracterizan por sus instintos de maternidad y de cuidadoras y que mejor que el amor y el cuidado de alguien que es como la misma madre de una, ellas se entregan de tal manera a su oficio que no escatiman los riesgos ni los perjuicios a los que se pueden llegar a enfrentar e ocasiones. Dentro de sus labores empiezan haciendo un proceso con la pareja que quiere concebir un hijo y no ha sido posible, cuando se da el embarazo viene el proceso con la primeriza, le enseña desde la manera como debe sentarse hasta la manera como debe acostarse. Luego es el proceso de la alimentación para mantener la criatura bien alimentada para tener fuerzas a la hora de parir y el cuidado tanto del prematuro como de la madre. Ellas como conocedoras de los “secretos de las mujeres” sobre la salud sexual y reproductiva femenina, desarrollan un papel protagónico en las comunidades al ayudar a nacer la vida, haciendo un trabajo “étnico cultural, tradicional que viene desde el principio del mundo, porque la partera es una de las principales trabajadoras del mundo para traer a toda la humanidad” (entrevista sabedora 2)



**Sobre ritos, mitos y alabaos:** “Dentro de los ritos tenemos, primeramente, los ritos que se hacen cuando nace un nuevo Ser y cuando se despide de este mundo terrenal:

*A quienes protegemos: protegemos a los niños en diferentes etapas de su vida. De los malos espíritus.*

*De Que los protegemos: De posibles males que los pueden afectar al nacer y en la trayectoria de la vida, protegemos a nuestros sabedores porque son elementos fundamentales en nuestras comunidades*

*Como los protegemos: Mediante el uso y las prácticas ancestrales y espirituales que se tienen en el territorio*

*Quienes lo hacen: Lógicamente que los encargados de hacer estos trabajos son personas idóneas y reconocidas en las comunidades (sabedores, santeros, rezanderos, cataoras)” (Entrevista sabedora 2)*

*“Hace parte de este mundo de los Saberes Ancestrales, la cosmovisión, la cual hace relación a la forma como las culturas interpretan la integración del hombre con la naturaleza y el cosmos. A las ciencias sobre el origen, estructura y dinámica del Universos, el tiempo y el espacio, el origen, sentido y destino de la vida. Esta Cosmovisión se explica en los mitos, los ritos, la tradición oral, los sueños las señas etc. A diferencia de la visión racionalista y de la lógica experimental de la medicina científica, la medicina tradicional de los grupos étnicos se fundamenta en otras interpretaciones, según lo cual los fenómenos de la realidad son intervenidos por fuerza ocultas naturales y sobrenaturales, espíritus, duende, dueños espirituales, dioses etc.” (entrevista sabedor 5)*

**Salud ambiental:** *“salud ambiental no es solo el agua contaminada, sino también por ejemplo como a las parteras del norte de cauca para bajarse de la montaña tenían que cargar a la parturienta por esos caminos tan malo, porque simplemente por no tener una carretera, no pueden tener acceso a vías que les faciliten su trabajo y que por tanto le permitan llegar a tiempo*



*para atender a las mujeres y que ellas sean atendidas. Entonces es importante proporcionar los medios ajustados a las realidades y necesidades comunidades, pues para ellas es muy importante por ejemplo que sus hijos nazcan en sus territorios y por supuesto al mejorar el estilo de vida, impactas también en la calidad de vida de estas comunidades en todas las dimensiones” (Entrevista sabedor 5)*

**Derecho propio para la gestión territorial integral en salud.** Los instrumentos locales de gestión territorial con base en conocimiento local de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras son los planes de etnodesarrollo de sus territorios colectivos. Estos instrumentos pueden establecer acciones concretas para la prevención de la erosión de los conocimientos tradicionales, su protección y su fortalecimiento y ejercen el rol de instrumentos marco para la articulación con las demás instituciones y políticas.

Sobre estos planes de desarrollo, la ley 70 establece que, los planes, programas y proyectos de desarrollo económico y social que adelante el gobierno y la Cooperación Técnica Internacional para beneficio de las comunidades negras de que trata esta ley, deberá hacerse con la participación de los representantes de tales comunidades, a fin de que respondan a sus necesidades particulares, a la preservación del medio ambiente, a la conservación y cualificación de sus prácticas tradicionales de producción, a la erradicación de la pobreza y al respeto y reconocimiento de su vida social y cultural. Estos planes, programas y proyectos deberán reflejar las aspiraciones de las comunidades negras en materia de desarrollo.(Congreso de Colombia, 1993)

**Pilares para las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras – NARP.** A partir del proceso de consulta previa para el capítulo PDSP 2012 -2021, que culminó con el Acta de protocolización del capítulo étnico en diciembre del 2021, esta última con acto administrativo en curso, se identificaron las



diez categorías centrales y significativas para estas comunidades en el logro del “vivir sabroso”. A continuación, se describen con una sinopsis de su justificación, con los contenidos de las líneas estratégicas como orientaciones para su materialización en la gestión integral de la gestión territorial integral en salud en armonización con los seis ejes estratégicos del Plan Decenal.

**Eje estratégico Gobierno y gobernanza de la salud pública.** En consonancia con el elemento orientador para este eje estratégico, correspondiente al Desarrollo de la Gestión Democrática y Colaborativa de la Salud Pública en Territorio mediante la Participación Social y Ciudadana en la Gobernanza de la Salud Pública, se garantiza a través de su estrategia para el fortalecimiento de la pluralidad participativa conforme a los contextos territoriales y sociales el marco estratégico en el PDSP 2022 – 2031 para el desarrollo de la categoría Población y territorio, a continuación.

- ***Participación de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras a través de sus instituciones representativas e instancias de representación***

Es un derecho de los pueblos tribales establecido por la Convención 169 de la OIT participar de manera efectiva en las decisiones que les afectan y decidir sus propias prioridades en lo que atañe a los procesos de desarrollo económico, social y cultural. Esta convención y los principios constitucionales fundamentan que las organizaciones e instituciones representativas de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras puedan desarrollar sus objetivos para la incidencia política, organizativa, administrativa e institucional a través de la práctica del diálogo con el gobierno en donde representan la voz de sus comunidades de origen y dan vida a los principios de la justicia, la democracia, el respeto de los derechos humanos, la igualdad, la no discriminación, la buena administración pública y la buena fe.



- **Línea estratégica 1.1** Generar e implementar acciones para el fortalecimiento técnico y operativo, en las entidades o instituciones de los sectores involucrados, que permita garantizar el cumplimiento de los procesos de planeación y gestión integral en salud pública con enfoque étnico e identidad cultural para las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras
- **Línea estratégica 1.2** Diseñar, definir, adecuar e implementar, en el marco de las competencias de los actores del SGSSS, las orientaciones técnicas que permitan la incorporación del enfoque diferencial (Enfoque con Pueblos y Comunidades) en las políticas, planes, programas y proyectos en salud pública para las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.
- **Línea estratégica 1.3** Diseñar y lanzar una estrategia de comunicación que permita la adecuada socialización y difusión de los elementos estratégicos y operativos del capítulo étnico de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras, así como del reconocimiento y la garantía de la participación social en el marco de la consulta previa.
- ***Comunidad negra y territorio***

La relación con las tierras o territorios, o con ambos reviste una importancia especial para la cultura y los valores espirituales de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras en particular por los aspectos colectivos de esa relación. El derecho colectivo a las tierras definidas por la ley 70 está relacionado a dos nociones: ocupación colectiva y prácticas tradicionales de producción. La ley define ocupación colectiva como el asentamiento histórico y ancestral de comunidades negras en tierras para su uso colectivo, que constituyen su hábitat, y sobre los cuales desarrollan en la actualidad sus



prácticas tradicionales de producción. A su vez, las prácticas tradicionales, son definidas como las actividades y técnicas agrícolas, mineras, de extracción forestal, pecuarias, de caza, pesca y recolección de productos naturales en general, que han utilizado consuetudinariamente las comunidades negras para garantizar la conservación de la vida y el desarrollo autosostenible.

- **Línea estratégica 2.1.** Diseñar e implementar juntamente con la Comisión III del Espacio Nacional de Consulta Previa y el Ministerio de Salud y Protección Social una estrategia metodológica y los lineamientos técnicos para el desarrollo de la caracterización de la situación de salud con enfoque étnico y la identidad cultural para la construcción de un diagnóstico de salud de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.
- **Línea estratégica 2.2.** Diseñar juntamente con la Comisión III del ENCP una estrategia metodológica y los lineamientos técnicos para la incorporación del enfoque étnico y la identidad cultural en el proceso de análisis de la situación de salud (ASIS) que será insumo fundamental para la planeación territorial en materia de salud pública de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras
- **Línea estratégica 2.3.** Adaptar, adecuar e implementar los lineamientos técnicos para la vigilancia comunitaria en salud pública teniendo en cuenta los lineamientos técnicos existentes, las prácticas y saberes ancestrales para el cuidado primario en salud de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.

**Eje estratégico Gestión Intersectorial de los Determinantes Sociales de la Salud.** En este eje estratégico el elemento orientador para organizar el desarrollo la categoría Medio Ambiente es la Gestión Intersectorial y Transectorial de los Determinantes Estructurales e Intermedios de la Salud a Través de Políticas Públicas Participativas mediante las estrategias de *Gestión de medidas para la*



*adaptación y mitigación del cambio climático y sus efectos y la de Promoción de ciudades, entornos y ruralidades saludables y sostenibles*

- **Medio ambiente**

La relación de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras con sus territorios, relación que los define como un pueblo distinto a otros grupos étnicos *“dentro de la relación campo poblado, que revelan y conservan conciencia de identidad”*, es reconocida por la ley con el derecho a la titulación de los territorios colectivos (Congreso de Colombia, 1993). De esta manera estos territorios colectivos se materializan en los Consejos Comunitarios y hacen parte, junto con resguardos indígenas y zonas de reserva campesina, de los ordenamientos territoriales reconocidos por el estado colombiano, que actualmente se reflejan en el 33,6 % del territorio nacional (I. Humboldt, 2022)

El Ministerio del Interior reporta 210 Consejos Comunitarios con resolución de titulación (MINT, 2022) lo que representa cerca del 5 % del territorio nacional (I. Humboldt, 2021). Estos territorios son habitados, vividos y representados por estas comunidades bajo conceptos/categorías, usualmente no empleados en las evaluaciones científicas sobre el estado y las transformaciones de biodiversidad y los servicios ecosistémicos, como *“Madre Tierra”, “Buen Vivir”, “Ley de Origen”* y otros conceptos (específicos o comunes) referidos a *“las formas de vida y las relaciones materiales e inmateriales que existen entre ellas y con los seres humanos, la astronomía, la meteorología, el estado del tiempo y los cambios estacionales, las taxonomías y modelos de interpretación de los paisajes y fenómenos del territorio, al igual que las visiones del mundo o cosmovisiones de diversos pueblos y comunidades étnicas”* (I. Humboldt, 2021).

Por lo anterior, al reconocer y garantizar la incorporación de sus conocimientos tradicionales en la gestión territorial integral de la salud pública con relaciones interculturales y dado que estos sistemas de conocimiento solo existen por los



sujetos sociales que los generan y renuevan constantemente en prácticas productivas, rituales y políticas, implica la protección de modelos de manejo/cuidado de sus territorios y permite fundamentar la reorientación biocéntrica de la gestión de los ejes estratégicos de la planeación nacional y territorial.

- **Línea estratégica 3.1.** Adoptar los lineamientos del Plan Nacional de Adaptación al Cambio Climático que afectan la salud, dirigido a las entidades territoriales, los sectores, en los territorios colectivos, tradicionales y/o ancestrales y zonas de asentamiento de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.
- **Línea estratégica 3.2.** Adecuar las orientaciones de la estrategia de entornos saludables que aborden los factores ambientales que afectan negativamente la salud en los territorios colectivos, tradicionales y/o ancestrales y zonas de asentamiento de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras

**Eje estratégico Gestión Integral de Atención Primaria en Salud.** El elemento orientador de *Promoción y Protección del Cuidado Integral de la Salud con Enfoque Diferencial* en este eje estratégico ofrece las garantías para el desarrollo de las categorías de LGBTIQ+, Mujer y la salvaguardia de sus lenguas nativas (Protección lingüística) mediante la estrategia de Promoción y protección del cuidado integral de la salud y la mejoría de las condiciones de vida para personas indígenas, negras, afro, raizales y palenqueras, Rrom, migrantes, víctimas del conflicto armado y sociopolítico, habitantes de calle, campesinas, personas privadas de la libertad y en condición de discapacidad.

- **LGBTIQ +**



La Constitución de 1991 marcó un cambio trascendental para las comunidades LGBTIQ+ en el país por su enfoque garantista de los derechos humanos, que creó las garantías para avanzar en el reconocimiento de la igualdad entre los colombianos y de constituirse en sujetos de derecho dentro del estado social de derecho. Para estas comunidades LGBTIQ+ que han tenido históricamente situaciones de discriminación y marginación que les ha impedido acceder a la oferta social del estado en igualdad de oportunidades y el reconocimiento a la conformación de sus familias con los mismos derechos de las familias de la población general esto significó un avance trascendental. En concordancia con estos preceptos constitucionales la Ley 1438 de 2011 define el principio de igualdad como:

El acceso a la Seguridad Social en salud se garantiza sin discriminación a las personas residentes en el territorio colombiano, por razones de cultura, sexo, raza, origen nacional, orientación sexual, religión, edad o capacidad económica, sin perjuicio de la prevalencia constitucional de los derechos de los niños.

En la consulta previa en el marco de la formulación del capítulo de estas comunidades, se desarrolló una asamblea nacional LGBTI consideraron que el racismo, prejuicio, estigma y discriminación es la principal barrera social que atraviesa este colectivo, seguido de la falta de reconocimiento de los derechos de la comunidad LGBTI por parte de la comunidad a la que ellos pertenecen.

- **Línea estratégica 4.1.** Diseñar e implementar el proceso de inclusión del enfoque de género desde la identidad cultural en el sector salud para el cierre de brechas por razones de género, identidad de género y orientación sexual, incluyendo acciones diferenciales para comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.
- **Mujer**



El enfoque de género se abordará en este apartado para visibilizar las desigualdades que afectan de manera desproporcionada a la mujer negra dentro de su grupo étnico. Es entonces necesario reconocer que la mujer negra ha desafiado históricamente el significado de su existencia humana en el entrecruzamiento de múltiples formas de discriminación. Las opresiones de género, raza y clase derivadas del pasado colonial esclavista han dado forma a dinámicas de poder y jerarquías que se han naturalizado en América Latina y el Caribe en perspectivas de un mundo androcéntrico, eurocéntrico, vigente en la actualidad. Es así como se hace ineludible la mirada interseccional para comprender los sistemas combinados de opresión que discrimina y subordina a las mujeres afrocolombianas, negras, raizales y palenqueras por un poder racista, clasista y patriarcal.

- **Línea estratégica 5.1.** Diseñar e implementar el proceso de inclusión del enfoque de género desde la identidad cultural en el sector salud para el cierre de brechas por razones de género, identidad de género y orientación sexual, incluyendo acciones diferenciales para comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.

- ***Protección lingüística***

El documento Salvaguardia del patrimonio cultural inmaterial de los afrodescendientes en América Latina auspiciado por la UNESCO, presenta en su informe sobre Colombia que el aporte de los afrodescendientes a la construcción y al tejido social de la Nación es inconmensurable, y hoy en día no hay campo de la cultura y las artes donde no sea visible la influencia de la matriz cultural africana.

Las lenguas nativas y el habla popular están dentro de las principales manifestaciones de patrimonio cultural inmaterial de los afrocolombianos. Estas lenguas son: La lengua nativa ri Palenge o Palenquero – y la tradición oral



asociada— es la lengua de San Basilio de Palenque. La lengua creole, que tiene como base en el inglés, distingue a los nativos de las islas de San Andrés, Providencia y Santa Catalina conocidos como “raizales”, que ocuparon el archipiélago desde mediados del Siglo XVII.

El castellano que se habla en Colombia tiene en el habla popular afrocolombiana una fuente constante de enriquecimiento. Cada región tiene su entonación, sus construcciones lingüísticas propias y sus modismos, que han sido llevados a la literatura por poetas como Candelario Obeso, el primer poeta afro reconocido. Obeso publicó sus Cantos populares de mi tierra en 1877 utilizando las formas lingüísticas de los bogas del río Magdalena.

- **Línea estratégica 6.1.** Definir orientaciones para incorporar las acciones diferenciales para la gestión y la prestación de servicios de salud para la población Palenquera y Raizal, a través de ajustes razonables para las lenguas nativas criolla y creole, atendiendo lo definido el artículo 9 de la Ley 1381 de 2010.

**Eje estratégico Gestión integral del riesgo en salud pública.** El despliegue de este eje con el elemento orientador de Implementación de rutas, modelos o enfoques para la gestión integral de riesgos en salud pública ofrece la perspectiva territorial para anclar la organización de esta categoría conforme a las particularidades del acceso a la atención en salud para las comunidades NARP.

- ***Barreras en salud***

Esta categoría se justifica en que las barreras de acceso en salud que impiden el goce del más alto nivel posible de salud afectan de manera más determinante el desarrollo humano cuando se materializan en la primera infancia. Esto se fundamenta, entre otros, en que a partir de microdatos censales de ocho países latinoamericanos que recopilan información sobre autoidentificación étnico-



racial en sus censos de la ronda de 2010, CEPAL estimó que la mortalidad infantil es más elevada en la población afrodescendiente en comparación con la no afrodescendiente. Pero Colombia es el país que presenta la mayor proporción de muertes de niños y niñas afrodescendientes y también el que registra la mayor brecha con la población no afrodescendiente.

- **Línea estratégica 7.1.** Concertar la adecuación del enfoque étnico y de la identidad cultural de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) para las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras de acuerdo con las necesidades, condiciones y situaciones de salud propia para reducir la carga de enfermedad y de las muertes tempranas y evitables por enfermedades emergentes, reemergentes y desatendidas.
- **Línea estratégica 7.2.** Definir un mecanismo que permita la identificación de las personas de las Comunidades Negras, Afrocolombianas Raizales y Palenqueras afiliadas al SGSSS que permita la atención con enfoque diferencial étnico.

**Eje estratégico Gestión del conocimiento para la salud pública.** El elemento orientador de establecimiento de un marco de articulación para la Gestión del Conocimiento, que se desarrolla, entre otras, con la estrategia de Fomento de la participación social para la gestión del conocimiento, tiene como propósito que las comunidades en su diversidad participen en la red integrada de gestión del conocimiento en salud pública, y promover su incidencia efectiva en los procesos de gestión colectiva de conocimiento e investigación y el intercambio de saberes en procesos de co-creación de conocimiento. Por esto, guardan armonía con el desarrollo de las líneas estratégicas de Saber y sabiduría ancestral y Prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

- **Saber y sabiduría ancestral.** El conocimiento tradicional sobre la naturaleza y el universo, como conocimiento que las comunidades negras,



afrocolombianas, raizales y palenqueras han generado y acumulado con el paso del tiempo en su relación con el territorio y el medio ambiente y la medicina tradicional, los conocimientos y prácticas tradicionales de diagnóstico, prevención y tratamiento de enfermedades incluyendo aspectos psicológicos y espirituales propios de estos sistemas y los conocimientos botánicos asociados hacen parte del patrimonio cultural inmaterial de estas comunidades que están protegidos por el artículo 8º de la constitución, la ley 70 de 1993 y la ley 165 de 1994 que aprobó el “Convenio sobre la Diversidad Biológica”, entre otros.

En el contexto colombiano se ha avanzado en una definición amplia e incluyente para estas nociones de “conocimiento tradicional” como:

(El) Conjunto complejo y dinámico de saberes, prácticas, innovaciones, usos, manejos, costumbres, ideas, símbolos, representaciones, principios, reglas, interpretaciones y relaciones complejas con la biodiversidad, la naturaleza, el territorio y el cosmos, que los pueblos y comunidades Indígenas, Negras, Afrocolombianas, Raizales, Palenqueras, Rom Campesinas y Locales poseen y recrean (I. Humboldt, 2021)

El Plan Nacional de Desarrollo 2018 - 2022 reconoce el saber ancestral con el acuerdo con las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras para que, dentro de los lineamientos de atención integral en salud con enfoque diferencial étnico para las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras se incorporen los saberes y medicina ancestral, parteras, sobadores y etnobotánica.

- **Línea estratégica 8.1.** Diseñar e implementar un sistema de caracterización y registro de los sabedores y médicos tradicionales de las comunidades Negras, Afrocolombianos, Raizales y Palenqueros



- **Línea estratégica 8.2.** Diseñar e implementar una estrategia para el intercambio de saberes entre la medicina ancestral (sabedores, sobadores, curanderos, rezanderos, etc.) y la medicina occidental, en espacios comunitarios que permitan el fortalecimiento de la identidad cultural de las Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras en el territorio colectivo, tradicional y/o ancestral, zonas de asentamiento o zonas urbanas.
- ***Prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.*** Constituyen la identidad cultural de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras las formas de cuidado en las que se mezclan fuerzas divinas y humanas donde los elementos centrales son la espiritualidad y la terapéutica en donde se entretajan nociones de temperaturas, formas y plantas, baños y botellas, vida y nacimiento, ombligos, cualidades y potencias, atraso, coger el rastro, poner una madreagua, cura y protección, los secretos, justicia y protección ante nuevos enemigos, protección de los ancestros, cosa hecha y justicia.

Las prácticas y materialidades que constituyen el fundamento ancestral de esta sabiduría también están en riesgo, según UNESCO, por situaciones como no tener reconocimiento social, la pérdida de la tradición, las dificultades en la transmisión de los conocimientos de “sabedores” a nuevos aprendices y el escaso reconocimiento y valoración por el sistema médico institucional.

Por lo anterior, la Organización Mundial de la Salud en la resolución WHA62.13 de 2009, insta a las países miembros a seguir desarrollando la medicina tradicional sobre la base de las investigaciones y la innovación y a considerar, cuando proceda, la posibilidad de establecer sistemas para calificar, acreditar u otorgar licencias a quienes practican la medicina tradicional, y prestar asistencia a los practicantes de la medicina tradicional para mejorar sus



conocimientos y aptitudes en colaboración con los dispensadores de atención de salud pertinentes, teniendo en cuenta las tradiciones y costumbres de los pueblos y comunidades indígenas.

- **Línea estratégica 9.1.** Diseñar e implementar estrategias que permitan visibilizar y reconocer el saber ancestral y las prácticas tradicionales para el fortalecimiento de la medicina tradicional de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.

### **Eje estratégico: Gestión y Desarrollo del Talento Humano en Salud Pública.**

El elemento orientador de Fortalecimiento de las capacidades del talento humano en salud cumple su propósito alineado con las necesidades territoriales y protege el reconocimiento de los saberes ancestrales. En este sentido, las líneas estratégicas de la categoría a continuación, Fortalecimiento del talento humano de la sabiduría ancestral y el saber, encuentra un espacio para su desarrollo en la gestión de la gestión territorial integral en salud.

- ***Fortalecimiento del talento humano de la sabiduría ancestral y el saber.***  
Dentro de las manifestaciones de patrimonio cultural inmaterial de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras más relevantes están los conocimientos y prácticas médicas tradicionales. La medicina tradicional afrocolombiana es un sistema complejo que abarca, desde prácticas de prevención y diagnóstico, hasta las prácticas curativas. Abarca concepciones propias sobre la salud y la enfermedad, conocimientos sobre las plantas y animales con propiedades curativas, técnicas para curar y para la atención al parto, y numerosas prácticas “secretas” para curar la picadura de serpientes, detener hemorragias o “cerrar el cuerpo” para evitar maleficios y enfermedades, para lo cual se vale el curandero de la preparación de “botellas curadas”. De acuerdo con el informe de la UNESCO del 2013 sobre la Salvaguardia del patrimonio cultural inmaterial de los afrodescendientes en América Latina, la medicina tradicional que usa como



recursos la “lectura de la orina”, “sobos” y la yerbatería, así como el chamanismo afro asociado al uso del “pildé” y otras plantas psicotrópicas está en riesgo de desaparición. Este riesgo está asociado, según UNESCO, con los problemas para su salvaguardia porque no tiene un reconocimiento social, por la pérdida de la tradición, las dificultades en la transmisión de los conocimientos de “sabedores” a nuevos aprendices y el escaso reconocimiento y valoración por el sistema médico institucional.

- **Línea estratégica 10.1.** Diseñar e implementar estrategias de formación continua, encaminadas a la armonización y articulación de la medicina "occidental" con la medicina tradicional y sabiduría ancestral con el SGSSS, para el fortalecimiento de los conocimientos y habilidades de los sabedores y médicos tradicionales en el ejercicio de sus prácticas tradicionales.
- **Línea estratégica 10.2.** Diseñar e implementar estrategias que permitan visibilizar y reconocer el saber ancestral y las prácticas tradicionales para el fortalecimiento de la medicina tradicional de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras

### ***Marco Estratégico Intercultural con el Pueblo Rrom***

La identidad cultural del pueblo Rrom es reconocida por el decreto 2957 de 2010 que expidió el marco normativo para la protección integral de los derechos del grupo étnico Rom o Gitano (Presidencia de Colombia, 2010). Esta norma define la identidad Rrom así:

Se es Rom o Gitano por descendencia patrilineal, la cual permite la ubicación de una persona en un determinado grupo de parentesco, configurado fundamentalmente en torno a la autoridad emanada de un hombre de reconocido prestigio y conocimiento, el cual a su vez, a través de diferentes alianzas, se articula a otros grupos de parentesco, en donde todos



comparten, entre otros aspectos, la idea de un origen común, una tradición nómada, un idioma, un sistema jurídico la kriss Romaní, unas autoridades, una organización social, el respeto a un complejo sistema de valores y creencias, un especial sentido de la estética que conlleva a un fuerte apego a la libertad individual y colectiva, los cuales definen fronteras étnicas que los distinguen de otros grupos étnicos. Sin perjuicio de la descendencia patrilínea, los hijos e hijas de una mujer Romny y padre gadzho (no Gitano) que vivan en kumpeñy serán considerados como Rom” (Presidencia de Colombia, 2010 p. 2)

***Nociones Conceptuales Propias.*** A continuación, se presentan las nociones resultantes del trabajo adelantado con el pueblo Rrom.

***Territorio:*** El territorio se comprende como un espacio representativo e integral que tiene razón de ser en las relaciones que reproducen y cohesionan la vida colectiva. En el caso del pueblo Rrom, el territorio es vida en tanto se configura como su vivienda, dónde su cultura se recrea y donde se proporciona el alimento. En principio este no se pensaba bajo una relación de propiedad, sino una relación temporal, sin embargo, teniendo en cuenta que las condiciones han cambiado a partir de la violencia y la discriminación, el pueblo Rrom ya no tiene la trashumancia en su totalidad, por ende, se ha adaptado y asentado en territorios que ha buscado adaptar de manera colectiva con las Kumpaňy como propios, manteniendo la armonía y el equilibrio con el mismo. Para el pueblo Rrom el territorio guarda una relación estrecha con el progreso y la calidad de vida, por ende es un eje estructurante en su cosmovisión como colectivo (Rrom, 2021).

***Identidad Cultural:*** La identidad cultural refiere a la pertenencia social y cultural que poseen los colectivos, para el caso del pueblo Rrom se representa en el arraigo a sus principios y valores morales, a sus prácticas culturales frente al cuidado y protección de la vida, a sus prácticas rituales



frente al nacimiento o la muerte. A su vez, es la identidad cultural la que entreteje una serie de sentidos y significados propios alrededor del “ser Rrom”; se configura como ordenador al momento de construir relaciones entre Vitsi o Kumpaño o los mismos ghazé y tiene como propósito permanecer a través del paso generacional de saberes y experiencias colectivas e individuales (Rrom, 2021).

**Autonomía:** La Autonomía se configura como la facultad que tienen los Grupos Étnicos de organizar y dirigir su vida interna de acuerdo con sus patrones identitarios, sus valores propios, su cosmovisión, su organización sociopolítica, sus instituciones, y aquellos mecanismos dentro del marco del Estado del cual forman parte. Es decir, que la Autonomía es la capacidad y la manera de autogobernarse, y tiene como base los siguientes elementos: Territorio, Gobierno Propio e Identidad Cultural.

Para el pueblo Rrom, la autonomía ha hecho parte fundamental de su identidad, y por ende se configura como garante en el fortalecimiento de procesos colectivos que promuevan los intereses comunes desde el ejercicio participativo entre gobiernos.

Refiere al ejercicio de la Ley Propia, también denominada derecho mayor o derecho propio del Pueblo Rrom. Esta Ley con fundamento en la cosmovisión Gitana, permite determinar y legalizar instituciones, autoridades y formas de gobierno propio, además de ejercer funciones jurisdiccionales, culturales, políticas y administrativas dentro de un ámbito territorial (Rrom, 2021 p. 65)

**Salud Propia:** La salud se configura en principio con un ordenador dentro del pueblo Rrom en la medida que determina su lugar y función dentro del colectivo. A su vez, la salud se comprende bajo la noción propia de “bien estar” y “bien ser” que involucra lo colectivo y lo individual. Para mantener el equilibrio y la armonía, es fundamental respetar los principios y valores



morales, ya que de lo contrario trae malestar colectivo, el cual se ve reflejado física y espiritualmente. En este sentido el pueblo Rrom ha generado un sistema propio de cuidado de la vida a partir de saberes y prácticas ancestrales.

**Medicina tradicional:** La medicina tradicional hace parte fundamental de la identidad propia del pueblo Rrom en la medida que se ha desarrollado como sistema para mantener el equilibrio dentro de la comunidad frente a enfermedades de tipo moral o físico, y a su vez para responder desde los conocimientos propios basados en el manejo de plantas medicinales a las *enfermedades de orden cultural* que puedan llegar a tener. La medicina tradicional ha sido desarrollada principalmente por la figura femenina, sin embargo, existen hombres que también asumen este rol dentro de la comunidad.

Existen enfermedades de orden cultural como lo son el mal de ojo, descuajados, malestares con fiebres, diarreas, dislocaciones, fracturas, dolores de cabeza, entre otros. Además, existen otras de tipo moral como cuando por ejemplo las personas Gitanas son expulsadas de la comunidad y se encuentran en estado de Rigate o Marimé, lo cual hace alusión al exilio de un miembro de la Kumpania por algún acto vergonzoso (Rrom, 2021 p. 77)

**Pilares para el pueblo Rrom.** La garantía del “buen vivir” del pueblo Rrom parten del “O’ Lasho Drom” o plan de vida, en la medida que es la carta principal de navegación en la que se enmarcan los principios que orientan su razón de ser y estar como comunidad y grupo étnico. El “O’ Lasho Drom” permite evidenciar las dinámicas sociales y culturales que se expresan a nivel colectivo principalmente, bajo el principio de la unidad familiar. En este sentido y de acuerdo con la trayectoria histórica que ha configurado al pueblo Rrom como un grupo humano trashumante, es importante señalar la cohesión social que han buscado resguardar como



identidad propia en medio de los desplazamientos e intercambios culturales constantes (Rrom, 2021).

Para la identificación de los pilares se llevó a cabo un proceso de participación y construcción conjunta en el marco de la realización del capítulo del Plan Decenal de Salud Pública y los compromisos 2018-2022 del Plan Nacional de Desarrollo. A partir de 33 jornadas de trabajo en los territorios, se recogieron los intereses, inquietudes, solicitudes e incluso aquellos vacíos en salud identificados en las nueve Kumpaño y las dos organizaciones del grupo étnico – Unión Romaní y PROROM. Posterior a la recolección de insumos, se llevó a cabo un ejercicio de análisis cualitativo y cuantitativo que dio lugar a los cuatro pilares que sintetizan e integran de manera armónica aquellas necesidades en el marco del “O’ Lasho Drom” la propuesta institucional articulada y encaminada a la planeación en salud con enfoque étnico diferencial.

A continuación, se describen los pilares y los contenidos de las líneas estratégicas insumos interculturales para la gestión integral de la planeación territorial en salud y los elementos de los ejes estratégicos del Plan Decenal que son su base estratégica.

**Eje estratégico: gobierno y gobernanza de la salud pública.** Este eje garantiza mediante el elemento orientador de Generación y Adecuación de Arreglos Institucionales para el Gobierno y la Gobernanza de la Salud Pública la estrategia de Adecuación de los arreglos institucionales de gobierno y de gobernanza de acuerdo con los contextos territoriales y poblacionales diferenciales para el desarrollo de esta categoría priorizada por el Pueblo Rrom.

- **Gobierno, autonomía y gobernanza**



Como parte de los elementos básicos del desarrollo del Pueblo Rrom, se define en su Plan de Vida - O'LASHO LUNGO DROM- la Autonomía y autodeterminación, como el

*“ejercicio de la Ley Propia, también denominada derecho mayor o derecho propio del Pueblo Rrom. Esta Ley con fundamento en la cosmovisión Gitana, permite determinar y legalizar instituciones, autoridades y formas de gobierno propio, además de ejercer funciones jurisdiccionales, culturales, políticas y administrativas dentro de un ámbito territorial. Por otra parte, también permite el pleno ejercicio del derecho de propiedad de sus territorios y vivenciar sus programas, planes y proyectos de vida, dentro del marco de la Constitución Política de 1991 y de la Ley Normativa vigente”. (Rrom, 2022).*

Así se define que la base territorial de las formas socialmente aceptadas en cuanto al establecimiento de una Comunidad Gitana en un territorio definido, pero además como la estancia social auto reguladora de la vida individual y colectiva, se procede a mencionar las Kumpaño, donde se practica su itinerancia en los territorios ocupados por los Gadzhé. Este fenómeno se da básicamente en los sitios que se encuentran vacíos, pero que también significan un bienestar para ellos, por ende, se han venido constituyendo Territorios Gitanos en áreas civiles. Las dimensiones de estos territorios son variables y adoptan distintas formas de constitución con un único trasfondo de libertad. (Rrom, 2022)

Lo anterior se constituye en la base territorial en la cual se desarrolla el buen vivir y a partir del cual se debe fortalecer las acciones propias e interculturales para la gestión de la salud pública del pueblo Rrom.

Así, se presentan las líneas estratégicas que corresponden a estructuras funcionales que permiten la adecuación de los arreglos institucionales de gobierno y de gobernanza de acuerdo con los contextos territoriales y poblacionales desde el conocimiento propio e intercultural para el fortalecimiento de la autonomía, gobierno y gobernanza del Pueblo Rrom:



- **Línea estratégica 1.1.** Promover la participación de representantes de las comunidades Rrom en los momentos de construcción, implementación y seguimiento de los Planes Territoriales en salud, buscando que se incluyan en el enfoque étnico requerido, de acuerdo con el contexto y los recursos de cada territorio.
- **Línea estratégica 1.2.** Fortalecer las estructuras organizativas propias del pueblo Rrom y las articulaciones interinstitucionales que lleven a crear espacios de diálogo desde un enfoque intercultural.

**Eje estratégico: Gestión intersectorial de los determinantes sociales de la salud.** El elemento orientador de Establecimiento de un Marco para la Planificación y Gestión de la Acción Intersectorial brinda la base estratégica para el desarrollo de esta categoría a través del Fortalecimiento de la participación social para la acción intersectorial.

- **Salud Propia e Intercultural.** La salud para el pueblo Rrom se comprende a partir de una relación intrínseca entre el cuerpo y el pensamiento que involucra principios morales a nivel individual y colectivo desde la noción propia de “*bien estar y bien ser*”. En este sentido, la salud como derecho fundamental, autónomo e irrenunciable y de acuerdo con el principio de igualdad y el Convenio 169 de la OIT, el Gobierno debe garantizar sin discriminación alguna el acceso y disposición de servicios de salud adecuados que brinden a nivel comunitario un bienestar integral que tenga en cuenta las condiciones sociales, geográficas, culturales, económicas, y a su vez tenga la capacidad para articular las prácticas curativas tradicionales propias, con el fin de generar procesos conjuntos en los que se visibilicen las articulaciones interculturales.



- **Línea estratégica 3.1.** Realizar procesos de coordinación y articulación con el entorno educativo e institucional (hospitales, alcaldías, colegios, jardines) para fortalecer la transmisión de saberes y prácticas de crianza, cuidado de la salud y educación familiar desde los conocimientos de los sabedores y sabedoras, como factor protector de la salud.
- **Línea estratégica 3.2.** Promover actividades colectivas de educación en salud que permitan recuperar y fortalecer las prácticas culturales propias (artísticas, lúdicas y deportivas), en conjunto con la gestión en salud pública con sector cultura y deporte para propiciar espacios colectivos para los y las jóvenes, así como para los niños/as.

Este pilar armoniza la Salud Propia e Intercultural del Pueblo Rrom, los ejes estratégicos del PDSP 2022 – 2031 y las representaciones sobre la medicina occidental en coherencia con los enunciados relacionados con el concepto propio donde

*...la salud y la enfermedad, la salud corresponde al bien estar y al bien ser, está relacionada intrínsecamente con lo colectivo y lo personal. Entonces una persona saludable en la Comunidad Gitana es respetada y aceptada por todo el colectivo”, y el concepto occidental el cual “ha venido en detrimento la medicina propia hasta su desaparición. La medicina occidental es necesaria para calmar los dolores pasajeros y que se solucionen en ese mismo momento, debido a que no existe una visión de la medicina preventiva (Rrom, 2022).*

Es por lo que las líneas estratégicas proponen establecer un puente de corresponsabilidad desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, diagnóstico oportuno, atención y paliación, mediante acciones acordadas en escenarios de construcción conjunta para llegar a acuerdos para la gestión de la salud pública del pueblo Rrom:



- **Línea estratégica 3.3.** Caracterizar individualmente la población afiliada, a cargo de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud - EAPB, a la que pertenece a la población Rom incluyendo el análisis de riesgos, ubicación geográfica (urbano, rural, disperso), oferta de servicios disponibles para su atención incluyendo sus características y circunstancias poblacionales
- **Línea estratégica 3.4.** Desarrollar las intervenciones individuales y colectivas advirtiendo, principalmente, sus sistemas de creencias, tradiciones, costumbres y rituales como factores protectores y de afrontamiento ante la adversidad.

**Eje estratégico: Gestión Intersectorial de los Determinantes Sociales de la Salud.** En este eje estratégico el elemento orientador para organizar el desarrollo la categoría Entorno socioambiental y hábitat es la Gestión Intersectorial y Transectorial de los Determinantes Estructurales e Intermedios de la Salud a Través de Políticas Públicas Participativas mediante la estrategia de Promoción de ciudades, entornos y ruralidades saludables y sostenibles.

- **Entorno socioambiental y hábitat.** El espacio y la territorialidad para el pueblo Rrom se configura desde la cosmovisión trashumante, en la medida que la movilidad es una característica propia y fundamental dentro de su configuración cultural y organización sociopolítica. En este sentido se evidencia que la vivienda es un espacio de reproducción cultural en la medida que es donde las familias fortalecen sus lazos y encuentran la unidad, el equilibrio y el bienestar social que necesitan. Sin embargo, en los entornos donde se encuentran ubicadas las viviendas de las diferentes Kumpany existen problemas de altos índices de contaminación tanto en el aire como en las fuentes hídricas, lo que se relaciona con enfermedades crónicas y la necesidad de atenciones en salud prioritarias ante las mismas.



- **Línea estratégica 2.1.** Caracterizar social y ambientalmente a la población Rrom con base en el contexto del territorio, etnia, género, estilos de vida (identidad cultural) en relación con las prácticas, comportamientos, costumbres, hábitos que desarrollan en el entorno hogar y las condiciones del lugar donde habitan (asentamientos donde pueden habitar en carpas, toldos o viviendas) que pueden afectar su salud, la de familia y comunidad y generar impactos en el ambiente (tener en cuenta el manejo del agua para consumo, el manejo de residuos sólidos, la calidad del aire intramural, y las condiciones externas a la vivienda).
- **Línea estratégica 2.2.** Gestionar acciones de articulación y planeación conjunta con la población Rrom, para la materialización de las intervenciones colectivas en sus territorios conforme a las características sociales y ambientales de sus kumpania.

**Eje estratégico: Gestión del Conocimiento para la Salud Pública.** En este eje, el elemento orientador: Establecimiento de un Marco de Articulación para la Gestión del Conocimiento, que incluye la estrategia de Fomento de la participación social para la gestión del conocimiento, establece el espacio estratégico para que comunidades en su diversidad participen en la red integrada de gestión del conocimiento en salud pública, y promover su incidencia efectiva en los procesos de gestión colectiva de conocimiento e investigación y el intercambio de saberes en procesos de co-creación de conocimiento. Esto garantiza el desarrollo de esta categoría y su línea estratégica de dialogo de saberes.

- **Salud y entorno laboral.** El trabajo para el pueblo Rrom es una dimensión fundamental que reproduce valores estructurales dentro de la identidad propia, tanto en lo que compete como sistema productivo, como lo referido a las nociones del *día a día* y los roles de género. Las dinámicas se basan en el trabajo colectivo, la *Vortechía* y en prácticas ancestrales relacionadas a la



elaboración de artesanías (ollas) a partir del manejo de metales como el cobre y al comercio principalmente. Oficios que han buscado mantenerse ya que se configuran como estatuto cultural de su patrimonio inmaterial. Esta apuesta por la protección del legado cultural del pueblo Rrom está acompañada de unas necesidades de cara a la garantía del derecho a la salud física y mental, y a gozar de una vida digna y segura (Rrom, 2021).

- **Línea estratégica 4.1.** Promover el dialogo de saberes mediante metodologías participativas de manera que se fortalezcan las capacidades de la población Rrom para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, de acuerdo con los posibles riesgos asociados a la ocupación u oficio que desempeñan (tener en cuenta la exposición a sustancias químicas, accidentes por el uso de herramientas, manejo de residuos sólidos y residuos peligrosos, exposición al sol).
- Este pilar de Salud y entorno laboral del Pueblo Rrom además se armoniza con el Eje estratégico: Gestión Integral del Riesgo en Salud Pública mediante el elemento orientador de Fortalecimiento de los Procesos de Aseguramiento y Prestación de Servicios para la Gestión del Riesgo Individual en Salud en el Marco del Modelo de Atención Integral de las Condiciones de la Salud y específicamente a través de la estrategia de Articulación de acciones para la gestión del riesgo individual con acciones para la gestión del riesgo colectivo; la Identificación y estratificación de riesgos y valoración de la percepción social del riesgo:
- **Línea estratégica 4.2.** Programar el desarrollo jornadas de salud en el ámbito extramural, para la atención, aplicación de tamizajes y acciones de información, que incidan en la detección oportuna de las enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, cáncer, salud visual, auditiva y salud bucal.



## ***Elementos Operativos para Tener en Cuenta en la Planeación Territorial en Salud con Adecuación Sociocultural: Pueblos indígenas, Rrom y Comunidades Negras, Afrocolombianos, Raizales y Palenqueros***

Le corresponde a las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales, en concordancia con lo definido en el orden nacional y en cumplimiento de sus competencias constitucionales y de las responsabilidades derivadas de la normatividad vigente para la garantía de los derechos de los pueblos y comunidades pertenecientes a los grupos étnicos, la incorporación de los elementos estratégicos y operativos en sus Planes Territoriales de Salud -PTS, y en consecuencia, su ejecución con la participación de los diferentes actores implicados en las respuestas que buscan el mejoramiento de la calidad de vida y buen vivir de esta población.

Frente a los procesos de participación y concertación de conformidad con el marco normativo relativo a los pueblos y comunidades pertenecientes a los grupos étnicos, la metodología de trabajo se desarrolla bajo el proceso de construcción conjunta, el cual se refiere al reconocimiento de las cosmovisiones que sustentan cada perspectiva de salud propia e intercultural en relación con el Sistema de Salud, y el consenso frente a su estado actual y sus circunstancias determinantes, para así llegar a los acuerdos interculturales que permitan abordajes, mecanismos y estrategias compartidos para una salud integral, acorde con el contexto socio cultural de cada pueblo y/o comunidad indígena, comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras y Rrom. A continuación, se presenta los aspectos básicos para tener en cuenta en el momento de la planeación territorial en salud con adecuación sociocultural:

**Participación.** Propiciarán los espacios de participación, en garantía del diálogo con ellos, a través de sus representantes en los escenarios legítimamente



reconocidos, para la inclusión de acciones propias e interculturales de los aspectos socio culturales de los pueblos y comunidades pertenecientes a los grupos étnicos en los respectivos territorios, que les permita ampliar y comprender mutuamente el conocimiento de su situación de salud, así como la definición conjunta de las acciones que serán incluidas en los Planes Territoriales de Salud y fortalecer los desarrollos de la planeación propio en virtud de su autonomía y gobernanza.

**Concertación.** Este aspecto metodológico está asociado con la participación. A través de esta se llega a la definición compartida de los objetivos, alcances y resultados del componente diferencial, étnico e intercultural en los Planes Territoriales de Salud. Así y como parte de la definición de la ruta, se debe dar una concertación preliminar y una concertación final.

- **Concertación preliminar:** está dirigida a acordar cómo se dará la participación, el desarrollo de los momentos de interacción para la construcción colectiva, formulación, socialización de avances y la recolección de aportes y ajustes consensuados.
- **Concertación final:** tiene como propósito llegar a un acuerdo, entre la institucionalidad y la o las organizaciones que representan legítimamente a las comunidades étnicas en el territorio municipal, departamental o distrital, relacionado con la formulación, implementación, monitoreo, seguimiento y evaluación de las políticas, planes y programas para la población y que a su vez, se constituye en insumos fundamentales que guiarán las acciones propias e interculturales que se integrarán al PTS y que guiarán el proceso de implementación, y seguimiento sectorial e intersectorial, de igual forma, disponiendo del consenso de las metas sanitarias, logros y resultados en salud pública.

**Generación de capacidad comunitaria e institucional para el diálogo intercultural.** El proceso de diálogo intercultural requiere del fortalecimiento de las



capacidades desde el contexto territorial étnico e institucional, para que, partiendo del respeto mutuo, se desarrollen las políticas, planes, programas y proyectos que permitan la construcción conjunta en la definición de la planeación integral en salud intercultural, a partir de la cualificación de los procesos de participación social comunitarios y de planificación institucional con adecuaciones técnicas y socio culturales.

Este marco estratégico, descrito en los documentos anexos de los capítulos indígenas y Rrom del PDSP de las resoluciones 050 2021 y 464 de 2022, disponen de los aspectos fundamentales de la planeación en salud como son el análisis de la situación de salud desde el contexto socio cultural, la priorización en salud pública, la elaboración del componente estratégico y de inversión plurianual del PTS, tales aspectos se constituyen en elementos estructurales para el proceso de planeación integral en salud, para la continuidad del proceso estructural de la planeación que se fortalece y enmarcará de acuerdo a los resultados de las rutas de armonización.

Las líneas estratégicas planteadas en los mencionados capítulos para la elaboración del componente operativo y de inversión del PTS, en el marco del proceso de planeación integral en salud, así como el Plan de Anual de Salud, son insumos para la progresividad y continuidad en la definición del marco estratégico orientador del PDSP 2022 – 2031. Lo anterior de acuerdo con lo establecido en el párrafo del artículo 1 de las citadas resoluciones, le da soporte jurídico al proceso de continuidad el cual se describe de la siguiente manera:

Parágrafo. Los capítulos indígena para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia y los diferenciales para la población víctima del conflicto armado y el pueblo Rrom, adoptados mediante este acto, constituirán un insumo fortalecimiento para la formulación del siguiente Plan Decenal que, de implicar ajustes y complementariedades, serán construidas en el marco de los espacios participativos de las comunidades indígenas a través de las organizaciones y sus representantes, en especial la Subcomisión de Salud



de la Mesa Permanente de Concertación con los pueblos y organizaciones indígenas, de la población víctima de conflicto armado y de las Kumpaño, respectivamente

En consideración del citado párrafo se acuerda el paso a paso del proceso de armonización con la estructura del marco estratégico del PDSP 2022 – 2031, los contenidos fundamentales de las resoluciones 050 de 2021 y 464 de 2022 y de los documentos base del conocimiento propio, para la incorporación de las directrices del marco estratégico intercultural en el proceso de planeación territorial y gestión integral de la salud pública en grupos étnicos, los cuales serán materializados mediante el desarrollo de rutas de armonización desarrolladas con los pueblos y comunidades indígenas y el pueblo Rrom, con el fin de garantizar y ajustar el marco estratégico intercultural en perspectiva al PDSP 2022- 2031.

Para el caso de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras - NARP, el insumo para el marco estratégico orientador en el PDSP 2022- 2031 lo constituye en parte, los acuerdos protocolizados en Consulta Previa, integrados en el capítulo étnico de las comunidades NARP del PDSP 2012 – 2021/ 2022- 2031, que guardan coherencia con la planeación territorial en salud y la gestión de la salud pública de las citadas comunidades.

## Referencias

- Akubadaura. (2021). *Alcances y evolución jurídica del derecho a la consulta previa en Colombia*.
- CEPAL. (2018). *Mujeres afrodescendientes en América Latina y el Caribe: deudas de igualdad*.
- CEPAL. (2020a). *América Latina ante la crisis del COVID-19 Vulnerabilidad socioeconómica y respuesta social* (CEPAL (ed.)).
- CEPAL. (2020b). *El impacto del COVID-19 en los pueblos indígenas de América Latina-Abya Yala* (CEPAL (ed.)).



- CEPAL. (2021). *Las personas afrodescendientes y el COVID-19: develando desigualdades estructurales en América Latina* (p. 29).
- Congreso de Colombia. (1993). *Ley 70 de 1993*.
- Finkelman, J., Galvão, L., & Henao, S. (2010). Gobernanza de la salud ambiental en América Latina. In OPS (Ed.), *Determinantes ambientales y sociales de la salud*.
- I. Humboldt. (2021). *Evaluación nacional de biodiversidad y servicios ecosistémicos*. <http://humboldt.org.co/evaluacion-nacional/index.html>
- I. Humboldt. (2022). *Territorios colectivos y biodiversidad*. Biodiversidad. <http://reporte.humboldt.org.co/biodiversidad/2015/cap4/406/#seccion1>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). *Resolución 2405 de 2021. Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013, en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para la población víctima del conflicto armado en Colombia, como parte del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP 2012 – 2031*.
- MINT. (2022). *Consejos Comunitarios*. Datos Abiertos Gobierno En Línea. <https://www.datos.gov.co/dataset/Consejos-Comunitarios/3cwg-y2zw>
- MSPS. (2017). *Lineamientos incorporación del enfoque intercultural en los procesos de formación del talento humano en salud, para el cuidado de la salud de pueblos indígenas en Colombia*. (Grupo de Formación del Talento Humano en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (ed.)).
- MSPS. (2018). *Documento base SISPI* (Oficina de Promoción Social (ed.)).
- MSPS. (2019). *Lineamiento para el cuidado de la salud mental y las armonías espirituales de los pueblos y comunidades indígenas en el marco del SISPI, en articulación con la política nacional de salud mental y la política integral para la prevención y atención del cons* (Grupo Funcional: Gestión Integrada para la Salud Mental (ed.)).
- OIT. (1989). *Convenio Núm. 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales* (p. 134).
- ORAS-CONHU. (2018). *Análisis de la situación de salud de los afrodescendientes en los países andinos*.



- Presidencia de Colombia. (2010). *Decreto 2957 de 2010 Por el cual se expide un marco normativo para la protección integral de los derechos del grupo étnico Rom o Gitano*.
- Quiceno, N. (2016). Cuerpos: fuerzas divinas y humanas. In *Vivir sabroso: Luchas y movimientos afrotrataños, en Bojayá, Chocó, Colombia* (p. 259).
- Robles, J. L. (2021). *Enfoque diferencial. Origen y alcances*. (Ministerio de Salud y Protección Social (ed.)).
- Rrom. (2021). *O'LASHO LUNGO DROM. Plan de Vida del Pueblo Rrom colombiano* (Primera Ed). Pueblo Rrom.
- Suárez, T. (2010). *Síntesis de documentos sobre interculturalidad en salud dirigido a agentes comunitarios e institucionales* (Oficina de Promoción Social (ed.)). Ministerio de la Protección Social.
- Tarde, G. (1884). Qu'est-ce qu'une société? *Revue Philosophique*, XVIII, 489–510.
- UNESCO. (2002). *Declaración Universal sobre la Diversidad Cultural* (p. 66).
- UNESCO, & UNAL. (2013). *Competencias Interculturales Marco conceptual y operativo*. UNAL.



## Capítulo 9. Poblaciones Víctimas del Conflicto Armado en Colombia en el PDSP 2022-2031

---

### Introducción

El entramado de situaciones vinculadas con los impactos colectivos en el daño a las redes sociales y comunitarias, los impactos psicológicos, emocionales y físicos con sus daños a las relaciones interpersonales y a la integridad de las víctimas, que han sido causados por las diversas modalidades y prácticas de violencia sufridas por miles de personas en Colombia, a lo largo de las últimas seis décadas, configuran, no solo una variedad de vulneración a sus derechos humanos y de infracciones al derecho internacional humanitario, sino una afectación a sus modos y condiciones de vida, que incide en todos los aspectos de su salud física y mental, calidad de vida, bienestar y desarrollo humano.

Las narrativas sobre los impactos y los daños causados por el conflicto armado en Colombia configuran relatos que expresan el sufrimiento emocional profundo (miedo, angustia, desasosiego, temor) causadas por las situaciones de violencia, el daño moral vivido en prácticas de estigmatización, devaluación y humillación, vidas aisladas, sin fiestas y desconfiadas, expresión de los daños socioculturales, el impacto desproporcionado sobre los pueblos y comunidades afrocolombianas e indígenas, los más violentados y el daño que la guerra trajo a la democracia con la naturalización de las prácticas de criminalizar, perseguir y reprimir (Grupo de Memoria Histórica, 2013).

Las distintas modalidades y prácticas de violencia en el país como las masacres generadoras de terror y devastación, las desapariciones forzadas y sus secuelas de ausencia, perplejidad y vacío, el desplazamiento forzado que deja desarraigo, nostalgia y humillación, el secuestro, los daños e impactos sobre las mujeres, particularmente la violencia sexual y los cuerpos marcados por la guerra, así como los daños e impactos sobre los hombres y su menoscabo como



proveedores y protectores, la ruptura de la infancia expresada en los daños e impactos sobre los niños, las niñas, los adolescentes y los jóvenes, el daño e impacto sobre la población LGBTI degradados, ridiculizados y silenciados y los daños e impactos que ocasionan la impunidad, las deficiencias en la atención estatal y en las respuestas sociales, han generado una deuda histórica con estas poblaciones (Grupo de Memoria Histórica, 2013).

En 2011 se promulgó la ley 1448 que reconoce el sufrimiento generado por la vulneración de derechos humanos e infracciones al derecho internacional humanitario de las víctimas del conflicto armado. Su artículo 3º, define como víctimas a “aquellas personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1º Enero de 1985, como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de Derechos Humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado interno” (Congreso de Colombia, 2011, p.1)

Se define hecho victimizante a los delitos o situaciones de los cuales las personas fueron víctimas. El Registro Único de Víctimas presenta la información actualizada sobre catorce hechos victimizantes: Acto terrorista/Atentados/Combates /Enfrentamientos/Hostigamientos, Amenaza, Delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo del conflicto armado, Desaparición forzada, Desplazamiento forzado, Homicidio, Minas Antipersonal, Munición sin Explotar y Artefacto Explosivo improvisado Secuestro, Tortura, Vinculación de Niños Niñas y Adolescentes a Actividades Relacionadas con grupos armados, Abandono o despojo Forzado de Tierras, Perdida de Bienes Muebles o Inmuebles, Lesiones Personales Físicas, Lesiones Personales Psicológicas y Confinamiento (RUV, 2022)

La ley estableció las medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y reconoció el derecho que tienen a la verdad, a ser reparadas en el daño sufrido, con la indemnización y las medidas



para la rehabilitación física y psicológica, la reparación simbólica y la restitución de tierras, a recibir justicia y el derecho a no repetición de los hechos victimizantes (Congreso de Colombia, 2011).

Este capítulo presenta los elementos conceptuales, estratégicos y operativos, que permitan en la práctica desarrollar el enfoque diferencial con esta población en el marco del PDSP 2022-2031, por medio de la diferenciación positiva para la planeación territorial en salud, con acciones para la superación de las condiciones que han afectado a la población víctima del conflicto armado, mediante las líneas estratégicas concertadas que garanticen el respeto a su dignidad, en la gestión integral de la salud pública, el fortalecimiento institucional del SGSSS y de las culturas propias de salud en las VCA, el mejoramiento de sus resultados en salud y de su calidad de vida.

## Elementos conceptuales

***Víctima:*** “Aquellas personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1º de enero de 1985, como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de Derechos Humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado interno” (Congreso de Colombia, 2011, p.1).

***Impactos psicosociales:*** Consecuencias emocionales, comportamentales y de pensamiento generadas en personas, familias, comunidades y en la sociedad con ocasión del conflicto. Desde el punto de vista psicosocial, estos impactos pueden manifestarse a través de traumas, crisis y duelos y deben ser abordados como parte de la reconstrucción del tejido social (Comisión de la Verdad, 2022 a).

***Impactos comunitarios:*** “Deterioro de las condiciones de vida del grupo o comunidad (desplazamiento, pérdidas económicas, desintegración social).



Desestructuración organizativa: impacto por la pérdida de líderes o grupos, división comunitaria, pérdida de proyectos de desarrollo, desconfianza, inseguridad grupal y sensación de miedo” (MSPS, 2017c, p 105).

**Impactos al sujeto colectivo:** “Equilibrio espiritual ligado al territorio; daños ambientales, a la integridad cultural, de autonomía y derecho propio, al uso de su medicina tradicional y a su derecho de consulta previa, libre e informada.” (MSPS, 2017c, p 105).

**Impactos a la familia:** Disgregación familiar, violencia intrafamiliar, pobreza, represión, limitación del desarrollo personal de los miembros de la familia, desarraigo de sus miembros (ruptura de raíz de los lazos con el entorno en que se vive), ausencia de perspectivas hacia el futuro, migración, ruptura de la relación de pareja, fragmentación de la familia por fallecimiento del padre o cabeza de familia. (MSPS, 2017a, p 105).

**Daño:** “El resultado de acciones criminales que vulneran los derechos de una persona o de una colectividad. Estas acciones causan sufrimiento a las víctimas y afectan todas las dimensiones que soportan su vida íntima, familiar, social, política, cultural y productiva” (CNMH, 2014, p 10). El resultado de procesos que niegan la dignidad humana y que afectan negativamente las relaciones satisfactorias, al punto de generar situaciones de carencia o agudizar los estados carenciales previos. Es un proceso, trasciende hasta vulnerar el sentido mismo de la dignidad, es una afectación clara en la capacidad de establecer relaciones satisfactorias (Rebolledo & Rondón, 2010).

**Daño psicosocial:** Se refiere a los daños configurados en el marco de la guerra, cuyas afectaciones expresadas por los individuos, las familias y comunidades, se caracterizan por profundos niveles de sufrimiento, así como por la dificultad para poder integrar la experiencia violenta en sus historias de vida. Se lesionan los sentimientos de dignidad, autonomía y se pierden o menoscaban el control o



certezas sobre la vida misma, al ser consecuencia de delitos cometidos por otros seres humanos en contextos de dominación armada, donde el terror se instala tras el uso brutal de la fuerza y la sevicia con los que se borra todo rastro de humanidad.

**Atención psicosocial:** Conjunto de procesos articulados de servicios cuyo objetivo es favorecer la recuperación o mitigación de los daños psicosociales y el sufrimiento emocional generado a las víctimas, sus familias, comunidades y colectivos étnicos, como consecuencia de las graves violaciones a los Derechos Humanos y las infracciones al Derecho Internacional Humanitario (MSPS, 2017b).

**Proceso de rehabilitación:** Secuencia de acciones coordinadas que incluye el conjunto de intervenciones individuales y colectivas orientadas a reducir el impacto de la discapacidad o a prevenir su aparición en las personas que presentan condiciones específicas de salud. Así mismo, busca mantener el mayor nivel posible de funcionamiento de las personas al interactuar con sus entornos. Este proceso está centrado en la persona, reconoce al sujeto como ser activo en el cumplimiento de los objetivos propuestos y plantea la importancia del rol de la familia y la comunidad (MSPS, 2021a).

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



transformación que tienen por sí mismas las víctimas del conflicto armado (MSPS, 2017c).

**Enfoque de Acción sin daño:** Es el abordaje que parte de la proposición de que ninguna intervención externa, llevada a cabo por diferentes actores humanitarios o de desarrollo, está exenta de hacer daño (no intencionado) a través de sus acciones. Su incorporación, conlleva a la reflexión por parte de los y las profesionales, sobre aspectos como los conflictos emergentes durante el desarrollo de sus acciones sobre las víctimas del conflicto armado, los mensajes éticos incluidos, las interacciones de poder y el empoderamiento de los participantes (Comisión de la Verdad, 2022b).

**Reparación:** La reparación comprende las medidas de restitución, indemnización, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición, en sus dimensiones individual, colectiva, material, moral y simbólica para las víctimas de conflicto armado interno colombiano (Congreso de Colombia, 2011).

**Medida de rehabilitación:** “La rehabilitación como medida de reparación consiste en el conjunto de estrategias, planes, programas y acciones de carácter jurídico, médico, psicológico y social, dirigidos al restablecimiento de las condiciones físicas y psicosociales de las víctimas en los términos de la ley 1448 DE 2011” (Congreso de Colombia, 2011, p. 45)

### **Diagnóstico general de la población víctima del conflicto armado (VCA)**

El informe del Observatorio Nacional de Salud expone que a pesar de las devastadoras consecuencias de los conflictos armados en la salud, el estudio de sus efectos en la salud pública, no ha sido suficientemente investigado. No obstante, existen evidencias sobre las posibles afectaciones en términos principalmente del estado de salud y en actividades de los servicios de salud, a



partir de la información derivada de informes de conflictos internacionales y de algunos internos (INS, 2017).

Según el INS (2017) se reconoce recientemente, que los conflictos armados y la violencia política, son un importante problema en salud pública, tanto por la muerte y discapacidad que causan, como por su larga duración y la magnitud de los efectos indirectos sobre la salud y el bienestar de individuos, familias y comunidades. En general, se ha evidenciado una serie de efectos asociados con la mortalidad directa e indirecta, con enfermedades transmisibles y no transmisibles, efectos en salud sexual y reproductiva, en el estado nutricional, en la salud mental y la discapacidad.

Ahora bien, una dificultad adicional de los efectos de los conflictos en la salud, es que se acude a los datos de registros oficiales, censos, o estimaciones de exceso de muertes. Pero estos datos pueden tener problemas para su generación y fiabilidad en el marco de un conflicto armado, bien sea por las dificultades de la recolección de la información durante un conflicto o por la politización que caracteriza estas situaciones y que deriva en información con problemas de veracidad (INS, 2017).

La población en Colombia proyectada para el año 2021 es de 51.049.498 habitantes de acuerdo con las proyecciones realizadas con base en el Censo Nacional de Población y Vivienda – CNPV del 2018 (DANE, 2019). De este total, el 18% está inscrito en el Registro Único de Víctimas (9.153.078) (UARIV, 2022).

Según el Sistema Integrado de Información para la Protección Social (SISPRO) con fecha de corte a julio de 2021 un total de 8.117.556 personas están plenamente identificadas como víctimas de las que 229.365 (2,8%) aparecen como fallecidas en la base de datos de Nacimientos y Defunciones del DANE; por tanto, la información que se presenta a continuación las excluye y representa a las 7.888.443 personas restantes. De ellas, el 15,6% (1.234.482) de esta



población se auto reconoce como perteneciente a algún grupo étnico en el RUV. La mayor parte son personas víctimas afrodescendientes (1.002.450; 81,2%), seguido por la población indígena (207.180; 16,8%) y por la etnia raizal y palenquera (1,4%) (MSPS, 2020a).

### **Hechos victimizantes declarados por la población VCA**

Los hechos victimizantes declarados por la población VCA se concentran en tres categorías así: el desplazamiento forzado constituye el evento de mayor magnitud con el 90.4%, con una diferencia amplia, el homicidio y la amenaza ocupan el segundo y tercer lugar cada uno con un 10.9% y 6.2% respectivamente. El porcentaje restante incluye los demás hechos victimizantes con un total de 7.4%. (Tabla 1)

Tabla 1.

Hechos victimizantes declarados por la población VCA

<b>Hecho victimizante</b>	<b>Número de Personas</b>	<b>Porcentaje</b>
Desplazamiento forzado	7.131.274	90,4%
Homicidio	859.892	10,9%
Amenaza	491.997	6,2%
Desaparición forzada	149.815	1,9%
Perdida de bienes muebles o inmuebles	110.843	1,4%
Acto terrorista / atentados / combates / enfrentamientos / hostigamientos	76.710	1,0%
Confinamiento	66.453	0,8%
Sin información	37.869	0,5%
Delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo del conflicto armado	32.436	0,4%
Secuestro	31.915	0,4%
Abandono o despojo forzado de tierras	28.186	0,4%
Lesiones personales psicológicas	13.007	0,2%
Lesiones personales físicas	12.948	0,2%
Minas antipersonal, munición sin explotar y artefacto explosivo improvisado	10.696	0,1%
Tortura	9.513	0,1%



Hecho victimizante	Número de Personas	Porcentaje
Vinculación de niños niñas y adolescentes a actividades relacionadas con grupos armados	7.016	0,1%

Fuente: Red Nacional de Información - Fecha Corte: junio de 2021

### Estructura Demográfica

La composición de la población por edad de acuerdo con la información del SISPRO 2021, muestra que el 73% de la población víctima del conflicto armado tiene entre 15 a 64 años, el 18% tiene 14 años o menos y el 8% 65 años o más, porcentajes similares a los encontrados en la población general cuya concentración de población se encuentra en el grupo de 15 a 64 años con un 67.2%. Sin embargo, la pirámide poblacional de la población víctima del conflicto armado muestra mayor proporción de población entre los 10 a 29 años, superando a la población general en 10.7 puntos porcentuales (Figura 1) (MSPS, 2021b).

La siguiente pirámide poblacional muestra la distribución de la población VCA identificadas plenamente en SISPRO, por grupos de edad y sexo en comparación con la población general.

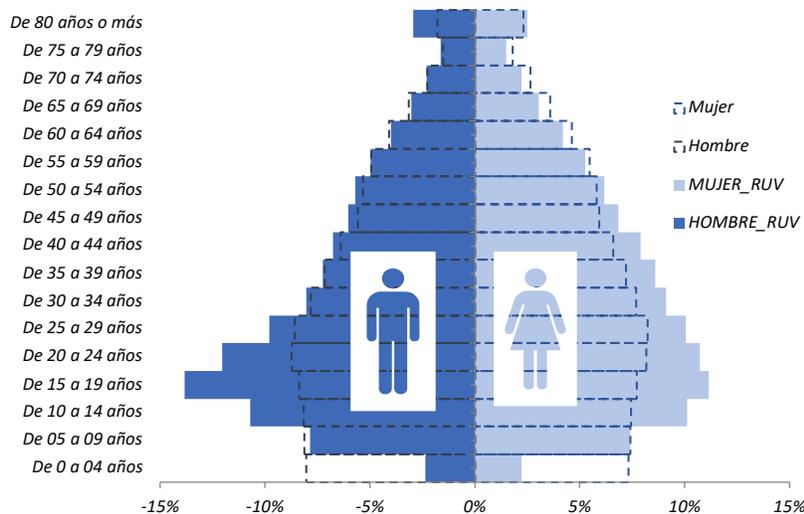


Figura 1. Distribución de la población general y de la población VCA por grupos de edad y sexo, 2021 - Fuente: SISPRO. MSPS Cubo de víctimas a corte de junio de 2021



### ***Distribución territorial de la población VCA según departamento de residencia***

De acuerdo con la misma fuente de información ya señalada, en todos los departamentos y en el Distrito Capital reside población VCA. Más del 70% de esta población está concentrada en 12 de ellos: Antioquia tiene el 20% (1.487.427); Valle del Cauca el 7.6% (567.796); Bogotá D.C. 5.5% (410.537), Bolívar el 5,5% (407.352), Nariño, Cesar, Magdalena, Córdoba, Cauca registran entre 5% y 4% de víctimas. Sucre, Norte de Santander y Santander completan el grupo de concentración con porcentajes entre el 3.8 y 3.1% de población víctima con un promedio de 256.953 personas en cada uno de estos departamentos.(MSPS, 2021b)

El departamento con menor número de víctimas es San Andrés, Providencia y Santa Catalina, le siguen Amazonas, Vaupés, Vichada, Guainía, Guaviare, Boyacá, Quindío, Casanare, Arauca y Caldas, quienes concentran el 5.5% de población víctima en sus territorios.

El Observatorio Nacional de Salud elaboró un Índice de Intensidad del Conflicto Armado (IIC) que permitió clasificar y ordenar los departamentos y municipios más afectados por la violencia a partir de un indicador compuesto por diferentes factores o dimensiones que configuraron las dinámicas del conflicto y sus efectos en la salud durante el periodo de 1985 y 2015. Así, información disponible sobre violencia sexual, desaparición forzada, víctimas de minas, daño a bienes civiles, acciones bélicas, desplazamiento, reclutamiento de menores, homicidio por conflicto armado, secuestros y masacres, fue sintetizada a través de procedimientos estadísticos para obtener el mencionado índice (INS, 2017).

Como resultado el informe reflejó la geografía del conflicto armado en Colombia, ubicando las zonas de mayor intensidad. Un puntaje de 100 representó el máximo nivel y lo obtuvo el municipio de Vista Hermosa Meta, seguido de tres municipios de Antioquia: Granada (99,41), San Luis (99,03) y San Carlos (97,91), Tibú en Norte de Santander también tuvo una intensidad alta con 95,31 puntos. Los municipios de menor intensidad estuvieron en los departamentos de Cundinamarca y Boyacá:



Sutatausa con un IIC (00,00), Ciénaga (2,25), Zipacón (2,49), Sáchica (2,69), y Viracachá y Lenguazaque (2,73) (INS, 2017)

### ***Movilidad por desplazamiento***

Conocer la intensidad del desplazamiento en relación con la población expulsada y receptora otorga elementos a las entidades territoriales para la planificación y mitigación de los impactos. La llegada de hogares desplazados al territorio establece importantes desafíos para garantizar la salud, educación, alimentación, saneamiento básico, empleo y demás servicios, de tal forma que se logre responder a sus necesidades básicas y se proyecte la adopción de medidas relacionadas con la asistencia y estabilización que demanda la garantía de sus derechos (UARIV, 2022).

Según el RUV, con corte a septiembre de 2019, los departamentos que muestran mayor impacto por expulsión de población desplazada, reflejado en un mayor índice de intensidad (número de individuos expulsados por un municipio/departamento sobre la población del municipio /departamento expulsor por cada mil habitantes), son Chocó con 6,2 personas expulsadas por cada mil habitantes del departamento, seguido de Nariño (4,1), Arauca (4,0) y Norte de Santander y Córdoba, ambos con un promedio de 3 expulsados por 1.000 habitantes. En contraste, los departamentos que tienen los menores índices de intensidad son Atlántico (0,018), Cundinamarca (0.008) y Bogotá (0,003) (UARIV, 2022).

Los Departamentos que alojan más población desplazada y que por tanto tienen un índice de presión mayor (número de individuos que llegan a un municipio/departamento sobre la población del municipio /departamento receptor por cada mil habitantes) son en orden descendente Sucre con 3,2 personas alojadas por cada mil habitantes del Departamento, seguido de Norte de Santander (2.1), Nariño (1.9) y Guainía, Arauca y Antioquia, con un promedio de 1,3 x 1.000 habitantes (UARIV, 2022).

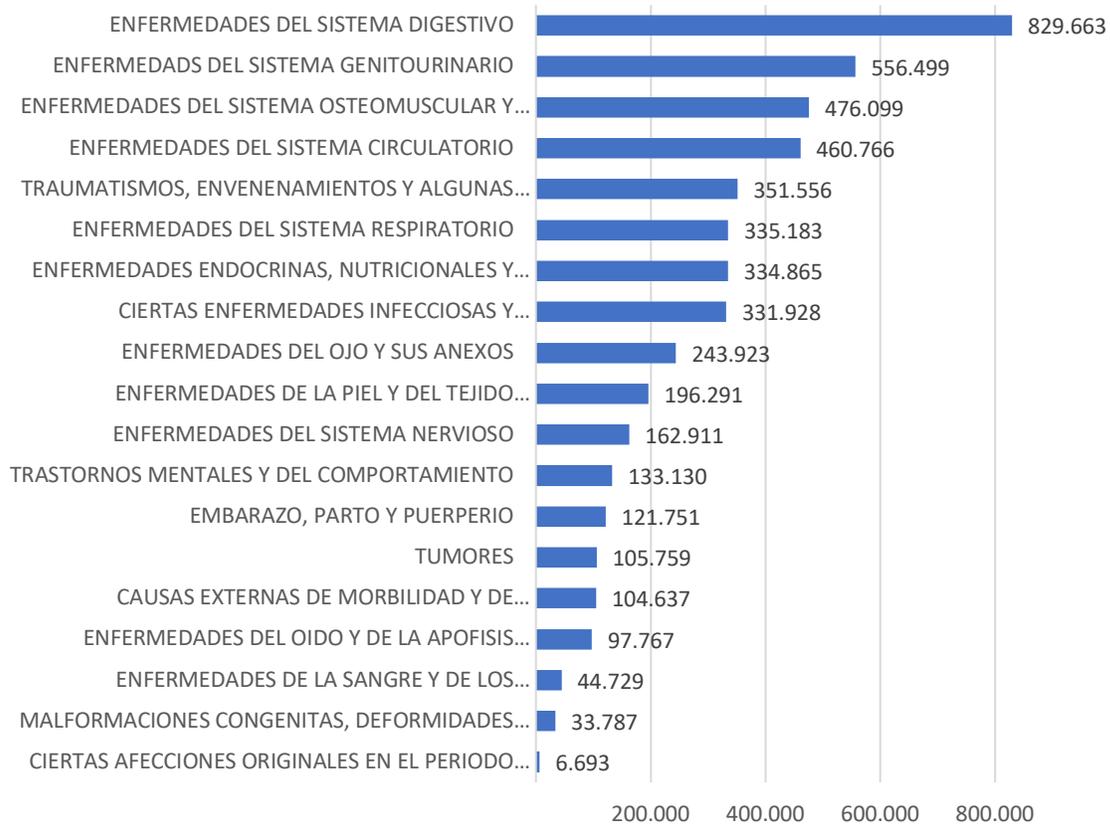
### ***Caracterización de las Condiciones de Vida y Salud de la Población Víctima del Conflicto Armado***



### **Morbilidad atendida**

Durante el año 2020, 3.732.110 personas víctimas accedieron a la prestación de servicios de salud. Se realizaron 44.894.821 intervenciones que se desagregan en consultas que representa el tipo de atención más utilizado junto con los procedimientos y en menores proporciones la atención de urgencias y las hospitalizaciones, para un promedio de 12 atenciones por cada persona VCA atendida (Figura 2) .

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



**Figura 2. Porcentaje de población VCA según grupo de diagnósticos CIE-10 en el año 2020**  
- Fuente: SISPRO. MSPS Cubo de víctimas a corte de junio de 2021

### **Discapacidad**

El registro de localización y caracterización de personas con discapacidad muestra que en Colombia 190.863 personas VCA declaran algún tipo de discapacidad. La población VCA en condición de discapacidad, se concentra principalmente en Antioquia, Valle del Cauca, Nariño y Cesar. En contraste, San Andrés, Providencia y Santa Catalina Guainía y Amazonas concentran la menor proporción de esta población (MSPS, 2021b).

Las alteraciones permanentes más frecuentes en la población víctima del conflicto armado con discapacidad son las alteraciones del movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas con un porcentaje del 38%, seguido de las alteraciones del sistema nervioso con un 24.6%. Las alteraciones de los ojos ocupa el tercer lugar con un 15.5% (MSPS, 2021b).

**Afiliación y acceso al sistema**

A corte de junio de 2021 el 95% (7.328.219) de la población VCA se encuentra afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), de ellos la mayoría pertenece al régimen subsidiado, un cuarto al régimen contributivo y un mínimo porcentaje a régimen especial (Tablas 2 y 3).

**Tabla 2.**

**Población VCA según afiliación al SGSSS, 2021 - Fuente: SISPRO. MSPS**  
**Cubo de víctimas a corte de junio de 2021**

Clasificación	Total población	Proporción
Personas vivas plenamente identificadas	7.709.347	100%
Personas no afiliadas	381.125	5%
Personas afiliadas	7.328.219	95%

Fuente: MSPS - SISPRO, Base de datos BDUA-BDEX fecha de corte 30/06/2021, Base de datos RUV fecha de corte 01/07/2021

**Tabla 3.**

**Población VCA según régimen de afiliación al SGSSS, 2021 - Fuente: SISPRO. MSPS**  
**Cubo de víctimas a corte de junio de 2021**

Clasificación	Total población asegurada	Proporción población asegurada
Personas afiliadas Régimen Especial	190.839	3%
Personas afiliadas Régimen Contributivo	1.972.605	27%
Personas afiliadas Régimen Subsidiado	5.164.775	70%

Fuente: MSPS - SISPRO, Base de datos BDUA-BDEX fecha de corte 30/06/2021, Base de datos RUV fecha de corte julio 2021

El 5% de la población aún registra sin afiliación a pesar de los esfuerzos del Ministerio de Salud y Protección Social y de las entidades territoriales para alcanzar el 100% de cobertura (MSPS, 2020a). En este sentido en el año 2015, bajo el reconocimiento de esta población como sujeto de especial protección, con derecho prioritario al subsidio y a la afiliación, se implementó una estrategia con el objetivo de promover y gestionar con las EPS la afiliación de las personas



víctimas del conflicto que no estaban afiliadas a SGSSS, a los regímenes subsidiado o contributivo, según correspondiera (MSPS, 2015).

### **Resultados de la evaluación del Programa PAPSIVI – Componente de Atención Psicosocial**

Durante la vigencia 2013 - 2020, fueron atendidas 626.594 personas víctimas del conflicto armado en el componente psicosocial del PAPSIVI. Casi la mitad (49.2%) de las personas atendidas reside en los departamentos de Antioquia, Valle del Cauca, Bolívar, Nariño, Córdoba y Cauca (MSPS, 2020b).

Con corte a 2018, el 44 % de las personas VCA fueron atendidas en la modalidad familiar, 28.6 % en la modalidad individual y 27.3 % en la modalidad comunitaria, cabe resaltar que una persona puede ser atendida en más de una modalidad. El 14.8% se identifica al interior de SISPRO como población con pertenencia étnica y el promedio anual de atenciones por grupo étnico fue el siguiente: afrocolombiana (8.848); indígena (3.883); Pueblo Rom (268); palenqueros (129) y raizales (91). (MSPS, 2020b)

En perspectiva cualitativa la evaluación del programa PAPSIVI, en el componente cualitativo mostró que, “las víctimas atendidas valoraron positivamente el acompañamiento en la recuperación mental y emocional, por la generación de confianza, de vínculos y por la generación de motivación para búsqueda de la unión familiar. Así mismo refirieron encontrar espacios de acompañamiento y convivencia con otras personas, superación de miedos y superación personal, así como la motivación para participar como líder comunitario y en temas políticos con el propósito de apoyar otras personas y expresar sus ideas” (MSPS, 2020b)

### ***Elementos estratégicos***

Los mecanismos de participación social para la construcción de la política pública con la población víctima del conflicto armado en el marco del Plan Decenal de



Salud Pública, se fundamentan en el principio de dignidad, establecido por la ley 1448 de 2011, que establece que las víctimas serán tratadas con consideración y respeto, participarán en las decisiones que las afecten, para lo cual contarán con información, asesoría y acompañamiento necesario y obtendrán la tutela efectiva de sus derechos en virtud del mandato constitucional, deber positivo y principio de la dignidad. Es así como a través de los espacios de participación social de las víctimas del conflicto armado se consolidó el capítulo de población víctima del conflicto armado, que fue adoptado mediante la modificación del artículo 1 de la Resolución 1841 de 2013 que estableció que el Plan Decenal de Salud Pública-PDSP 2012-2021 con el enunciado del parágrafo del artículo 1° de la resolución 2405 del 31 de diciembre de 2021:

*Parágrafo. Los capítulos indígena para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia y el diferencial para la población víctima del conflicto armado, adoptados mediante este acto, constituirán un insumo fundamental para la formulación del siguiente Plan Decenal que, de implicar ajustes y complementariedades, serán construidas en el marco de los espacios participativos de las comunidades indígenas a través de las organizaciones y sus representantes, en especial la Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación con los pueblos y organizaciones indígenas, y de la población víctima de conflicto armado, respectivamente.*

A continuación se relacionan las estrategias del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 para la población VCA bajo los principios de la ley 1448 de 2011 y la ley 1751 de 2015, identificadas a partir del proceso de consulta previa para el capítulo PDSP 2012-2021, de la Dirección de Epidemiología y Demografía – MSPS que culminó con la resolución 2405 de diciembre del 2021 y deben orientar el PDSP 2022-2031 en armonía con algunos de sus ejes estratégicos:



**Eje Estratégico Gobierno y Gobernanza de la Salud Pública.** Se enmarca en este eje el desarrollo de las estrategias de participación de la población VCA en armonía con el elemento orientador de *Desarrollo de la Gestión Democrática y Colaborativa de la Salud Pública en Territorio* mediante la Participación Social y Ciudadana en la Gobernanza de la Salud Pública.

- **Garantía de participación de la población víctima del conflicto armado en los procesos de planeación territorial en salud**

**Estrategia 1.1.** Planeación territorial en salud inscrita en el marco referencial de la resolución 2405 de 2021 según la pertinencia, necesidades y realidades particulares de cada entidad territorial en el marco de la participación y concertación con la población víctima del conflicto armado.

**Estrategia 1.2.** Fortalecimiento de la incidencia y participación de personas víctimas del conflicto armado en las políticas de discapacidad

**Estrategia 1.3.** Fortalecimiento de la incidencia y participación de personas mayores víctimas del conflicto armado en la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022- 2031

**Estrategia 1.4.** Implementación del artículo 204 de la ley 1098 de 2006 para la inclusión de la niños, niñas y adolescentes víctimas del conflicto armado en los planes territoriales de salud y desarrollo con los debidos enfoques diferencial y de acciones afirmativas.

**Eje estratégico Gestión intersectorial de los determinantes sociales de la salud.** El desarrollo de las estrategias de gestión intersectorial para la población VCA se armonizan en este eje con el elemento orientador de *Establecimiento de un Marco para la Planificación y Gestión de la Acción Intersectorial*.



- ***Gestión sectorial e intersectorial para la atención en salud y reparación integral de las víctimas del conflicto armado***

**Estrategia 2.1.** Gestión sectorial e intersectorial para la atención en salud y reparación integral de las víctimas de violencia sexual en el marco del conflicto armado.

**Estrategia 2.2.** Coordinación de acciones intersectoriales para la atención integral de la población víctima del conflicto armado

**Estrategia 2.3.** Articulación y acción intersectorial para la población víctima del conflicto armado con discapacidad

**Estrategia 2.4.** Articulación e intersectorialidad para la protección de las personas mayores víctimas del conflicto armado.

**Eje estratégico: Gestión Integral de la Atención Primaria en Salud.** Las estrategias de esta categoría se deben desarrollar en armonía con el elemento orientador de *Promoción y Protección del Cuidado Integral de la Salud con Enfoque Diferencial*.

- ***Atención integral en salud con enfoque diferencial y preferencial para la población víctima del conflicto armado***

**Estrategia 3.1.** Atención integral en salud y psicosocial para la población víctima del conflicto armado con enfoque de curso de vida.

**Estrategia 3.2.** Atención integral en salud y psicosocial para la población víctima del conflicto armado con discapacidad

**Estrategia 3.3.** Fortalecimiento del enfoque diferencial de la atención integral a las personas adultas mayores víctimas del conflicto armado



**Estrategia 3.4.** Desarrollo de programas diferenciales con perspectiva de género, ruralidad y víctimas en el exterior.

**Estrategia 3.5.** Consolidación y fortalecimiento de la implementación del componente étnico en el PAPSIVI

**Eje Estratégico Gestión del Conocimiento para la Salud Pública.** Los elementos orientadores de este eje para fundamentar el desarrollo de las estrategias en esta categoría son el *Establecimiento de un Marco de Articulación para la Gestión del Conocimiento* con la estrategia de Fomento de la participación social para la gestión del conocimiento y el de *Generación de Conocimiento* mediante la estrategia de Consolidación de espacios para la construcción colectiva de saberes.

- ***Gestión del conocimiento en salud pública con enfoque diferencial para la población víctima del conflicto armado.***

**Estrategia 4.1.** Gestión de conocimiento específico y diferencial sobre las condiciones de salud de los niños, niñas y adolescentes víctimas del conflicto armado

**Estrategia 4.2.** Gestión de conocimiento sobre la situación de vulneración de los derechos afectaciones a la salud (física y mental) bajo un enfoque de género

**Estrategia 4.3.** Gestión de información y conocimiento sobre vejez y envejecimiento

**Eje Estratégico Gestión y Desarrollo del Talento Humano en Salud Pública.** Para el fortalecimiento del talento humano para la población VCA este eje dispone el elemento orientador de *Fortalecimiento de las capacidades del talento humano en salud.*

- ***Gestión del talento humano en salud con enfoque psicosocial y diferencial para población VCA***



**Estrategia 5.1.** Fortalecimiento del talento humano mediante la aplicación de los Lineamientos para el Talento Humano que orienta y atiende a las Víctimas del Conflicto Armado (Resolución 1166 de 2018)

**Estrategia 5.2.** Fortalecimiento del talento humano para la atención en salud y psicosocial con enfoque de género

***Elementos Operativos para Tener en Cuenta en la Planeación Territorial en Salud con Adecuación Diferencial para la Población Víctima de Conflicto Armado***

Le corresponde a las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales, en cumplimiento de las competencias asignadas en materia social y de las responsabilidades derivadas de la normatividad expedida para la garantía de los derechos de la población VCA, la incorporación de este capítulo diferencial en sus Planes Territoriales de Salud -PTS- en armonía con lo establecido en la Resolución 2405 de 2021, para su ejecución con la participación de los diferentes actores implicados en las respuestas que buscan el mejoramiento de la calidad de vida y bienestar de esta población.

Bajo este escenario, las respuestas en salud parten de diagnósticos situacionales que se traducen en la incorporación de acciones con abordaje individual, familiar y comunitario dirigidas a la población VCA de acuerdo con la realidad de cada territorio. Esto exige la coordinación y articulación con mecanismos de planeación existentes y estrategias o iniciativas que provienen de distintos ámbitos institucionales para atender y reparar a las personas afectadas por el conflicto armado. Como referente fundamental de este proceso, se deben tener en cuenta los Planes de Acción Territorial como el principal instrumento para operativizar las medidas de prevención, protección, asistencia, atención y reparación integral de las víctimas, según lo previsto en la Ley 1448 de 2011 y según el reconocimiento que los propios representantes de las víctimas le han otorgado.



Frente a los procesos de participación y concertación, de conformidad con el marco normativo, la metodología de trabajo se desarrolla bajo el proceso de construcción conjunta, el cual se refiere al reconocimiento de los puntos de vista desde la perspectiva de la población VCA en relación con el SGSSS, y el consenso frente a su estado actual, sus causas y factores de riesgo, para así llegar a los acuerdos que permitan optimizar los mecanismos y estrategias para una salud integral, acorde con las necesidades de la población VCA. A continuación, se presenta los aspectos básicos para tener en cuenta en el momento de la planeación territorial en salud con adecuación diferencial:

***Primer Proceso, Alistamiento institucional:*** Se debe contar con la presencia y tener interlocución con los representantes de la población VCA en el territorio y fomentar las condiciones institucionales para la incorporación de insumos de planeación y metodológicos específicos para esta población.

***Segundo proceso, Ruta Lógica para la Formulación de Planes Territoriales de Salud.*** Se deben surtir los momentos que permiten identificar, comprender y responder con enfoque diferencial a las situaciones de la población VCA existentes en el territorio, contando con la participación de sus representantes. Implica identificar, explicar y comprender las situaciones específicas de esta población para plantear la respuesta según las particularidades y los derechos inherentes.

Como parte de este proceso, los ASIS con enfoque de determinantes sociales de la salud y caracterización de la población VCA se integran a los lineamientos y metodologías dispuestas por el Ministerio de Salud y Protección Social que determinen un abordaje diferencial para la población VCA y adicional, se promueve la gestión de información y conocimiento sobre las condiciones de vida y salud de esta población; de tal forma que se logre definir o adaptar, a partir de la evidencia y comprensión de las dinámicas de salud-enfermedad y de sus



determinantes sociales de las personas VCA en los territorios, respuestas o rutas específicas de atención para avanzar en la garantía del derecho a la salud de esta población.

Como insumo fundamental para este proceso se cuenta con el Comunicado Conjunto No. 4 del Ministerio de Salud y Protección Social y la UARIV vigente a partir del 14 de septiembre del año 2018, el cual provee instrucciones a los actores del SGSSS para cruzar sus bases de datos con el RUV y así lograr identificar plenamente a las personas víctimas que viven en sus territorios. Como resultado se podrá hacer una caracterización real de la situación de salud de esta población y así fortalecer los ASIS y los procesos de planificación territorial con enfoque diferencial.

Otro insumo fundamental en este proceso corresponde al diagnóstico y a los elementos orientadores y estrategias propuestos en este capítulo, los cuales deben ser revisados y analizados a la luz de la realidad y necesidades de cada territorio, para definir su adaptación e incorporación en los próximos PTS, a partir de los procesos participativos y de concertación de conformidad con los acuerdos que se definan en el marco de la ruta de armonización que se describe más adelante.

**Tercer Proceso, Gestión Operativa:** Está integrado por dos pasos: 1) Elaboración del Componente Operativo Anual de Inversiones en Salud (COAI) y 2) Elaboración del Plan de Acción en Salud (PAS), en los cuales se deben garantizar recursos del sector y de otros sectores, con responsabilidades asociadas a los objetivos y metas proyectadas para la población VCA del territorio, de conformidad con los acuerdos y orientaciones que establecerá el PDSP en su implementación.

Es fundamental que los objetivos, metas, programas y subprogramas que se hayan definido para las poblaciones de víctimas, estén debidamente



armonizadas con lo determinado en otros instrumentos de planeación existentes y normados para responder a la garantía del goce efectivo de derechos de las VCA. Igualmente, como parte del proceso para la materialización de lo definido, se debe involucrar estos aspectos en los proyectos inscritos o a inscribir en el Banco de Proyectos de Inversión.

Es así como el marco estratégico, descrito en la resolución 2405 de 2021, dispone de los aspectos fundamentales de la planeación en salud como son el análisis de la situación de salud desde las necesidades y condición de la población VCA, la priorización en salud pública, la elaboración del componente estratégico y de inversión plurianual del PTS, tales aspectos se constituyen en elementos estructurales para el proceso de planeación integral en salud.

Las líneas estratégicas planteadas en el capítulo 5 del anexo técnico de la mencionada resolución, son insumos para la progresividad y continuidad en la definición del marco estratégico orientador del PDSP 2022 – 2031. Lo anterior de acuerdo con lo establecido en el párrafo del artículo 1 de las citadas resoluciones, le da soporte jurídico al proceso de continuidad el cual se describe de la siguiente manera:

*Parágrafo. El Capítulo Diferencial para la Población Víctima de Conflicto Armado adoptado mediante este acto, constituirá un insumo fundamental para la formulación del siguiente Plan Decenal que, de implicar ajustes y complementariedades serán construidas en el marco de los espacios participativos de la Población Víctima de Conflicto Armado”*

En consideración del citado párrafo, se acuerda el paso a paso del proceso de armonización con la estructura del marco estratégico del PDSP 2022 – 2031, los contenidos fundamentales de las resoluciones 2405 de 2021, para la incorporación de las directrices del marco estratégico en el proceso de planeación territorial en



población VCA, las cuales serán materializados mediante el desarrollo de la ruta de armonización desarrollada con la población VCA a través de sus espacios legítimos.

## Referencias

- Comisión de la Verdad. (2022a). *Impacto Psicosocial*. Comisión de la Verdad.
- Comisión de la Verdad. (2022b). *Enfoque de acción sin daño*. Glosario.  
<https://comisiondelaverdad.co/transparencia/informacion-de-interes/glosario/enfoque-de-accion-sin-dano>
- Congreso de Colombia. (2011). *Ley 1448 para la Reparación Integral de Víctimas del Conflicto Armado*.
- DANE. (2019). *Censo Nacional de Población y Vivienda 2018* (p. 78).  
[https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwj8nfaf74z2AhW5TTABHQH4BpEQFnoECBsQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.sica.int%2Fdownload%2F%3FPRES\\_120257\\_1\\_23082019.pdf&usq=A0vVaw0667T64U0\\_\\_wWFKFbhIOCO](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwj8nfaf74z2AhW5TTABHQH4BpEQFnoECBsQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.sica.int%2Fdownload%2F%3FPRES_120257_1_23082019.pdf&usq=A0vVaw0667T64U0__wWFKFbhIOCO)
- Grupo de Memoria Histórica. (2013). *¡BASTA YA! Colombia: Memorias de guerra y dignidad*. Imprenta Nacional.
- INS. (2017). *Consecuencias del conflicto armado en la salud en Colombia*. Observatorio Nacional de Salud.
- MSPS. (2015). *Estrategia para la afiliación prioritaria y sistemática de personas en condición de víctimas*. Dirección de regulación de la operación del aseguramiento en salud, riesgos laborales y pensiones.  
<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiljLms3qP3AhVcSDABHWv9CzAQFnoECBIQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.minsalud.gov.co%2Fsites%2Frid%2FLists%2FBibliotecaDigital%2FRIDE%2FVP%2FDOA%2FRL%2Festrategia-para-la-afiliacion-prioritar>
- MSPS. (2017a). *Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del conflicto armado* (Oficina de Promoción Social (ed.)). Oficina de Promoción Social.
- MSPS. (2017b). *Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas -*



- Papsivi. Documento Marco* (MINSALUD (ed.)). MINSALUD.
- MSPS. (2017c). *Estrategia de atención psicosocial en el marco del PAPSIVI* (Oficina de Promoción Social (ed.)).
- MSPS. (2020a). *Boletines Poblacionales: Población Víctima del Conflicto Armado*. Oficina de Promoción Social.
- MSPS. (2020b). *Evaluación Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI Informe Final*. Oficina de Promoción Social,.
- MSPS. (2021a). *Lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud* (p. 106). Ministerio de Salud y Protección Social.
- MSPS. (2021b). *SISPRO. MSPS Cubo de víctimas a corte de junio de 2021* (p. 1).
- MSPS. (2021c). *Resolución 2405 de 2021. Por la cual se modifica la Resolución 1841 de 2013, en el sentido de adoptar el capítulo diferencial para la población víctima del conflicto armado en Colombia, como parte del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP 2012 – 2031*. Bogotá D.C.; 2021.
- Rebolledo, O., & Rondón, L. (2010). Reflexiones y aproximaciones al trabajo psicosocial con víctimas individuales y colectivas en el marco del proceso de reparación. *Rev.Estud.Soc.*, 36(1), 40–50.
- RUV. (2022). *Hechos Victimizantes*. UARIV - RNI.  
<https://www.unidadvictimas.gov.co/es/registro-unico-de-victimas-ruv/37394>
- UARIV. (2022). *Reporte del registro único de víctimas*.  
<https://www.unidadvictimas.gov.co/es/registro-unico-de-victimas-ruv/37394>



# Capítulo 10. Acciones Diferenciales para la Población Habitante de Calle, Población con Discapacidad, Población Campesina, Población Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgénero E Intersexuales (Lgbti) y Población Migrante en el PDSP 2022-2031

## Introducción

El PDSP 2022-2031 propone seguir avanzando en la comprensión y aplicación de los diversos enfoques diferenciales; y lo que implica la comprensión y aplicación de la interseccionalidad, además del enfoque étnico y de población víctima del conflicto armado, ya enunciados en los anteriores capítulos.

En este sentido, este capítulo acoge los diferenciales de población habitante de calle, población con discapacidad, población campesina, población LGBTI y población migrante. Presenta para cada uno de ellos orientaciones conceptuales, desarrollos normativos y jurisprudenciales que se recogen en el anexo 4 que forma parte integral del capítulo, además de un diagnóstico de situación en aspectos demográficos y de información de acceso a los servicios de salud y afectaciones de salud. Finalmente propone las acciones afirmativas para desarrollar los enfoques, ordenadas a la luz de los ejes estratégicos, elementos operadores y estrategias, propuestos en el marco estratégico general del Plan, que deben ser incorporados en la planeación territorial para su implementación.

## Población Habitantes de la Calle

### *Conceptos*

La Ley 1641 de 2013 define a las personas habitantes de la calle como toda “Persona sin distinción de sexo, raza o edad, que hace de la calle su lugar de habitación, ya sea de forma permanente o transitoria” (artículo 2) (Congreso de



Colombia, 2021). Esta Ley, establece las orientaciones para formular la Política Pública para habitantes de la Calle, y señala que se debe prevenir que las personas lleguen a una situación de calle.

Los y las habitantes de la calle hacen parte de un fenómeno urbano que tiene varias causas, *la Habitanza en calle*, el cual se reconoce en América Latina como Situación de calle, y a nivel mundial como Sinhogarismo o Homelessness. En Colombia la población está delimitada con relación a una situación que puede cambiar en cualquier momento, y a eso se refiere la Ley 1641 cuando señala que puede ser de carácter permanente o transitoria, y por eso se puede pasar de estar en calle a habitar la calle, o viceversa.

Las poblaciones que constituyen el fenómeno de habitanza en calle pueden identificarse así:

- a) Personas DE la calle: son las personas que habitan la calle de forma permanente o transitoria y en ese habitar desarrollan todas las dimensiones de su vida en el espacio público.
- b) Personas EN calle: aquellas que hacen de la calle el escenario para su supervivencia, pero, cuentan con un espacio privado diferente de la calle donde residen, sea la casa de su familia, la habitación de una residencia o un hotel (Correa, M, 2007).
- c) Personas EN RIESGO de habitar la calle: aquellas cuyo contexto se caracteriza por la presencia de factores predisponentes para la vida en calle que son los estructurales, es decir, aquellos que determinan desigualdades para el ejercicio de derechos sociales, económicos, políticos y culturales que generan condiciones individuales y sociales de riesgo para la habitanza en calle. Así como reproducción de dinámicas sociales y económicas que perpetúan la desigualdad y precipitantes de la vida en calle, que son los coyunturales que se relacionan con aspectos contextuales y biográficos que agudizan el riesgo, tales como la desafiliación social (Castel, R, 1997), los trastornos de salud, haber vivido situación de calle previamente, y el abandono escolar, entre otros. Los



factores precipitantes unidos a los predisponentes incrementan exponencialmente el riesgo de habitar la calle (MSPS, 2015).

Las poblaciones descritas en los numerales a) y b), se reúnen en el grupo población en situación de calle a nivel internacional (Nieto & Koller, 2015), y se debe señalar que no existen unos límites claros entre ambas situaciones puesto que se puede transitar permanentemente entre una y otra.

- d) Niños, niñas y adolescentes con alta permanencia en calle: se refiere a niños, niñas y adolescentes que permanecen en las calles durante gran parte del día, pero que en la noche regresan a alguna forma de familia y de hogar.
- e) Niños, niñas y adolescentes con situación de vida en calle: Niños, niñas y adolescentes que habitan permanentemente en la calle, sin ninguna red familiar de apoyo.

Como se mencionó previamente existen dos tipos de factores (Glen y Fitzpatrick, 2018) que inciden en que las personas lleguen a situación de calle, por un lado, están los predisponentes que son aquellos que generan desigualdad estructural que ocasiona exclusión por situaciones y dinámicas mundiales, regionales y nacionales, las cuales afectan la garantía y ejercicio de derechos, y además la reproducción de las dinámicas sociales y económicas que mantiene e incrementa la desigualdad, entre ellos se encuentran el mercado de vivienda (Batterham, 2020), el mercado de trabajo, la pobreza, el género (Batterham, 2017), la pertenencia étnica, entre otros. Por otra parte, están los factores precipitantes relacionados con la trayectoria de vida de la persona, con su biografía (Mcnaughton, 2009), los que incrementan riesgos sociales y de salud que inciden para llegar a la calle (Matulic, 2013). Entre ellos se encuentran la pérdida de vivienda, el abandono escolar, el desempleo, los trastornos mentales y por consumo de sustancias psicoactivas, la discapacidad, el egreso de instituciones sin redes (MIDES, 2020), la falta de documento de identidad (nacionales y extranjeros), el embarazo adolescente (Fitzpatrick, 2017), entre otros.



La combinación de los dos tipos de factores conduce a la desafiliación social (Castel, 1997) que se caracteriza por la ruptura o fragilidad de los lazos sociales, y la exclusión de las redes de intercambio social, afectivo, político, económico, cultural, y en general todo aquel intercambio que genera apoyo y bienestar.

### ***Diagnóstico de la Población Habitante de Calle.***

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

Entendiendo que las encuestas aplicadas se realizaron en distintos momentos temporales, los resultados obtenidos en cada uno de ellos deben ser analizados de forma independiente y con respecto al territorio y momento en el que fueron aplicados. En este sentido, las tasas de prevalencia son calculadas con respecto a la población proyectada por el DANE con base en el Censo Nacional de Población y Vivienda de 2018 para el año de aplicación del Censo de habitantes de la calle, en los municipios en los que fue implementado.

De esta forma, como se muestra en la tabla 1, la mayor concentración de población habitante de la calle se presenta en la región pacífico en el año 2019 principalmente en los departamentos de Valle del Cauca, Caldas y Santander con una tasa de 21,2, 14,4 y 11,8 habitantes de calle por cada 10.000 habitantes respectivamente. Adicionalmente, se puede observar que el mayor número de personas habitantes de calle y la segunda mayor tasa por cada 10.000 habitantes se da en el censo de 2017 en la región andina, implementando únicamente en Bogotá.

### **Tabla 1.**



## Población Habitante de Calle en Colombia. Tasa por 10.000 habitantes según región censada

Año Censo	Región	Población Habitante de Calle	Población total año y territorio censado	Tasa por diez mil habitantes
2017	Región Andina	9.538	7.337.449	13,0
2019	Región Andina	6.383	5.650.624	7,0
	Región Caribe	2.120	2.131.544	5,3
	Región Pacífico	4.749	2.241.491	21,2
2020	Región Andina	3.326	8.384.335	3,4
	Región Caribe	462	2.512.794	1,9
	Región de la Amazonía	314	489.768	3,5
	Región de la Orinoquía	33	222.513	3,2
	Región Pacífico	908	2.330.617	3,7
2021	Región Andina	3.904	3.881.819	3,8
	Región Caribe	1.792	3.550.220	3,2
	Región de la Amazonía	37	68.411	4,6
	Región de la Orinoquía	213	278.498	7,0
	Región Pacífico	302	758.417	3,2

**Fuente:** Cálculos Oficina de Promoción Social con base en datos de Censos de habitante de calle 2017, 2019, 2020 y 2021 y Proyecciones de población municipal para el periodo 2018-2035 con base en el CNPV 2018 del DANE.

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

- La mayoría de personas habitantes de la calle son hombres (87,7%), frente a un porcentaje de 12.3% de mujeres. La mayor parte de hombres y mujeres se ubican en el grupo etario de los 35 a 39 años, le siguen los que se encuentran entre los 30 a 34 años, los de los 25 a 29 años y los que se encuentran entre los 40 y 44 años, es decir que la mayoría se encuentra en edad plenamente productiva.



- Los niños, niñas y adolescentes, incluyendo el rango de edad de 19 años, representan cerca del 2,7 % de la población censada. El mayor número de personas dentro de este grupo etario se encuentra entre los 15 y 19 años.
- El mayor número de personas cuenta con educación básica secundaria incompleta, seguido por básica primaria incompleta, y básica primaria completa en la mayoría de municipios censados. En Bogotá el mayor porcentaje de personas cuenta con educación básica secundaria completa, seguido por básica primaria completa y media académica o técnica incompleta, lo cual difiere del resto del país.
- El 8,9% de la población habitante de la calle pertenece a un grupo étnico, de este porcentaje, el 87% se identificaron como negros, mulatos y afro, le sigue la población indígena con un 10%, y la población palenquera, raizal y gitana con el 1%.
- La mayoría de las personas lleva entre uno y cuatro años de estar en situación de calle.

***Características del acceso a los servicios de salud y afectaciones de salud de la población habitante de la calle.*** La información relacionada a continuación forma parte integral de los Lineamiento para la atención integral en salud de la población en situación de calle, elaborados por la oficina de promoción social del MSPS (2021a). El Ministerio de Salud y Protección Social -MSPS realizó un acercamiento sobre acceso a servicios de salud y principales afectaciones en salud de la población habitante de la calle, está basado en estudios epidemiológicos, de salud pública y etnográficos, así como en datos sobre atención en salud recolectados en Bogotá, Cali, Medellín, Barranquilla y Bucaramanga en el año 2016, puesto que la variable de habitante de calle se estableció en el sistema de información para régimen subsidiado en 2012 y los territorios comenzaron a realizar el reporte y la depuración de la información con posterioridad. No existe información de carácter nacional; la información disponible corresponde a estudios locales y, en contadas excepciones, comparativos para ciertas enfermedades (MSPS, 2016).



El MSPS realizó en el año 2016 un diagnóstico sobre el acceso a los servicios de salud de la población habitante de la calle, que partió de: i) una sala situacional en salud de la población habitante de la calle con la información obtenida del cruce de las bases de datos disponibles en el MSPS, en el marco del SISPRO, a partir de reportes enviados por diez (10) de las treinta y dos (32) ciudades capitales; ii) las principales afectaciones en salud de la población habitante de la calle, de acuerdo con los estudios que se han realizado en Colombia sobre enfermedades características y/o prevalentes en esta población, que se encuentran disponibles para consulta; iii) la descripción de cómo se está dando la atención en salud para las personas habitantes de la calle, las rutas existentes para ello y las fortalezas y debilidades identificadas en cinco ciudades de Colombia: Cali, Medellín, Bogotá, Bucaramanga y Barranquilla, y finalizó con iv) las conclusiones y recomendaciones de acuerdo con los resultados obtenidos. A continuación, se presentan los hallazgos más relevantes al respecto.

### **Dificultades y barreras de acceso para la atención integral en salud**

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

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



**Diferencias entre la formalidad del SGSSS y el estilo de vida de las personas habitantes de la calle.** El estilo de vida informal, con normas escasas y diferentes y con la inmediatez que busca el habitante de la calle para ser atendido, entran en contradicción con el diseño del funcionamiento de los servicios de salud y del sistema (MSPS-UNFPA, 2012).

**Modalidad en la prestación de los servicios.** El que la modalidad de prestación de los servicios sea principalmente residencial y no ambulatoria y que buena parte de los servicios de salud se encuentren concentrados en instituciones distantes al lugar donde viven o permanecen los habitantes de la calle dificulta la atención.

**Ausencia de enfoque diferencial e interseccional en los programas y rutas de atención.** No contar con programas de promoción de la salud y de prevención que tengan en cuenta las particularidades de esta población, o no disponer de mecanismos para que los programas lleguen a ellos con temáticas y lenguajes acordes a su realidad y necesidades para lograr su sensibilización respecto al autocuidado en entornos poco saludables, manejo de riesgos, nutrición y prevención de enfermedades transmisibles, se constituye en una barrera que además ocasiona que los diagnósticos sean tardíos y no accedan de manera oportuna a tratamiento. La misma situación se presenta en la adecuación de las Rutas Integrales de Atención en Salud a cargo de las EAPB.

**Escasa oferta en servicios de atención en salud mental.** De acuerdo con lo reportado por profesionales de salud mental y/o servicios de urgencias de las cinco ciudades sobre las cuales el MSPS realizó el diagnóstico, la atención en salud mental se complejiza, puesto que se requieren valoraciones especializadas de manera inicial, las cuales no están fácilmente disponibles en la atención primaria en salud. Además, falta oferta de operadores que puedan ser contratados por las EAPB, conocedores de la población y especializados en el manejo de esta temática, o al menos dispuestos a atender con enfoque interseccional a esta población para disminuir, o eliminar, barreras de acceso.



**Atención post-tratamiento.** La carencia de servicios post-hospitalarios, no sanitarios (oferta social), que permita el cuidado de las personas cuando egresan de una internación clínica u hospitalaria, genera frecuentes reingresos, ya que no tienen vivienda para la atención domiciliaria, ni redes de apoyo, lo que genera mayor presión en el sistema de salud, por recurrencia en la atención (activación de la puerta giratoria).

**Actitudes del personal de salud.** La percepción, muchas veces negativa o estigmatizadora que tienen las personas que trabajan en las ESE y demás IPS frente a esta población, hace que se niegue la atención aun cuando la persona esté afiliada (Tirado A y Correa M, 2009); (MSPS, 2007).

**Prejuicios y falta de conocimiento del personal sanitario sobre la población.** El hecho de que el personal de salud no esté familiarizado con esta población, hace que sienta rechazo hacia ella por sus hábitos de higiene y tenga dificultades para la interacción, reforzando los imaginarios negativos de las personas habitantes de la calle sobre el sistema de salud (Tirado, A y Correa, M, 2009).

**Estigma y discriminación.** La forma en la que viven las personas habitantes de la calle, caracterizada por una escasa noción de autocuidado, conlleva a constante discriminación por sus pares y por el resto de la comunidad (MSPS, 2007).

**Imaginarios de la población habitante de la calle sobre salud y autocuidado.** Lo que significa estar enfermo para las personas habitantes de la calle parte de diversas creencias, y consideran que esto se puede determinar con base en la apariencia (Correa et al, 2012); (MSPS-UNFPA, 2012), es decir que muchos consideran que hay motivos para preocuparse por su salud, solamente cuando hay evidencias visibles derivadas de una enfermedad. Esto incide negativamente en su salud, puesto que no favorece la protección frente al riesgo de



adquirir, o transmitir infecciones, o permitir que estas se diagnostiquen oportunamente.

***Temor de la población habitante de la calle a sentirse enfermo.*** Según lo reportado por las personas que trabajan con habitantes de la calle en las cinco ciudades participantes en el diagnóstico, algunas creencias de la población habitante de la calle dificultan el acceso a los servicios de salud. Por ejemplo, el miedo a sentirse enfermos les hace sentir rechazo hacia la atención sanitaria – porque es muy probable que corroboren ese miedo-, así como el miedo a la atención intramural y la suspensión del consumo de sustancias psicoactivas–SPA.

***Prejuicios del habitante de la calle sobre los servicios de salud.*** El desconocimiento o el prejuicio que tiene la población sobre el ingreso a los servicios de salud, es una barrera aún más compleja, puesto que evitan ser atendidos de manera recurrente debido a que relacionan la atención con la internación.

***Falta de información sobre servicios de salud.*** Muchas de las personas habitantes de la calle desconocen la gratuidad de los servicios de salud para ellos por su afiliación mediante listado censal en el régimen subsidiado, así como los lugares de atención.

***El temor a ser judicializado.*** Por diversas circunstancias, hay temor a ser objeto de alguna medida represiva o, eventualmente, a ser capturado, de acuerdo con lo reportado por las personas que trabajan con habitantes de la calle en las cinco ciudades que participaron en el diagnóstico, y esto hace que la población postergue al máximo la búsqueda de la atención.

***Enfermedades y su prevalencia en población habitante de la calle.*** Las afectaciones en salud de la población habitante de la calle que han sido documentadas con mayor frecuencia son el VIH/sida (MSPS-UNFPA, 2012), (CIDEMOS, 2014), la Tuberculosis -TB (Correa et al, 2012), las Infecciones de



Transmisión Sexual -ITS (MSPS-UNFPA, 2012), los trastornos en la Salud Mental y trastornos por consumo de sustancias psicoactivas (Carrillo et al, 2015). No obstante, se han identificado otras que revisten importancia como las afecciones de la piel, las enfermedades gastrointestinales, la desnutrición, los problemas de salud oral y las hepatitis virales.

La prevalencia del VIH entre la población, así como las ITS, son motivos de preocupación (MSPS-UNFPA, 2012). Una proporción de mujeres habitantes de la calle intercambian relaciones sexuales por dinero o drogas, con otros habitantes de calle y con la población general, lo que posibilita que epidemias concentradas (por ejemplo, tasas elevadas de VIH en Habitante de Calle) pasen a población general. Un alto número de mujeres habitantes de la calle son víctimas de violencia sexual en sus “parches”. Esto, acompañado del poco conocimiento sobre la transmisión de infecciones, así como las creencias presentes en el grupo por las cuales son las mujeres las que deben cuidarse (MSPS-UNFPA,2012), incrementan exponencialmente el riesgo de infección en esta población.

El consumo problemático de sustancias psicoactivas incide en todas las enfermedades estudiadas y reduce la posibilidad de autocuidado (Carrillo, M et al, 2015).

El acceso a servicios de tratamiento de las principales afecciones de salud también presenta barreras. Por ejemplo, existe una diferencia entre el tratamiento de TB, que se da bajo un Programa Nacional con recursos definidos y suministro de medicamentos por parte del MSPS y el de VIH, que responde al esquema planteado para la atención individual dentro del aseguramiento en salud y requiere permanente acompañamiento para que las personas accedan a los medicamentos y controles. Claramente esto se puede realizar con personas que tienen contactos más o menos permanentes con los servicios sociales y de salud; con las demás, como la mayoría de los habitantes de la calle, es poco probable que se realice.



## ***Elementos Estratégicos para el Desarrollo del Enfoque Diferencial en Habitantes de Calle en el PDSP 2022-2031***

Las estrategias que presentan a continuación armonizadas con el ordenamiento de ejes estratégicos, y elementos ordenadores del PDSP parten del Lineamiento para la atención integral en salud de la población en situación de calle, formulado por el MSPS en 2021

### ***Eje Estratégico Gestión Intersectorial de los Determinantes Sociales de la Salud***

- ***Gestión intersectorial de los determinantes estructurales e intermedios de la salud a través de políticas públicas participativas***

#### ***Estrategia: Reducción de las vulnerabilidades económicas y sociales***

Articulación intersectorial, interinstitucional, con el tercer sector, la sociedad civil y las familias de las personas habitantes de la calle, con el fin de adelantar acciones para la reducción de condiciones de vulnerabilidad, mediante la implementación de estrategias para acceso como mínimo a: - agua potable - alimentos inocuos y con alto valor nutricional - alojamiento en condiciones dignas - servicios sanitarios - vestido

#### ***Estrategia: Promoción de ciudades, entornos y ruralidades saludables y sostenibles***

Desarrollo de acciones intersectoriales en los espacios abiertos en los que permanecen (zonas de la calle), así como en las instituciones que los atienden, orientadas a fortalecer la conformación de redes en función de identificar y fortalecer factores protectores para el cambio de las condiciones desfavorables de su entorno, y el cuidado mutuo.



## ***Eje Estratégico Gestión Integral de la Atención Primaria en Salud***

- ***Gestión Territorial, Técnica, Administrativa y Financiera de la Salud Pública.***

**Estrategia: Fortalecimiento y articulación y desarrollo de los sistemas de información en salud pública** Levantamiento de un inventario institucional con la oferta pública y privada existente para la atención de las personas en vulnerabilidad social del territorio, incluyendo los programas y servicios para las personas en situación de calle (de y en calle) en caso de que exista esta oferta específica.

- ***Coordinación y Articulación entre los Distintos Sistemas, Niveles, Intervenciones y Modelos Involucrados en la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública.***

**Estrategia: Desarrollo de Rutas Integrales de Gestión en Salud Pública** Definición y articulación de rutas intersectoriales (incluyendo tercer sector y empresa privada) para garantizar el acceso de la población en riesgo de calle a la oferta institucional, adecuada a sus necesidades y oportunamente, es decir antes de que se concrete el riesgo de vida en calle (articulación sociosanitaria).

**Estrategia: Integración de enfoques para la atención integral de las condiciones de salud.** Ajuste razonable de la oferta del territorio con la participación de la población en situación de calle, para la identificación de factores protectores para su salud en el marco de su forma de vida, y con la opción de reducción de riesgos y daños.

Articulación intrasectorial en salud para garantizar la continuidad de las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención integral y



rehabilitación, mediante el acompañamiento de la población y la sensibilización del talento humano de las IPS para que la canalización hacia la atención individual sea exitosa.

- ***Promoción y Protección de Modos, Condiciones y Estilos Favorables a la Vida y la Salud.***

**Estrategias. Fortalecimiento de la Participación Social en Salud.**

Fortalecimiento de la capacidad de la comunidad para la promoción de los servicios sociales y sanitarios disponibles para la población habitante de calle con el fin de reducir su vulnerabilidad social y en salud, teniendo en cuenta que los equipos de Salud pública, atención primaria en salud y los agentes comunitarios formados como facilitadores de la estrategia RBC son actores clave para ese fortalecimiento.

***Eje Estratégico Gestión Integral del Riesgo en Salud Pública***

- ***Gestión de las Amenazas Colectivas en Salud Pública***

***Estrategia: Gestión anticipada y oportuna de amenazas colectivas potenciales*** Brigadas de servicios intersectoriales e interinstitucionales para facilitar la expedición con gratuidad del documento de identificación para las personas habitantes de la calle que no cuentan con este.

Estrategias con las redes conformadas, con la sociedad civil y con el tercer sector para que las personas habitantes de la calle que no asisten a servicios y son de difícil ubicación accedan a este servicio.

Orientación y acompañamiento a la población habitante de la calle que asiste a servicios sociales y de salud, para que obtenga el documento de identificación cuando no cuenta con este.



Actualización y consolidación del registro administrativo de la población habitante de la calle con el que cuente el territorio, garantizando que el mismo tenga como mínimo los mismos campos establecidos para el archivo maestro del listado censal, señalado en el Decreto 2083 de 2016 y sus resoluciones reglamentarias.

Articulación interinstitucional, con el tercer sector, la empresa privada y la sociedad civil para facilitar el acceso al diagnóstico de enfermedades de interés en salud pública prevalentes en esta población, a través de la oferta extramural de tamizajes en articulación con los servicios comunitarios, promoviendo la demanda de pruebas rápidas para ITS, VIH, Hepatitis B y C, tomas de muestra incluido esputo para tuberculosis, analizado preferentemente con pruebas moleculares, pruebas para Sars cov 2 y otras acciones con tal fin.

Canalización a las personas habitantes de calle con pruebas reactivas para la confirmación de diagnósticos e inicio de la atención de infecciones como VIH y hepatitis virales, y que presenten riesgo medio y alto en las pruebas AUDIT, ASSIST y SQR, y acompañamiento para su inclusión en las redes de apoyo y servicios que les permitan mejorar su autocuidado y los motiven a realizarse el tratamiento que requieran.

Fortalecer el acceso a intervenciones de prevención tales como: vacunación, distribución de condones, quimioprofilaxis de la helmintiasis, prevención/tratamiento de la pediculosis, entre otras. - Prevenir y atender las violencias derivadas de la vida en calle, en particular hacia las mujeres y personas con identidad de género y orientación sexual distinta a la heteronormativa, y hacia las personas mayores, y las personas con discapacidad.

Fortalecimiento y conformación de redes de habitantes de la calle, tercer sector y sociedad civil para que las personas habitantes de la calle: Conozcan su



derecho a participar en las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas - PIC y sepan las vías para hacer efectiva dicha participación; lograr la participación de las personas habitantes de la calle con trastornos de salud mental y en condición de discapacidad en la 27 estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad -RBC para estas dos poblaciones y participen en las zonas de orientación y centros de escucha haciendo énfasis en las mujeres, las personas mayores de 60 años y las personas con identidad de género y orientación sexual distinta a la heteronormativa.

- ***Fortalecimiento de los Procesos de Aseguramiento y Prestación de Servicios para la Gestión del Riesgo Individual en Salud en el Marco del Modelo de Atención Integral de las Condiciones de la Salud***

***Estrategias.*** Verificación de la situación de las personas habitantes de la calle frente al aseguramiento, registradas en el listado censal, mediante los cruces de información en el Sistema de Integral de Información para la Protección Social - SISPRO.

Gestión para la garantía del aseguramiento de la población registrada en el listado censal, mediante el acompañamiento de la población por parte de los equipos territoriales. Es importante tener en cuenta el procedimiento de afiliación oficiosa especificado en la Resolución 2353 de 2015, como un mecanismo para garantizar la afiliación efectiva al régimen subsidiado de aquellas personas, que por diversos motivos no concretan su elección de EPS y por tanto su afiliación, así como lo dispuesto en el decreto 064 de 2020.

Las EAPB y las IPS deben contar con el inventario de los servicios sociales y redes de cuidado que elabore cada territorio, de manera que se pueda orientar a la persona hacia ellos con el fin de apoyarla en su tratamiento, como en el caso de i) detección de alteraciones nutricionales y servicios sociales alimentarios; ii) gestaciones de alto riesgo y servicios de cuidado; iii) violencias y servicios de



protección; iv) VIH y redes de apoyo; y v) trastornos de salud mental y por consumo de sustancia psicoactivas y servicios y redes de cuidado.

Coordinación con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS para que cuando identifiquen personas habitantes de la calle, siendo atendidas en sus servicios sin estar aseguradas, se adelante el trámite de afiliación con la oportunidad que demanda el estilo de vida de las personas habitantes de la calle.

Adelantar jornadas de salud en los espacios donde permanecen las personas de acuerdo con lo establecido en la resolución 518 de 2015, involucrando a la comunidad, organizaciones sin ánimo de lucro y sector privado en torno a cinco temas como mínimo: Mejoramiento de hábitos nutricionales con énfasis en la ingesta regular de alimentos inocuos; prevención de riesgos para el desarrollo de trastornos de salud mental, incluido el consumo problemático de sustancias psicoactivas; mejoramiento de hábitos relacionados con salud sexual y reproductiva, y prevención de enfermedades transmisibles, con énfasis en métodos de protección para las mujeres por mayor riesgo de contagio por superficie de exposición y desarrollo de CA por VPH; información sobre prevención del contagio de TBC, Sars cov 2, VIH y hepatitis e información sobre mecanismos de acceso a la justicia para la prevención y atención a violencias, en especial, las dirigidas a las mujeres.

Implementar acciones individuales de promoción, prevención y atención integral en salud extramurales y que tengan en cuenta la forma en que viven las personas habitantes de la calle de acuerdo con la caracterización realizada y las Rutas de Atención Integral en Salud -RIAS, en coordinación con las actividades del PIC.

La conformación de los equipos móviles de salud con capacidad resolutive debe tener en cuenta personas EN y DE calle, procurando incluir personas en condición de discapacidad, personas mayores, mujeres, personas con identidad de género y



orientación sexual distinta a la heteronormativa. Para identificar las personas que se incluyan en los equipos, es necesario articularse con los servicios sociales de acompañamiento a la inclusión social de habitantes de la calle.

**Estrategia: Educación para la prevención de riesgos individuales y colectivos en salud pública.** Información, educación y comunicación a la población habitante de la calle enfatizando en los siguientes temas: Hábitos alimentarios saludables que favorezcan el autocuidado: Promoción de las “Guías Alimentarias Basadas en Alimentos”, lactancia materna, alimentación complementaria, prácticas de inocuidad; derechos sexuales y reproductivos y promoción de los servicios en Salud Sexual y Reproductiva para su utilización; estrategias de prevención de las ITS, VIH, Hepatitis B y C, Tuberculosis, Sars cov 2 y otras infecciones de alta prevalencia en esta población; estrategias de reducción de riesgos y daños por consumo problemático de sustancias psicoactivas; prevención y atención de violencias, teniendo presente que en la calle puede desarrollarse una naturalización de las violencias para lograr sobrevivir y reducción del estigma y discriminación: tanto de la sociedad e instituciones hacia la población, como la de la población hacia sí misma.

Brindar acompañamiento una vez realizada la detección y diagnóstico de las alteraciones en salud, a las personas diagnosticadas con educación para la salud, involucrando a la familia, o a la red de apoyo de la persona, de manera que se mejore la adherencia a los tratamientos establecidos.

Información sobre la oferta y acceso a servicios sociales y redes de cuidado

### **Eje Estratégico Gestión del Conocimiento para la Salud Pública**

- 
- ***Establecimiento de un Marco de Articulación para la Gestión del Conocimiento***



- **Fortalecimiento de fuentes de información y gestión de datos**

**Estrategia: Consolidación de fuentes de información** Hacer seguimiento a las intervenciones en salud adelantadas con la población a través de los sistemas de información vigentes, contando con el adecuado diligenciamiento de las variables incluidas en los sistemas de información, de acuerdo con la Resolución 5592 de 2015.

Formular al menos tres indicadores de atención integral en salud a la población habitante de la calle en el marco del Plan Nacional para la atención de las Personas Habitantes de la calle, uno por línea estratégica y en concordancia con los Ejes de la Política Pública Social para Habitantes de la Calle y el Plan Decenal de Salud Pública.

Alimentación el Repositorio Institucional Documental del MSPS con estudios y diagnósticos locales, regionales, nacionales e internacionales realizados con esta población.

**Estrategia: Consolidación de la gestión de datos** Actualizar cada año la sala situacional en salud de la población habitante de calle del país con base en la información cargada en la plataforma PISIS, en cumplimiento del Decreto 2083 de 2016, Resoluciones 5246 de 2016. 2339 de 2017 y 1838 de 2019, o la norma que las modifique, o sustituya.

- **Generación de Conocimiento**

**Estrategia:** Desarrollo de investigaciones asociadas a las situaciones precipitantes del fenómeno de habitanza de calle, en conjunto con la academia y el sector privado.

- **Divulgación y Traducción Social del Conocimiento**

**Estrategia: Desarrollo de estrategias de comunicación** Difusión de los estudios y análisis de situación de salud relacionados con esta población hacia las



Secretarías de Salud Departamentales, Distritales y Municipales, otros agentes del sistema y otros sectores.

### ***Eje Estratégico Gestión y Desarrollo del Talento Humano en Salud Pública***

- ***Fortalecimiento de las capacidades del talento humano en salud.***

**Estrategia: Gestión para la formación y educación continua del talento humano pertinente a las necesidades de salud y del sistema de salud.**

Capacitación del recurso humano de las EAPB y sus prestadores sobre las características de la población habitante de la calle para que el estigma y discriminación hacia la población no se constituya en una barrera de acceso. La capacitación puede coordinarse con las autoridades sanitarias y sociales del territorio que conocen a la población habitante de la calle y su estilo de vida. Imprescindible incluir al personal administrativo de las IPS, dentro del que se encuentran las personas de vigilancia y servicios generales.

### **Población Con Discapacidad**

#### ***Conceptos***

De acuerdo con lo establecido por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada en Colombia mediante la Ley 1346 de 2009, declarada exequible mediante la Sentencia C-293 de 2010 de la Honorable Corte Constitucional, la discapacidad “es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (Congreso de la República, 2009). Este concepto aportado por la Convención refleja una fuerte influencia del modelo social y del enfoque biopsicosocial.

Bajo esta perspectiva de integralidad, aportada por el modelo biopsicosocial, surge la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la



Salud -CIF-, publicada por la Organización Mundial de la Salud -OMS-, en el año 2001. La CIF constituye el marco conceptual a partir del cual la OMS entiende el funcionamiento humano en sus tres componentes esenciales: las funciones y estructuras corporales, las actividades y la participación, integradas bajo dos términos que constituyen un espectro continuo que va desde el funcionamiento hasta la discapacidad (Madden & cols., 2011). Tales componentes están determinados por su interacción con las condiciones de salud y con los factores contextuales, los cuales pueden actuar como facilitadores o como barreras

Las alteraciones en cada uno de los tres componentes del funcionamiento dan lugar a los componentes de la discapacidad, así, la ausencia o alteración en las estructuras y funciones corporales conduce a las deficiencias; las dificultades en las actividades que realiza la persona, ubicadas en el nivel del desempeño individual, conducen a las limitaciones en las actividades; y las dificultades en la participación de la persona en su contexto social, generan las restricciones en la participación (OMS, 2001). Es importante señalar que ninguno de los tres elementos mencionados, lo corporal, lo individual y lo social, actúa de forma aislada, sino que establecen relaciones entre sí.

En síntesis, podría señalarse que el funcionamiento de las personas, y en consecuencia la discapacidad, son la resultante de la interacción entre los individuos y los factores del entorno en que habitan. El funcionamiento y la discapacidad son conceptos multidimensionales constituidos por componentes biológicos, individuales y sociales, que tienen lugar en un entorno físico, social, económico, político y cultural, que puede actuar como facilitador o como barrera y que determina la exposición diferencial a factores de riesgo que impactan sobre la salud, el bienestar y el funcionamiento. Por tanto, las intervenciones deben estar direccionadas a impactar los múltiples determinantes de la discapacidad (estructurales e intermediarios), buscando reducir las limitaciones en las actividades (cuándo esto sea posible), eliminar las barreras y reducir, así, las restricciones en la participación social, con el fin último de promover la inclusión social y contribuir a reducir la inequidad.



De acuerdo con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, “las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”.

Con base en esta definición y en los componentes de la discapacidad que propone el enfoque biopsicosocial, la Resolución 113 de 2020 “Por la cual se dictan disposiciones en relación con la certificación de discapacidad y el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad” reconoce las siguientes categorías de discapacidad en Colombia: discapacidad física, discapacidad auditiva, discapacidad visual, discapacidad intelectual, discapacidad psicosocial (mental), sordoceguera y discapacidad múltiple.

Cada definición aborda las funciones y estructuras corporales en las que pueden presentar deficiencias las personas ubicadas en la respectiva categoría, los dominios en los cuales podrían presentar limitaciones en las actividades y restricciones en la participación y los apoyos que podrían requerir para mejorar su autonomía y su inclusión social.

Reconociendo el rol determinante de los factores ambientales en la generación de la discapacidad, es necesario señalar que los factores relacionados con el nivel de ingresos, el género, la educación y la pertenencia étnica, entre otros, configuran la diversidad existente al interior de la población con discapacidad. En el marco del enfoque de determinantes sociales de la salud, estos factores influyen sobre la salud de las personas, y en este caso sobre la discapacidad, a través de su impacto sobre las “condiciones materiales, como la situación laboral y de vivienda; circunstancias psicosociales, como los factores estresantes; y también los factores conductuales y el acceso a los servicios sociales, incluyendo los servicios de salud” (MSPS, 2012).



En este sentido es posible comprender al interseccionalidad una vez que todas las personas pueden pertenecer a múltiples grupos, a múltiples comunidades a la vez y, en consecuencia, pueden experimentar discriminaciones o privilegios que emergen como resultado de la combinación de esas múltiples identidades (Association for Women's Rights in Development, 2004), por lo tanto la vivencia de la discapacidad está determinada por las múltiples condiciones sociales que confluyen en la misma persona. Sin embargo, no se trata de ver las condiciones de vulnerabilidad que enfrenta una persona con discapacidad sumadas a las que vive por pertenecer, además, a otro grupo vulnerable, sino que se trata de una particular condición de desventaja en la que interactúan las características de cada una de dichas condiciones y que demanda de una atención diferencial (Stienstra & Nyerere, 2016).

Así, por ejemplo, las mujeres con discapacidad, las personas con discapacidad psicosocial y las personas con discapacidades que tienen altos niveles de dificultad en el desempeño de sus actividades (OMS & Banco Mundial, 2011; ONU, 2019), y las personas con discapacidad pertenecientes a grupos étnicos, como los indígenas y afrodescendientes (CEPAL, 2011; Stienstra & Nyerere, 2016; ONU, 2019) se enfrentan a condiciones de mayor desventaja que quienes, aun teniendo discapacidad, no presentan estas condiciones particulares.

## ***Diagnóstico de la población con discapacidad***

### **Contexto demográfico**

De acuerdo con los registros administrativos del Ministerio de Salud y Protección Social, para el año 2020, 1.319.049 personas se encontraban inscritas en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad -RLCPD, lo cual equivale al 2,6 % del total de la población nacional. Sin embargo, se estima que el número total de personas con Discapacidad puede ser mayor. En efecto, otras fuentes como el Censo Nacional de Población y vivienda registran cerca de 3 millones de personas (DANE, 2020).



Tabla 2.

## Personas con Discapacidad según departamento de residencia

DEPARTAMENTO	FEMENINO	MASCULINO	NO DEFINIDO	NR - NO REPORTADO	TOTAL GENERAL
ANTIOQUIA	84.119	97.383	17	192	181.711
ATLÁNTICO	18.015	21.415	4	50	39.484
BOGOTÁ, D.C.	133.549	107.934	13	117	241.613
BOLÍVAR	21.543	24.748	13	84	46.388
BOYACÁ	17.333	18.913	1	30	36.277
CALDAS	12.715	16.161	5	26	28.907
CAQUETÁ	5.504	6.597		10	12.111
CAUCA	13.065	15.542	3	25	28.635
CESAR	16.886	18.724	7	61	35.678
CÓRDOBA	13.707	17.962	3	54	31.726
CUNDINAMARCA	21.400	25.991	3	35	47.429
CHOCÓ	2.801	2.511	3	34	5.349
HUILA	32.710	35.104	6	36	67.856
LA GUAJIRA	7.462	7.396	4	26	14.888
MAGDALENA	20.086	20.044	4	78	40.212
META	10.013	12.978	2	38	23.031
NARIÑO	28.565	27.464	5	50	56.084
NORTE DE SANTANDER	14.442	16.360	3	31	30.836
QUINDIO	11.636	13.037	3	20	24.696
RISARALDA	16.410	14.903	2	15	31.330
SANTANDER	34.299	35.487	15	83	69.884
SUCRE	17.378	18.027	2	38	35.445
TOLIMA	17.682	21.633	3	19	39.337
VALLE DEL CAUCA	53.640	53.529	15	102	107.286
ARAUCA	3.467	4.017		6	7.490
CASANARE	6.077	7.805	2	5	13.889
PUTUMAYO	4.988	5.902		9	10.899
A. DE SAN ANDRÉS	835	725			1.560
AMAZONAS	1.213	1.172		5	2.390
GUAINÍA	256	312	1	5	574
GUAVIARE	664	878			1.542
VAUPÉS	299	372	1	3	675
VICHADA	421	564	4	7	996
NO DEFINIDO	1.263	1.576	1	1	2.841
TOTAL GENERAL	644.443	673.166	145	1.295	1.319.049



Fuente: Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad RLCPD. Ministerio de Salud y Protección Social, 2020.

La mayor prevalencia de personas con Discapacidad se presenta en Huila (6,0%), seguido de Quindío (4,4%), Barrancabermeja (4,0%), Nariño (3,8%) Sucre (3,7%), Risaralda (3,3%) y Bogotá (3,1%). Si bien no se observan diferencias significativas por sexo, la proporción de hombres con discapacidad es un poco mayor -51%- siendo las principales causas la enfermedad y los accidentes -40% y 17%- respectivamente.

El 39% de las personas con discapacidad registradas en el RLCPD son adultos mayores. Los adultos representan el 37%, mientras que los jóvenes y las niñas y niños el 15% y el 8% respectivamente. Del total de mujeres con discapacidad el 44% son mayores de 60 años. Las niñas representan el 6,3% y las Jóvenes el 12,8%. El 36% de las mujeres con discapacidad son adultas. En el caso de los hombres con discapacidad, predominan los adultos (38,6%) y los adultos mayores (33,6%). Los jóvenes representan el 17,3%, y los niños el 9,3%.

La proporción de hombres cuya discapacidad fue producida por un accidente o por un hecho de violencia es significativamente mayor comparado con las mujeres. Mas del 70% de las personas que manifestaron alguna de estas causas como el origen de su discapacidad son hombres. En el caso de hechos de violencia en el marco del conflicto armado esta proporción fue del 85%. Similar situación ocurre con la causa asociada al consumo de sustancias psicoactivas, que en el 81% de los casos corresponde a hombres.

El 15% de las personas con discapacidad manifestó ser víctima del conflicto armado. El 3,8% de las personas con discapacidad manifestó pertenecer a un grupo étnico. De estos, el 72,6% es indígena, el 26,8% se reconoce como Negro, Afrodescendiente, raizal o Palenquero y el 0,52% como Rrom.

### **Características del acceso a los servicios de salud y afectaciones de salud de la población con Discapacidad**



Con relación al acceso a los servicios de salud, se observa que del total de las personas con discapacidad registradas el 72,8% se encuentra afiliada al Sistema de Seguridad social en Salud. De estas el 70% pertenecen al régimen subsidiado.

Problemas asociados con el movimiento de brazos y piernas constituye la alteración permanente que más prevalece sobre las personas con discapacidad registradas. Casi la mitad presenta este tipo de dificultades. En los hombres prevalecen las alteraciones relacionadas con el sistema nervioso, la voz y el habla mientras que los problemas relacionados con el sistema cardio respiratorio, la digestión y el metabolismo son más recurrentes en las mujeres.

### **Barreras de acceso y movilidad**

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

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

### **Atención en salud**

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

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



discapacidad una mayor prevalencia de enfermedades del sistema circulatorio, respecto a la población total.

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

### ***Elementos estratégicos para el desarrollo del enfoque diferencial en población con Discapacidad en el PDSP 2022-2031***

#### **Eje estratégico gobierno y gobernanza de la salud pública**

- ***Desarrollo de la Gestión Democrática y Colaborativa de la Salud Pública en Territorio mediante la Participación Social y Ciudadana en la Gobernanza de la Salud Pública***

#### **Estrategias**

Fortalecimiento de la representación de personas con discapacidad en espacios de participación y veeduría en salud como los Comité de Participación comunitaria en Salud -COPACOS-, asociaciones de usuarios y comités de ética, entre otros, garantizando los apoyos y ajustes razonables que se requieran para su participación plena y efectiva.

Fortalecimiento de la participación de los representantes de la sociedad civil ante el Consejo Nacional de Discapacidad, y los Comités Departamentales, Distritales y Municipales de Discapacidad para hacer incidencia en la gobernanza en salud pública.



- ***Fortalecimiento de la Transparencia y Confianza en la Acción Pública y Conjunta en Salud***

### **Estrategias**

Gobierno abierto como soporte de los procesos, decisiones y espacios colaborativos de gobierno y gobernanza en salud pública: Garantizar que todos los espacios de socialización y los mecanismos de uso de datos abiertos en salud pública cuenten con condiciones de accesibilidad física, comunicativa y digital para facilitar el acceso a la información para las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás.

Fortalecimiento de la rendición de cuentas en salud pública con alternativas adaptadas y apropiadas según los diferenciales poblacionales y territoriales. Garantizar que todos los espacios de rendición de cuentas cuenten con condiciones de accesibilidad física, comunicativa y digital para facilitar el acceso a la información para las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás.

Convocar a las organizaciones de personas con discapacidad a los espacios de rendición de cuentas en salud pública.

### **Eje estratégico gestión intersectorial de los determinantes sociales de la salud**

- ***Fortalecimiento de las Instancias de Acción Intersectorial nacional y subnacional***

### **Estrategia**

Articulación de los Consejos de Planeación Territorial a la acción intersectorial. Fortalecimiento de la participación de las organizaciones de personas con discapacidad en los Consejos de Planeación Territorial



- ***Establecimiento de un Marco para la Planificación y Gestión de la Acción Intersectorial***

**Estrategia: Desarrollo un marco para la articulación y planificación intersectorial.**

Generación de acciones para la articulación de la Comisión Intersectorial de Salud Pública y el Consejo Nacional de Discapacidad, y de los Consejos de Seguridad Social en Salud y los Comités Departamentales, Distritales y Municipales de Discapacidad para concertar acciones intersectoriales que busquen transversalizar el enfoque diferencial en discapacidad en la planeación en salud pública.

Construcción de un inventario nacional y subnacional de oferta institucional para la población con discapacidad, que incluya sus criterios de inclusión y requisitos de acceso de cada programa, indicando si estos incluyen el certificado de discapacidad.

Generación de rutas de rehabilitación integral a nivel nacional y subnacional, como mecanismos de articulación intersectorial para la garantía de la inclusión social de la población con discapacidad.

Desarrollo de acciones de articulación intersectorial que aporten a la derivación y tránsito de las personas hacia la ruta de rehabilitación integral, para promover su inclusión social, en los casos que aplique.

**Estrategia: Consolidación de un marco de financiación de la gestión intersectorial**

Gestión de recursos intersectoriales conjuntos para el desarrollo de programas y proyectos integrales dirigidos a la población con discapacidad.



Articulación sectorial e intersectorial para el fortalecimiento de los bancos de ayudas técnicas a nivel municipal, departamental y distrital, como mecanismos para la financiación y la provisión de las ayudas técnicas no cubiertas con el Plan de Beneficios con cargo a la UPC, para las personas con discapacidad.

- ***Gestión Intersectorial de los Determinantes Estructurales e Intermedios de la Salud a Través de Políticas Públicas Participativas***

**Estrategia: Reducción de las vulnerabilidades económicas y sociales**

Promoción del diseño e implementación de políticas, planes, programas y proyectos sectoriales e intersectoriales dirigidos a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad, utilizando el certificado de discapacidad como medio para facilitar la focalización y priorización en el acceso de los beneficiarios, evitando que la ausencia de dicho documento se convierta en una barrera para la garantía del derecho.

Fortalecimiento de la implementación intersectorial de la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad - RBC, como estrategia de desarrollo socioeconómico e inclusión social que permite satisfacer necesidades básicas, crear oportunidades, desarrollar capacidades, apoyar y trabajar con las Organizaciones de Personas con Discapacidad y Grupos de Apoyo, involucrar la participación intersectorial, promover el liderazgo y la participación de los gobiernos locales y aprovechar los sistemas legislativos, jurídicos y sociales del país.

**Estrategia: Promoción de ciudades, entornos y ruralidades saludables y sostenibles**

Generación de entornos accesibles en lo físico, tecnológico, comunicacional y actitudinal, a partir de la implementación de ajustes razonables y de la aplicación del diseño universal, para las personas con discapacidad.

**Estrategia Gestión integral del riesgo de emergencias y desastres.**



Inclusión de medidas que garanticen la atención prioritaria e integral de las personas con discapacidad durante las situaciones de emergencias y desastres.

Generación de condiciones de accesibilidad tanto en los espacios físicos como en la información y comunicación relacionada con la prevención y atención en emergencias y desastres.

### **Estrategia: Fomento de políticas en torno a la economía del cuidado**

Identificación y caracterización de las personas que ejercen las tareas del cuidado de las personas con discapacidad para reconocer sus necesidades sanitarias, socioeconómicas y de apoyo para el ejercicio de la labor sin afectación de la propia salud física y mental. Todo ello en el marco de la Política Nacional de Cuidado.

Direccionamiento de las personas que ejercen las tareas del cuidado de las personas con discapacidad a la oferta programática sectorial e intersectorial, según su perfil de necesidades. Todo ello en el marco de la Política Nacional de Cuidado.

#### **I. Eje estratégico gestión integral de la atención primaria en salud**

- ***Gestión Territorial, Técnica, Administrativa y Financiera de la Salud Pública.***

### **Estrategia: Planeación territorial integral en salud pública**

Identificación de las necesidades de rehabilitación presentes en los territorios, teniendo en cuenta, además de la identificación de las condiciones de salud y riesgos por curso de vida y sexo, el reconocimiento de las poblaciones vulnerables, los determinantes sociales de la salud, la oferta de servicios sectoriales e intersectoriales, la disponibilidad y acceso a ayudas técnicas y las fuentes de recursos para la atención integral de las necesidades en rehabilitación.



Inclusión del análisis de necesidades de rehabilitación de la población, así como las acciones requeridas para su resolución, dentro del proceso de construcción del Plan Territorial de Salud -PTS- del nivel departamental, distrital y municipal.

Convocar a las organizaciones de personas con discapacidad a los espacios participación social desarrollados en el marco de la planeación territorial en salud, proporcionando las condiciones de accesibilidad física, comunicativa y digital para facilitar el acceso a la información para las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás.

**Estrategia: Fortalecimiento y articulación y desarrollo de los sistemas de información en salud pública**

Avanzar en la interoperabilidad del Registro de Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad -RLCPD- con otras fuentes de información incluidas en el SISPRO y con los sistemas de información de otros sectores para la caracterización intersectorial de la población con discapacidad.

**Estrategia: Desarrollo de tecnologías para la atención integral, integrada y continua**

Generación de procesos de adaptación de procedimientos y dispositivos para la atención en salud, incluyendo la atención en salud sexual y salud reproductiva, atendiendo a las necesidades de accesibilidad física, comunicativa y actitudinal de las personas con discapacidad.

- ***Coordinación y Articulación entre los Distintos Sistemas, Niveles, Intervenciones y Modelos Involucrados en la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública.***

**Estrategia: Desarrollo de Rutas Integrales de Gestión en Salud Pública**

Promoción y verificación de que la oferta de atenciones en rehabilitación incluya procesos integrales que articulen intervenciones individuales y colectivas, que



respondan a las necesidades individuales y territoriales de rehabilitación Todo ello partiendo desde el enfoque diferencial para la provisión de las medidas de adaptabilidad requeridas por cada usuario

**Estrategia: Integración de enfoques para la atención integral de las condiciones de salud.**

Prestación de las atenciones en salud teniendo en cuenta la adaptabilidad de la prestación del servicio a las personas con discapacidad, el uso de ayudas y ajustes razonables, la eliminación de barreras físicas, comunicativas y actitudinales.

Posicionamiento y visibilizarían del enfoque biopsicosocial en los proceso y procedimientos de atención integral en salud, detección temprana y protección específica.

- ***Promoción y Protección de Modos, Condiciones y Estilos Favorables a la Vida y la Salud.***

**Estrategias.**

Promoción de estrategias para el fortalecimiento de los hábitos saludables en las personas con discapacidad, familias y personas cuidadoras y su participación activa en los programas de promoción de la salud y protección de enfermedades transmisibles y no transmisibles.

Diseño e implementación de instrumentos que permitan realizar controles de crecimiento y desarrollo a los niños y niñas con discapacidad, teniendo en cuenta su diversidad.

Garantizar a las personas con discapacidad los apoyos y ajustes razonables para superar las barreras de accesibilidad física, comunicativa y actitudinal, durante la prestación de las atenciones en salud, haciendo uso de los medios



modos y formatos existentes en cada territorio y dispuestos por el Estado a nivel nacional.

- ***Fortalecimiento de la Participación Social en Salud.***

**Estrategia.** Empoderar a las organizaciones de personas con discapacidad para participar de manera activa en los procesos de planeación, implementación, asignación de recursos, evaluación, vigilancia y control de la gestión territorial de la salud pública

***Institucionalización de una Cultura para la Vida y la Salud***

**Estrategia: Desarrollo de una reflexión pedagógica sobre los procesos educativos en el campo de la educación para la salud**

Inclusión en la formación del talento humano en salud pública temáticas relacionadas con el enfoque diferencial en discapacidad para la atención integral en salud de esta población.

**Estrategia: Construcción de capacidades dialógicas para la cogestión de la salud pública**

Fortalecimiento de las capacidades de liderazgo de las personas con discapacidad, sus familias y cuidadores, para el reconocimiento de los espacios de participación social en salud, donde puedan exponer claramente sus necesidades y contribuyan a construir conjuntamente con la institucionalidad, programas, planes y proyectos que aporten a una respuesta efectiva a la población desde el enfoque de derechos y el enfoque diferencial

**Eje estratégico gestión integral del riesgo en salud pública**

- ***Gestión de las Amenazas Colectivas en Salud Pública***

**Estrategia: Gestión anticipada y oportuna de amenazas colectivas potenciales**



Promoción de la vacunación en niños y niñas con discapacidad mediante estrategias de información y educación en salud orientadas a reestructurar las ideas erróneas y mitos respecto a los efectos nocivos de la vacunación en esta población.

Identificación y prevención de la exposición a factores de riesgo físico, químico, biológico y psicosocial que puedan generar alteraciones en el funcionamiento y, en consecuencia, discapacidad.

Fortalecimiento de la detección temprana de alteraciones del funcionamiento en todas las etapas del ciclo de vida y de la implementación oportuna de procesos de rehabilitación, los cuales se orientan a reducir el impacto de la discapacidad en quienes ya la presentan, a prevenir su aparición en las personas que presentan condiciones salud potencialmente discapacitantes y a potenciar las capacidades de las personas.

- ***Fortalecimiento de los Procesos de Aseguramiento y Prestación de Servicios para la Gestión del Riesgo Individual en Salud en el Marco del Modelo de Atención Integral de las Condiciones de la Salud***

### **Estrategias**

Fortalecimiento del aseguramiento de las personas con discapacidad y su acceso a las acciones de gestión de riesgo individual

Divulgación de estrategias de comunicación y educación en salud que promuevan la afiliación y el aseguramiento pleno en salud de la población con discapacidad

Fortalecimiento de la articulación entre entidades territoriales, prestadores y aseguradores para la prestación de atenciones en rehabilitación tanto en el componente primario como en el componente complementario de las Redes



Integrales de Prestadores de Servicios de Salud -RIPSS- de las EAPB presentes en los territorios.

Diseño e implementación de procesos de rehabilitación de manera concertada entre los profesionales idóneos o equipo multidisciplinario, y las personas y su familia, respondiendo a sus expectativas, intereses y preferencias, así como a sus características sociales, culturales, lingüísticas, entre otras y siguiendo las etapas del ciclo de rehabilitación.

Fortalecimiento de la oferta de atenciones en rehabilitación en prestadores ubicados lo más cercano posible a la residencia de las personas con necesidades de rehabilitación, garantizando así las condiciones de disponibilidad y accesibilidad.

Implementación de procesos de rehabilitación a través de prestadores de servicios de baja, mediana y alta complejidad, propendiendo por el acceso de la población a la atención en el marco del aseguramiento y contribuyendo al fortalecimiento de la capacidad resolutive en salud desde los territorios.

**Estrategia: Educación para la prevención de riesgos individuales y colectivos en salud pública.**

- Garantizar que las estrategias de información, comunicación y educación para la salud sean inclusivas y accesibles para la población con discapacidad.

**Eje estratégico gestión del conocimiento para la salud pública**

- ***Establecimiento de un Marco de Articulación para la Gestión del Conocimiento***

**Estrategia: Consolidación de una red integrada de gestión del conocimiento en salud pública**



Generación de una línea específica de gestión del conocimiento en discapacidad e inclusión social, en el marco de la red integrada de gestión del conocimiento en salud pública

**Estrategia: Fomento de la participación social para la gestión del conocimiento.**

Promoción de la participación de las organizaciones de personas con discapacidad en la red integrada de gestión del conocimiento en salud pública

- ***Fortalecimiento de fuentes de información y gestión de datos***

**Estrategia: Consolidación de fuentes de información**

Ampliación de la cobertura del procedimiento de certificación de discapacidad y la consecuente inclusión de información en el Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad -RLCPD-.

Gestión de la interoperabilidad del Registro de Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad -RLCPD- con otras fuentes de información incluidas en el SISPRO y con los sistemas de información de otros sectores para la caracterización intersectorial de la población con discapacidad.

**Estrategia: Consolidación de la gestión de datos**

Gestión del módulo de consulta dinámico del RLCPD como mecanismo para la colaboración y el intercambio de datos a nivel interinstitucional e intersectorial.

- ***Generación de Conocimiento***

**Estrategia: Fortalecimiento de observatorios en salud pública**

Articulación con el observatorio nacional de inclusión social y productiva para personas con discapacidad.

- ***Divulgación y Traducción Social del Conocimiento***



### **Estrategia: Desarrollo de estrategias de comunicación**

Garantizar que todos los espacios de socialización y todas las piezas de comunicación cuenten con condiciones de accesibilidad física, comunicativa y digital para facilitar el acceso a la información para las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás.

### **Eje estratégico gestión y desarrollo del talento humano en salud pública**

- ***Consolidación de la Capacidad de Cogestión del Talento Humano en Salud.***

### **Estrategia: Gestión intersectorial para el desarrollo del talento humano para la salud.**

Desarrollo de líneas de formación en Universidades sobre poblaciones vulnerables y poblaciones de especial protección

- ***Fortalecimiento de las capacidades del talento humano en salud.***

### **Estrategia: Gestión para la formación y educación continua del talento humano pertinente a las necesidades de salud y del sistema de salud.**

Generación de procesos de educación continua del talento humano en salud para fortalecer sus competencias para la atención diferencial, efectiva y con calidad a las personas con discapacidad.

Fortalecimiento de los equipos multidisciplinarios para la implementación de las acciones colectivas relacionadas con el proceso de rehabilitación acorde con las características y necesidades de los territorios.

- ***Gestión para la disponibilidad y sostenibilidad del talento humano para la salud en condiciones de protección y seguridad laboral***

### **Estrategia: Gestión del talento humano para la salud pública**



Promover que los profesionales de las áreas de rehabilitación (fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología) hagan parte de los procesos de salud pública

Aumento en la disponibilidad y mejora en las competencias laborales del talento humano en rehabilitación

## **Población campesina**

### **Conceptos**

Ser campesino en Colombia no solo se circunscribe a un aspecto geográfico. De acuerdo con la Encuesta de Cultura Política -ECP- publicada en 2019 y elaborada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE- con el apoyo del Instituto Colombiano de Antropología e Historia – ICANH- y Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, el concepto aborda diferentes dimensiones que involucran aspectos productivos, asociativos, culturales y territoriales (Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE], 2020a). Este enfoque brinda herramientas para la identificación subjetiva del campesinado nacional que, aunado a los resultados del Censo Nacional Agropecuario de 2014 y el Censo Nacional de Población y Vivienda de 2018, brinda una radiografía detallada de este segmento poblacional y permite la formulación de políticas con una mayor precisión.

### ***Diagnóstico de la población Campesina.***

#### **Contexto demográfico**

Los resultados de la ECP muestran que el 31.8% de las personas se consideran campesinas la cual habita principalmente en centros poblados y rural disperso (84.8%) y sobre la cual no existen diferencias sustanciales entre hombres y mujeres (DANE, 2020a; Dejusticia, 2020). Los resultados también muestran la distribución



del campesinado en el territorio nacional en el que las regiones Cauca (48.7%) y Oriental (44.3%) son las de mayor concentración de esta población.

Al comparar con otras fuentes de información, los resultados presentados anteriormente presentan ligeras diferencias lo que permite validar la consistencia de estos hallazgos. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Calidad de Vida –ECV– para el año en referencia y con datos expandidos a nivel nacional conforme a los resultados del CNPV, el 28.4 % de la población en Colombia se considera campesina la cual está concentrada principalmente en centros poblados y zonas rurales dispersas (79.6%) y en los cuales hay una marcada predominancia del hombre en la jefatura del hogar en comparación con las mujeres (DANE, 2020b).

A partir de los estudios citados anteriormente se puede comprender de mejor manera la realidad de la población campesina en Colombia. Los resultados evidencian importantes retos en materia de educación (DANE, 2020a); participación ciudadana y política (DANE, 2020a), acceso a la justicia (DANE, 2020a) y pobreza (DANE, 2020b). Sobre el último aspecto, las cifras del DANE revelan que en el país el 29.3% de los hogares campesinos son pobres multidimensionalmente<sup>[3]</sup>, situación que se torna más crítica en contextos rurales donde la pobreza aumenta en algo más de 5 puntos porcentuales pasando al 35.6% (DANE, 2020b).

### **Características del acceso a los servicios de salud y afectaciones de salud de la población Campesina**

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



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

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

## **Población Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgénero e Intersexuales (lgbti)**

### **Conceptos.**

Según el decreto 762 de 2018 Las personas de los sectores sociales LGBTI son aquellas que se identifican como Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgénero e Intersexuales. En este sentido, el término LGBTI “es una categoría identitaria y política que comprende distintas orientaciones sexuales e identidades de género



diversas, así como diferentes estados de intersexualidad” (Ministerio del Interior, 2018).

En lo que respecta a la orientación sexual, esta se define como la atracción sexual, afectiva y erótica que una persona siente hacia otras de su mismo sexo o género (homosexual), del sexo o género opuesto (heterosexual), de ambos (bisexual) sexos o géneros o que no sienten atracción por ninguno de los sexos/géneros (asexual). La orientación sexual “También hace referencia a la capacidad de mantener relaciones afectivas y sexuales con esas personas. Por lo tanto, se habla de mujeres lesbianas, de hombres gay y de personas heterosexuales, homosexuales, bisexuales o asexuales” (Ministerio del Interior, 2018). Es de anotar que, aunque el término “homosexual” engloba a todas aquellas personas que sienten atracción sexual, erótica o afectiva hacia personas de su mismo sexo o género, comúnmente se usa el término “lesbiana” cuando la expresión de este deseo es entre mujeres; y “gay” cuando es entre hombres.

Entre tanto, la identidad de género, hace referencia a “la vivencia individual y personal del género” (Ministerio del Interior, 2018), es decir, de los roles, las características y oportunidades definidos por la sociedad como propios o característicos de los hombres y de las mujeres. La identidad de género “es independiente del sexo asignado al momento del nacimiento. Incluye la vivencia personal del cuerpo, que puede o no involucrar transformaciones corporales escogidas libremente. Incluye también otras expresiones de género, tales como la forma de vestir, el modo de hablar y la expresión corporal” (Ministerio del Interior, 2018. Así, la palabra “transgénero” (o trans) es un término general para aquellas personas cuya identidad de género se vivencia de forma diferente a lo que está típicamente asociado con el sexo asignado al nacer (HRC, s.f.).

La intersexualidad es "una variación orgánica bajo la cual el desarrollo del sexo cromosómico, gonadal o anatómico no coincide con los dos sexos que tradicionalmente se asignan. Se trata de una condición biológica y, en algunos casos, política, debido a que algunas personas construyen su identidad a partir de



la no identificación con los dos sexos -masculino y femenino- que cultural y socialmente se establecen” (Ministerio del Interior, 2018).

## ***Diagnóstico de la población Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgénero e Intersexuales (LGBTI)***

### **Contexto demográfico**

Actualmente en Colombia no se cuenta con datos concretos que evidencien el número de personas LGBTI en el país. Esto se debe a la falta de inclusión de variables relacionadas con la identidad de género y la orientación sexual en los sistemas de información de las entidades públicas, y a la falta de preguntas relacionadas en las encuestas nacionales que se han realizado, pues hasta la fecha solo dos encuestas han abordado estas temáticas: la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) en su versión más reciente del año 2015 y, de manera más actualizada, la Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas (ENCSPA) que presentó sus resultados a mediados de 2020.

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



Según los datos de la ENCSPA, en Colombia alrededor del 1.2% de las personas entre 18 y 65 años, ubicadas en centros urbanos, se reconocen e identifican como lesbianas, gay o bisexuales, mientras que el 0.05% se reconoce como transgénero. De acuerdo con esta encuesta, el porcentaje de personas reconocidas en orientaciones sexuales diversas equivaldrían a 105.000 hombres y 56.000 mujeres homosexuales, y 85.000 personas bisexuales (36.000 hombres y 49.000 mujeres). En cuanto a la identidad de género, el porcentaje de personas identificadas como transgénero podría representar a unas 10.000 personas. A partir de estos datos se estima que en los centros urbanos en Colombia 205.000 personas son LGBTI (Ortíz 2020). Sin embargo, los datos presentados en estas encuestas deben ser tomados como aproximaciones, debido al subregistro de aquellas personas que prefieren no referirse a su identidad de género u orientación sexual por temor a ser discriminados o enfrentarse a violencias de género.

### **Características del acceso a los servicios de salud y afectaciones de salud de la población LGBTI**

En concordancia con lo anterior, son pocos los trabajos que han abordado la situación de salud de la población LGBTI en Colombia y los existentes se desarrollan de acuerdo con las realidades identificadas en las ciudades y municipios del país, donde se analiza la situación de salud de la población LGBTI relacionándola con enfermedades transmisibles como el VIH/Sida en Bogotá; mientras que otros se refieren al consumo de alcohol y sustancias adictivas; otro grupo, de manera general, a las violencias de género vividas por la población LGBTI en el país, y otros más recientes que exploran la situación de salud mental de esta población. Otros se refieren a las necesidades de salud de esta población en diferentes etapas de la vida como la niñez, la juventud y la vejez.

A continuación, se presentan algunos datos relevantes de los estudios en mención relacionados con el acceso a servicios y algunas afecciones de salud exploradas.

### **Enfermedades transmisibles y salud sexual y reproductiva**



Teniendo en cuenta que en Colombia desde el 2008 se ha identificado un aumento progresivo en la incidencia del VIH/Sida (CAC 2018), los análisis de enfermedades transmisibles en población LGBTI se han concentrado puntualmente en esta enfermedad. Un estudio realizado en Bogotá en el 2011 identificó que la prevalencia de infección por VIH entre hombres que tienen sexo con hombres fue del 12%, de esta cifra solo el 40% manifestó estar consciente de su estado serológico y expresaron mayor probabilidad de reportar cobertura médica inadecuada, abusar de sustancias adictivas e involucrarse en relaciones sexuales por dinero, bienes o servicios (Kyu Choi et al. 2020).

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

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



### **Estilos de vida: Consumo de alcohol y sustancias adictivas, alimentación y enfermedades no transmisibles**

Algunos estudios relacionados con las condiciones y estilos de vida de la población LGBTI, principalmente en ciudades como Bogotá, afirman que las personas de este sector presentan un mayor consumo de bebidas alcohólicas y tabaquismo (UNODC y Alcaldía Mayor de Bogotá 2019; Colombia Diversa y Gobernación del Cesar 2010). Esta tendencia se explica a partir de la presencia de estrés y sufrimiento emocional asociado a contextos sociales adversos, violencia de género y discriminación social (Colombia Diversa y Gobernación del Cesar, 2010). A pesar de esto, es difícil encontrar programas de tratamiento específicos que tomen en consideración las dificultades asociadas con la violencia y la discriminación que motivan estas prácticas de consumo (Colombia Diversa and Gobernación del Cesar 2010).

Otros estudios señalan que al comparar jóvenes heterosexuales con jóvenes LGBTI, los últimos fuman con más frecuencia por día, y a su vez reportan que son víctimas de violencia intrafamiliar, abusos y hurtos en las calles y violación de derechos humanos (Ortiz-Hernández and Valencia-Valero 2015; Johns et al. 2013). Este mismo estudio señaló que las mujeres lesbianas, tienen más predisposición a la obesidad y al consumo de cigarrillo o tabaco, en contraposición a los hombres homosexuales entre quienes existe una cultura de sobre ejercitación, que los ha hecho propensos a trastornos alimenticios y al interés de someterse a procedimientos quirúrgicos para el uso de implantes de silicona en pecho y glúteos que, en muchos casos, son poco monitoreados médicamente (Colombia Diversa y Gobernación del Cesar 2010).

En la población transgénero se ha caracterizado que el sometimiento a tratamientos hormonales, a partir de la aplicación de estrógeno y testosterona sin supervisión médica, pueden desembocar en problemas cardiacos y afectaciones por el sometimiento a procedimientos quirúrgicos de manera clandestina en lugares no autorizados, derivadas de procedimientos, en el caso de las mujeres trans, como aumento de mamas, vaginoplastia y labioplastia, orquiectomía, afeitado de tráquea,



reducción de huesos faciales, rinoplastia, entre otros; en el caso de los hombres trans, masculinización del pecho, histerectomía, faloplastia, uretroplastia, prótesis testiculares, entre otros (Colombia Diversa y Gobernación del Cesar 2010).

De acuerdo con cifras en Bogotá, las mujeres transgénero suelen realizarse procedimientos quirúrgicos a través de personas que no son profesionales de la salud (35.7%) y solo un 7.1% a través de un cirujano plástico. En el caso de los hombres transgénero también se identifica un mayor porcentaje (25.7%) que recurren a personas no profesionales para realizarse intervenciones quirúrgicas, mientras que el 13.8% recurrió a cirujanos plásticos (Alcaldía Mayor de Bogotá 2017).

### **Violencias de género**

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

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

Entre las muertes reportadas en esta población por el Registro Nacional de Víctimas en el 2017 el 89% ocurrieron en grandes ciudades como Barranquilla, Bogotá, Cali, Cartagena, Cúcuta e Ibagué; mientras que 12 de las víctimas se



ubicaban en áreas rurales. Adicionalmente, las víctimas se desempeñaban como estilistas, camareras, recicladores, vendedores ambulantes y trabajadoras sexuales. En este punto llama la atención que, durante 2017, alrededor de 6 activistas y defensores de derechos LGBTI fueron asesinados, mientras que 60 afirmaron ser víctimas de amenazas, usualmente provenientes de bandas criminales y grupos paramilitares (Colombia Diversa y Caribe Afirmativo 2018).

En Colombia la población LGBTI no solo ha sido víctima de grupos armados en el marco del conflicto armado interno del país, ya que, de acuerdo con el Sistema de Información sobre la Violencia contra las Personas LGBT, los encuentros violentos con agentes de la policía han constituido actos violentos contra miembros de esta comunidad (Kyu Choi et al. 2020). Este tipo de agresiones fueron más representativas en ciudades como Bogotá y departamentos como Antioquia y Valle del Cauca, en los cuales las poblaciones de mujeres transgénero, bisexuales y lesbianas fueron las más afectadas. De igual forma, la policía ha apuntado a parejas del mismo sexo y grupos de personas LGBTI en espacios públicos y en los hogares de las víctimas. En 2017 se reportó que el 12% de los casos de violencia policial se registraron contra parejas del mismo sexo expresados en actos de agresión física y discriminación (Colombia Diversa y Caribe Afirmativo 2018).

Lo anterior describe las necesidades de esta población para atender agresiones físicas, abusos sexuales y psicológicos, sin embargo, se evidencia la falta de apoyo institucional frente a las situaciones de violencia y el desconocimiento y disponibilidad de servicios de atención a estos casos que exacerba los episodios de discriminación y exclusión social a los que se enfrenta la población LGBTI en Colombia (Colombia Diversa and Gobernación del Cesar 2010).

### **Salud mental**

La discriminación, la exclusión social, los distintos tipos de violencias ya descritos y el temor a experimentar cualquiera de estas acciones han derivado que la población LGBTI se enfrente a afectaciones y problemas relacionados con la salud mental. Uno de los trabajos más recientes en esta materia en Colombia, realizado por la Universidad de California de Los Ángeles (UCLA), evidenció que el 55% de la población LGBTI que participó reportó haber experimentado en algún momento de



sus vidas pensamientos suicidas y uno de cada cuatro (25%) intento suicidarse al menos una vez. En estos casos, las mujeres bisexuales (33%) y las personas transgénero (31%) tuvieron una tasa más alta de intentos de suicidio y una de cada tres personas informó que intentó suicidarse al menos una vez (Kyu Choi et al. 2020).

Esta investigación apuntó que todas las personas LGBTI que participaron en el estudio manifestaron experimentar estrés, ansiedad y episodios de depresión, estos niveles fueron especialmente significativos en personas transgénero y hombres homosexuales y bisexuales. En la muestra los hombres gays (71%), hombres bisexuales (65%), mujeres lesbianas (60%) y mujeres bisexuales (61%) experimentaron agresión verbal a lo largo de sus vidas.

Otro estudio en la ciudad de Bogotá, mostró que el factor estresante que más ha impactado a las personas LGBTI ha sido el miedo en perder su trabajo o ser rechazados en espacios educativos y de salud. Así, a pesar de que el 88% de las personas encuestadas afirmó encontrarse en buena salud, el 46% reportó preocupación y miedos, el 54% cansancio y agotamiento, el 49% manifestó irritabilidad, el 48% tuvo problemas del sueño y el 41% reportó dolores de cabeza y tensión muscular (Jiménez y Sánchez, 2017). Otros estudios sobre la salud mental de la población LGBTI y la población colombiana en general, encontraron que estos últimos presentan menos problemas para dormir (31%); menor prevalencia de trastornos del estado de ánimo (15%) y menor prevalencia de dolores de cabeza (3% - 9%) (Kyu Choi et al. 2020).

### **Necesidades en salud en grupos de edad específicos de la población LGBTI**

Sobre las niñas, niños, adolescentes y jóvenes, es posible identificar trabajos que informan que esta población en particular al manifestar orientación sexual o identidades de género diversas son propensas a sufrir mayores casos de violencia intrafamiliar producto de prejuicios, estigmas y presiones para no desarrollar sus identidades (Alcaldía Mayor de Bogotá 2013). Un estudio de la Alcaldía Mayor de Bogotá (2013), se identificó que son las personas entre 13 a 18 años de edad con una orientación sexual no heterosexual quienes más experimentan episodios de



maltrato intrafamiliar asociados, manifestaron ser víctimas de violencia verbal, violencia emocional, violencia física, y, por último, violencia sexual.

Respecto a la violencia de género en escuelas e instituciones educativas, investigaciones realizada en Bogotá, destacaron que los hombres han reportado haber visto más situaciones de intimidación por homofobia en sus colegios en comparación a las mujeres (40% y 29% respectivamente). Adicionalmente, se destacó que en el rango de edad entre 8 a 14 años aumentó la percepción de intimidación por homofobia, así como se reportaron mayor cantidad de actitudes homofóbicas en los colegios privados y masculinos (García 2007).

Ahora bien, con respecto a las personas mayores de la población LGBTI no existe mucha información sobre sus necesidades y circunstancias en salud. Sin embargo, informes de Colombia Diversa (2010) y de la Alcaldía Mayor de Bogotá (2019) reconocen que las personas mayores de la población LGBTI, no sólo experimentan las mismas dificultades o problemas de salud que sus homólogas heterosexuales, sino que adicionalmente han vivido innumerables situaciones de exclusión y discriminación que han generado que sientan un profundo temor por visibilizar su identidad en contextos como los servicios de salud (Colombia Diversa y Gobernación del Cesar 2010).

### **Cobertura de servicios de salud**

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



En el caso de las personas no afiliadas, esta encuesta identificó que los principales motivos para no estar afiliados se relacionan con la falta de dinero (22%), falta de interés o descuido (16%), falta de vinculación laboral (12%) y pérdida del trabajo (5%). Llama la atención que para las personas bisexuales el principal motivo (58%) fue la falta de vinculación laboral (Rincón Ortiz and Paéz Méndez 2017).

Un estudio de la Alcaldía Mayor de Bogotá de 2019 señaló que el 91% de la población LGBTI está afiliada o es beneficiaria de alguna entidad de Seguridad Social en Salud. De acuerdo a estas cifras, el 90% de las mujeres lesbianas, el 91% de los hombres gay, el 93% de las personas bisexuales, el 81% de las mujeres trans, el 91% de los hombres trans y el 78% de las personas intersexuales se encuentran afiliados a alguna entidad de seguridad social en salud.

La Encuesta Multipropósito (2014), identificó el porcentaje de uso de servicios de salud por parte de esta población y reportó que entre los participantes solamente el 21% de personas homosexuales y el 38% de bisexuales acuden al servicio de medicina general por prevención, mientras que el 14% y el 26% respectivamente acuden a servicios antes de presentar síntomas o molestias graves. Específicamente, en el caso de las mujeres, se evidenció que durante 2014 el 58% de mujeres bisexuales y el 41% de mujeres homosexuales no se realizaron la citología, así 58 de cada 100 mujeres homosexuales y bisexuales mayores de 40 años no se practicaron este examen de manera periódica (Rincón Ortiz and Paéz Méndez 2017).

### **Percepciones de la población LGBTI sobre los servicios de salud**

En relación con agresiones en el sistema de salud, relacionadas con la orientación sexual y la identidad de género, en 2014, en promedio un 8.2% de las personas afirmaron haber sido víctimas de agresión, discriminación o maltrato en el sistema de salud. Las personas más afectadas en este aspecto fueron las mujeres trans, seguidas por los hombres trans (Alcaldía Mayor de Bogotá 2017).



El estudio de la Alcandía Mayor de Bogotá, para 2019, mostró entre la población LGBTI que se encuentra afiliada al SGSSS insatisfacciones de las personas sobre las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB). Las tasas de cambio de EAPB son del 4% y 5%, siendo 1% más frecuentes en personas de los sectores LGBTI.

Para las mujeres lesbianas los índices que más influyeron en la calidad de los servicios de salud fueron la tardanza en la asignación de citas (43%), muchos trámites (27%), mala atención (13%), tardanza en la atención por parte del personal médico (8%), deficiente infraestructura (5%) y falta de conocimiento del personal asistencial (2%). Para los hombres homosexuales son la tardanza en la asignación de citas (46%), mala atención (24.5%), muchos trámites (11.5%), tardanza en la atención por parte del personal médico (9%), falta de conocimiento del personal asistencial (8%) y deficiente infraestructura (2%). En las personas bisexuales son la tardanza en la asignación de citas (44%), la mala atención (17%), muchos trámites (16%), tardanza en la atención por parte del personal médico (14%), falta de conocimientos del personal asistencial (5%) y deficiente infraestructura (3%). Por último, en mujeres transgénero el aspecto más influyente fue la tardanza en asignación de citas (52%), tardanza en la atención por parte del personal médico (31%), muchos trámites (12%) y deficiente infraestructura (5%) (Alcaldía Mayor de Bogotá 2019).

Por último, vale la pena señalar que se ha reportado que el 74% de las personas trans en diferentes ciudades de Colombia no tienen claro cuáles son los requisitos que necesitan para realizar su tránsito a través de los servicios del sistema de salud. Además, el 72% han tenido que asistir a atención por psiquiatría para poder acceder al tratamiento de reemplazo hormonal y el 74% de las personas fueron diagnosticadas con disforia de género para acceder a tratamiento hormonal y a procedimientos quirúrgicos dentro del SGSSS (Ministerio del Interior and PAIS 2018).

### **Adaptación del sistema de salud a las necesidades de la población LGBTI**



En el marco de la garantía del Derecho a la Salud, en Colombia la Ley 1751 de 2015 Estatutaria de Salud ha consagrado que la salud es un derecho autónomo e irrenunciable tanto en el aspecto individual como en el colectivo. En este sentido, todas las personas sin importar sus particularidades tienen el derecho de que se les garantice el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz, con calidad y para la preservación, mejoramiento y promoción de su salud.

Esto ha implicado que el Estado Colombiano garantice que las personas LGBTI accedan a los servicios de salud con igualdad de trato y oportunidades a actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación. Así, bajo los principios que estructuran al Sistema de Salud colombiano, la prestación de los servicios por parte del personal de salud no debe generar ninguna barrera para la garantía del derecho a la salud para todas las personas.

Lo anterior ha implicado instruir, acompañar y formar al personal médico, sanitario y en general de las instituciones de salud en materia de derechos humanos, y de forma particular, en derechos a la población LGBTI y derechos sexuales y reproductivos. Así, se ha instado a la adaptabilidad de los servicios para la atención, principalmente, en materia de derechos sexuales y reproductivos a partir de la Política Nacional de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (2014).

### ***Elementos estratégicos para el desarrollo del enfoque diferencial en población lgtbi en el PDSP 2022-2031***

#### **Eje Estratégico Gobierno y la gobernanza de la salud pública**

Incorporar variables relacionadas con la orientación sexual y la identidad de género los formatos y registros que alimentan la base de datos del SISPRO

Asumir y concertar desde la alta dirección de cada entidad el compromiso para avanzar en la transversalización del enfoque de género.

Usar lenguaje incluyente o sensible al género.



Fortalecer y/o generar la articulación con los colectivos u organizaciones sociales que trabajan por el bienestar de las personas de los sectores LGBTI para la generación de redes socio–institucionales.

Adoptar los Lineamientos para la Transversalización del Enfoque de Género en el Sector Salud para el Cierre de Brechas por Razones de Género, Identidad de Género y Orientación Sexual como una política institucional para disminuir las brechas de género en el sector salud y la discriminación a las personas de los sectores LGBTI.

Gestionar la participación social en salud conforme a la política sectorial (Resolución 2063 de 2017 o la que haga sus veces), teniendo en cuenta promover la participación tanto de personas de los sectores sociales LGBTI.

### **Eje Estratégico Gestión intersectorial de los determinantes sociales de la salud**

Mejorar las condiciones socio-económicas de la población LGBTI en mayor situación de desventaja social.

Conocer las líneas de ayuda para apoyo psicosocial, para la prevención y contención de situaciones de violencia, salud mental, consumo de sustancias psicoactivas y para la atención en salud en general, disponibles en cada territorio a cargo de las Entidades Territoriales de Salud o EAPB y las líneas de emergencia como el 123 y 192.

Adoptar e implementar las Políticas Públicas departamentales y municipales LGBTI.

### **Eje Estratégico Gestión integral de la atención primaria en salud**

Reconocer los contextos de discriminación y de violencia hacia las personas LGBTI en los ámbitos de vida cotidiana: la escuela, el trabajo, el espacio público y desarrollar acciones de educación, información y comunicación como parte de la prevención de las violencias.



Fortalecer las redes sociales de las personas LGBTI que permitan el intercambio, reconocimiento, aunar esfuerzos, estrechar lazos, potenciar capacidad de respuesta, comprensión de problemáticas y planteamiento de soluciones en torno a la atención en salud desde las rutas intersectoriales<sup>1</sup>.

Incluir en las intervenciones colectivas que lo permitan, la detección temprana de factores de riesgo y factores protectores y acciones de protección específica en relación a la salud de las personas de los sectores sociales LGBTI.

Incluir a la población LGBTI, en los procesos de Rehabilitación Basada en Comunidad, especialmente a las que tienen discapacidades o problemas mentales.

### **Eje Estratégico Gestión Integral del Riesgo en Salud Pública.**

Propiciar y coordinar acciones conjuntas entre el territorio (PIC) y EAPB e IPS (PBS) para el desarrollo de actividades extramurales en los entornos hogar, educativo, laboral, institucional y comunitario para facilitar el acceso en salud en función de lugares donde permanecen personas de los sectores LGBTI.

Promover una relación empática entre personas atendidas y personal de salud, que permita el auto reconocimiento de la identidad de género y orientación sexual, garantizando la calidad y la calidez de los servicios de salud.

Avanzar en la adaptabilidad de los servicios de salud para la atención con el enfoque de género. En el caso de servicios de promoción y mantenimiento de la salud, y de salud materno –perinatal, tener en cuenta lo dispuesto en los lineamientos técnicos y operativos dispuestos en las rutas para tal fin.

Gestionar de manera coordinada con las EAPB, acciones para la afiliación al sistema de salud de las mujeres, hombres y personas de los sectores sociales LGBTI y sus grupos familiares, teniendo en cuenta desde un enfoque diferencial la población indígena, afro, madres cabeza de hogar, personas con discapacidad, personas mayores o en situación de calle, entre otras.



Ampliar la oferta por parte de los servicios de salud de incorporar las necesidades hormonales, estéticas, de salud mental y no solamente el riesgo de portar una ITS o una ETS.

Implementar servicios amigables en todos los Planes Territoriales de Salud para la atención a la población adolescente LGBTI.

Ampliar los horarios para que sean más oportunos para la atención en salud definiendo de manera diferencial los más propicios para personas de los sectores sociales LGBTI, incluyendo horarios en fines de semana o nocturnos. En el caso de mujeres en sus diversidades, se requiere tener en cuenta los trabajos de cuidados que tradicionalmente le son asignados y en el caso de hombres en sus diversidades los lugares donde permanecen más durante el día.

Adopción o adaptación de guías o protocolos de atención para la atención de las personas de los sectores sociales LGBTI, acuerdo con la norma de habilitación.

Garantizar la disponibilidad de material impreso y de referencia, en formatos accesibles, a servicios de salud que sean inclusivos y específicos para las personas de los sectores sociales LGBTI, en las salas de espera, por ejemplo, derecho al acceso de tratamientos para tránsito de género.

Disponer dentro de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RIPSS), prestadores que oferten servicios asociados con los procesos de tránsito de género.

Generación de Servicios integrales dirigidos a personas de los sectores sociales LGBTI, incluyendo servicios Transamigables para las personas Trans.

### **Eje Estratégico Gestión del Conocimiento para la Salud Pública.**

Desarrollar análisis en los que pueda dar cuenta de la salud de la población LGBTI como un todo y no solo como algo asociado a las violencias, la salud mental o las enfermedades transmisibles es necesario contar con variables para su



identificación. Lograr acuerdos respecto a cómo se les puede dar visibilidad en las estadísticas nacionales.

Incluir indicadores específicos de los sectores sociales LGBTI en los informes, monitoreo, seguimiento, estudios e investigaciones que realice la entidad.

Aportar información desde los Sistemas de Vigilancia en Salud Pública sobre personas LGBTI para la toma de decisiones en espacios intersectoriales.

### **Eje Estratégico Gestión y Desarrollo del Talento Humano en Salud Pública**

Sensibilizar y capacitar a los funcionarios en enfoque de género y de derechos para garantizar una atención humanizada a las personas de los sectores LGBTI

Implementar acciones de capacitación virtual y directrices como circulares y orientaciones al personal de salud administrativo y asistencial, por parte de las

Direcciones Territoriales de Salud, EAPB e IPS, para promover la no discriminación y la atención integral en salud de las personas de los sectores LGBTI

Capacitar en prevención y gestión de posibles barreras de acceso a la atención en salud de la población LGBTI.

Capacitar al personal de seguridad y administrativo, incluido el personal de limpieza, sobre derechos humanos y los enfoque diferencial, biopsicosocial, de género y de orientaciones e identidades de género diversas, para brindar atención respetuosa a todas las personas que acuden a las instalaciones de la IPS.

Capacitar a los prestadores de servicios de salud en el uso de MIPRES, incluyendo la ubicación y cargue de medicamentos y procedimientos relacionados con procesos de tránsito de género.

### **Población Migrante**

---

#### **Conceptos**



Se define como migración, al movimiento individual o colectivo de personas a través de una frontera administrativa o política desde un territorio de origen a otro de destino, con el fin de radicarse de forma temporal o indefinida (OIM, 2019). Los fenómenos migratorios son impulsados por intereses muy diversos como la búsqueda de alimento, oportunidades de educación, trabajo, salud, diversión, acceso a bienes y servicios, mejorar la calidad de vida o motivado por intereses grupales como huir de fenómenos naturales, sociales o políticos, que llevan a cambiar del lugar de residencia habitual (Sandoval, 2005).

La migración es un fenómeno complejo no solo por su extensión en el tiempo y en el espacio, sino porque incluye diversos factores individuales, grupales, sociales, demográficos y económicos; en los que influye, además, las fases en las que se desarrolla la migración: preparación, acto migratorio, asentamiento e integración (Micolta León, 2005; Sandoval, 2005; Tizón García, 1993).

La organización Internacional para la Migraciones (OIM), reconoce que las diversas teorías y estudios sobre las migraciones en los últimos años no responden a la totalidad de los porqués y definiciones acerca de migración, ya que la base de las migraciones se encuentra en delgadas transiciones espaciales y sociales cuyos límites no son sencillos de establecer, por lo que en muchos casos existe ambigüedad y dificultad a la hora de construir una definición, por su complejidad y los diversos factores que intervienen en el proceso (Global Migration Data Analysis Centre, n.d.).

### ***Diagnóstico de la población Migrante***

Se utilizaron diferentes fuentes primarias y secundarias de información para generar un diagnóstico situacional de la población migrante en Colombia. A continuación, se presentan las condiciones demográficas y epidemiológicas de la población migrante en Colombia entre los años 2015 y 2021, seguido de los principales retos identificados en los procesos de participación comunitaria, así como en diagnósticos suministrados por la cooperación internacional.

### **Contexto demográfico**



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

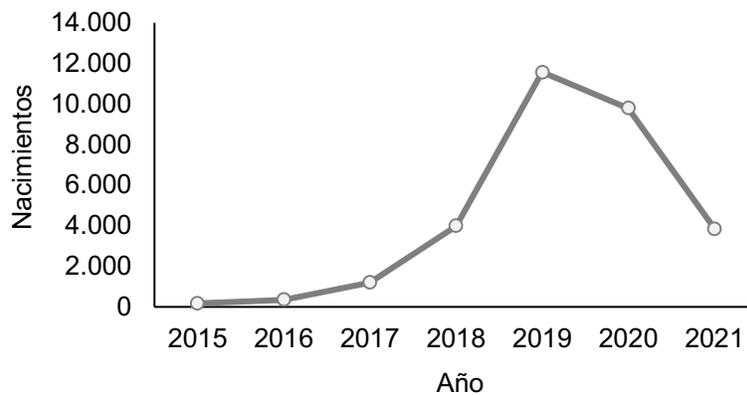
En el caso específico de Colombia, un país eminentemente expulsor, desde el año 2015 experimentó un incremento en el número de población migrante proveniente de Venezuela, fenómeno relacionado con la inestabilidad política, social y económica experimentada en el vecino país. Así, se pasó de 97 mil migrantes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

Con relación a los nacimientos entre el 2015 y el 2021, en Colombia se han registrado 30.906 nacimientos de población que reside en el extranjero<sup>74</sup>, con un incremento importante para los años 2019 y 2020; de otro lado y como era de esperar, el 97,6% correspondían a madres nacionales venezolanas (*Gráfico 3*), comportamiento que coincide con el incremento de la migración de la población venezolana desde el año 2015.

---

<sup>74</sup> Solo se consideran los nacimientos de las mujeres que no residían en el territorio nacional o cuya permanencia en el territorio era inferior a (6) meses continuos o discontinuos en un periodo de doce (12) meses.

**Gráfico 3. Número de nacimientos de población extranjera en Colombia. 2015 a 2021**



Fuente: CUBO SISPRO. Base de datos EEVV Nacidos Vivos. 2015-2021

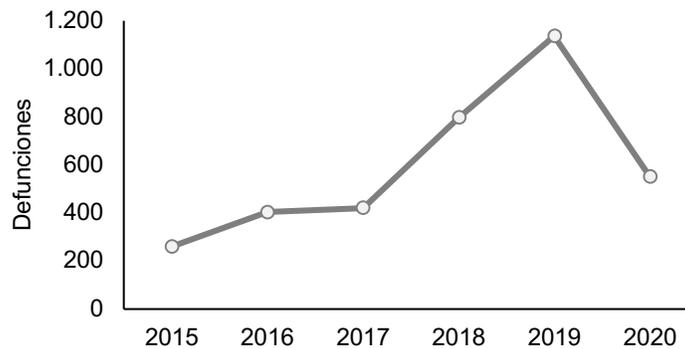
De acuerdo con la distribución territorial, el 68,8% se presentaron en cuatro entidades territoriales: Norte de Santander, Cartagena, La Guajira y Arauca, tres de estas ubicadas en zona de frontera. De acuerdo con el curso de vida de las madres, el 68% eran jóvenes entre los 18 y 28 años, el 19,9% adultas entre los 29 y 55 años y el 12% adolescentes entre los 12 y 17 años. Además, de la totalidad de nacimientos, el 4,9% (1.512) de las madres manifestaron pertenecer a algún grupo étnico, principalmente a la población indígena Wayuu.

Por su parte, el 9,9% de los neonatos tenían menos de 2.500 gramos al nacer, entre tanto que la mayoría de las madres no accedieron a controles prenatales o estos fueron insuficientes (menos que tres) (61,9%).

Respecto de las defunciones entre el 2015 y el 2020 en Colombia se registraron 3.569 muertes en población residente en el extranjero<sup>75</sup>, una cifra 2,1 veces mayor en 2020 en comparación con el inicio del periodo, y con una mayor ocurrencia de muertes entre el 2018 y 2019 (54,2%). De acuerdo con la nacionalidad, el 67,7% ocurrieron en personas venezolanas (Gráfico 4).

<sup>75</sup> Solo incluye las defunciones de personas que no residían en el país o tenían una permanencia en el territorio nacional menor a 6 meses continuos o discontinuos en un periodo de doce (12) meses.

**Gráfico 4. Número de muertes de población extranjera en Colombia. 2015 a 2021**



Fuente: CUBO SISPRO. Base de datos EEVV. Mortalidad. 2015-2020

De acuerdo con el lugar de ocurrencia de las muertes, cerca del 75% se presentaron en seis entidades territoriales: Norte de Santander, Bogotá DC, La Guajira, Arauca, Antioquia y Cali, además, el 50,5% de las defunciones se registraron en entidades de frontera con Venezuela.

Según el sexo, se presentó una mayor proporción de defunciones en hombres (64,6%). De acuerdo al curso de vida, la mayor proporción correspondió a adultos y personas mayores de 60 años (67,9%), mientras que los jóvenes entre 18 y 28 años y los menores de 5 años representaron el 15,2% y el 13,6% de las muertes, respectivamente. Teniendo en cuenta la pertenencia étnica, del total de defunciones el 3,73% (133 personas) pertenecía a algún grupo, siendo los Wayuu, Sikuani y Jivi los más reportados.

Si bien se observa un aumento en el número de defunciones para el año 2019, es importante mencionar que, al analizar la distribución de casos de acuerdo con la causa de defunción, se encuentra que el incremento guarda relación con el comportamiento del flujo migratorio proveniente de Venezuela y no con una proporción mayor relacionada con alguna causa específica. Frente a las causas de mortalidad de acuerdo con la clasificación GBD (*Global Burden of Disease*), el 52,5% (1.872) correspondía a enfermedades no transmisibles, siendo la más frecuente la enfermedad cardiovascular, seguido de las causas externas, con el 24,7% (881), con mayor proporción de lesiones intencionales; finalmente, las



enfermedades transmisibles, afecciones maternas, perinatales y nutricionales aportaron el 19,5% (696) de las muertes, entre las que se destacan las afecciones originadas en el período perinatal.

### **Características del acceso a los servicios de salud y afectaciones de salud de la población migrante**

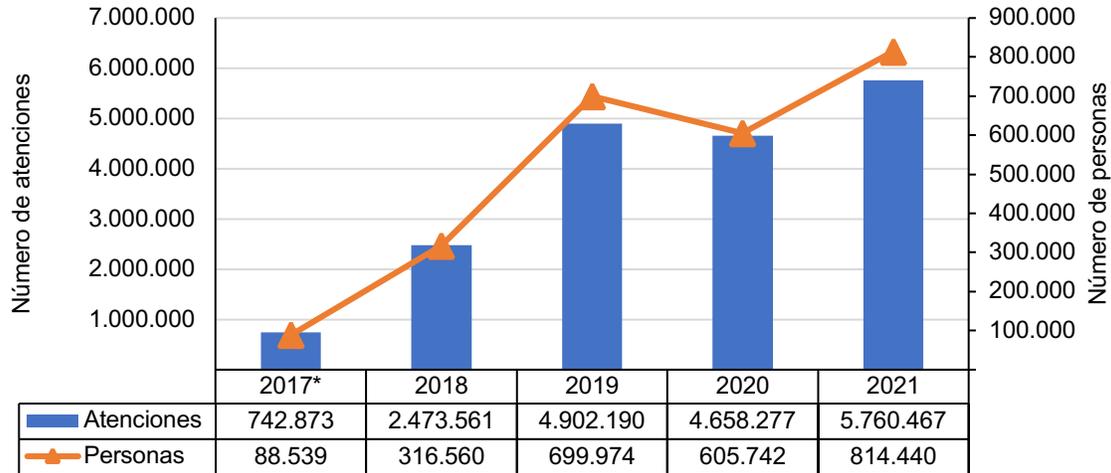
La relación entre migración y salud es bidireccionalidad, en este sentido, las diferentes formas de migración influyen en la salud, tanto a nivel individual como poblacional, y asimismo, el estado de salud afecta las decisiones de migración y da forma a la experiencia posterior a la migración (Cabieses et al., 2018).

En el caso de Colombia, el fenómeno migratorio proveniente de Venezuela ha generado importantes retos para su atención e inclusión, afectando no solo a la población migrante, sino también a la de acogida.

Entre el 1° de marzo de 2017 y el 31 de diciembre de 2021, se han reportado al Ministerio de Salud y Protección Social un total de 18.537.368 atenciones en salud realizadas a 2.195.261 personas extranjeras en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud- IPS (Gráfico 3). Del total de atenciones reportadas para este periodo, el 93,2% (n= 17.287.918) correspondió a población procedente de Venezuela.

De acuerdo con la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS, el 69,3% (n= 12.845.290) de las atenciones correspondieron a población no afiliada, el 14,1% (n= 2.605.374) a población en el régimen contributivo, el 9,6% (n= 1.771.090) a población afiliada al régimen subsidiado y el 7,1% (n= 1.315.614) restante a atenciones pagadas de forma particular.

### **Gráfico 3. Comportamiento del reporte de personas atendidas y atenciones en salud de la población extranjera. Mar 2017 - Dic 2021. Colombia**



Fuente: Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS consultado en mayo de 2022.  
 \* Año 2017 atenciones a partir de marzo; año 2021 atenciones con corte diciembre de 2021

Según el sexo de la población extranjera atendida en los servicios de salud, el 63,7% (n= 1.399.081) correspondió al femenino y el 36,3% (n= 796180) al masculino. De acuerdo con el servicio, el mayor porcentaje de atenciones reportadas correspondió a procedimientos de salud con el 70,2% (n= 13.009.421), seguido de consultas externas con el 17,6% (n= 3.262.949), el 7,7% (n= 1.435.008) a consulta por urgencias, el 2,5% (n= 454.401) a urgencias y el 2,0% (n= 375.589) a hospitalizaciones(Ministerio de salud y protección social, 2021b)

Con respecto al curso de vida de las personas extranjeras atendidas, el 15,8% (n=347.403) pertenecen a primera infancia, el 6,3% (n=138.593) a infancia, el 5,5% (n=120.776) son adolescentes, el 33,2% (n=728.097) se encuentran en la juventud, el 33,3% (n=731.575) en la adultez y el 5,9% (n=128.817) en la vejez.

### Principales causas de morbilidad

Al analizar la morbilidad de la población extranjera según el curso de vida, se observa que las primeras causas de consulta a los servicios de salud para todos los grupos de edad estuvieron relacionadas principalmente con enfermedades respiratorias, del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo, digestivas, genitourinarias, infecciosas y las lesiones de causa externa (ver Tabla 3).

**Tabla 3. Principales causas de morbilidad en la población extranjera según curso de vida, entre enero de 2020 y diciembre de 2021. Colombia**

Causas de Morbilidad	Curso de vida					
	Primera Infancia	Infancia	Adolescencia	Juventud	Adulthood	Vejez
Afecciones perinatales	6,0					
Enfermedad relacionada con COVID-19	4,8			2,7	8,2	10,4
Enfermedades Respiratorias	22,8	12,7	4,7	3,2	5,5	7,4
Enfermedades Cardiovasculares					9,8	31,3
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	4,9	5,3	2,7	2,1		
Enfermedades del sistema nervioso		3,0				
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	2,6	4,0	2,1	2,2	6,4	6,0
Enfermedades Digestivas	9,4	15,7	8,0	8,5	15,4	9,6
Enfermedades Genitourinarias	7,6	5,4	8,4	8,8	10,9	9,0
Enfermedades Infecciosas	15,7	10,8	4,5	5,8	8,7	5,0
Enfermedades nutricionales	5,1	3,4	2,1		6,1	8,6
Lesiones Causa Externa	21,1	36,7	16,8	11,1	12,0	5,0
Salud Materna			47,6	53,9	17,1	
Salud Mental		3,0	3,2	1,8		
Tumores						7,8

Fuente: Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS consultado en mayo de 2022.

\* Año 2017 atenciones a partir de marzo; año 2021 atenciones con corte diciembre de 2021

En el curso de vida primera infancia que agrupa a la población menor 5 años de edad, se observa que la demanda de servicios estuvo asociada principalmente a diagnósticos como: rinofaringitis, traumas de la cabeza, enfermedad diarreica, caries, infección de vías urinarias y desnutrición. Para la población entre los 6 y 11 años de edad que hacen parte del curso de vida Infancia, diagnósticos como: traumatismos de miembros superiores, caries, bronquitis, infecciones parasitarias, infección de vías urinarias, desnutrición y trastornos mentales y del comportamiento, hicieron parte de los primeros motivos de consulta.



Con relación al curso de vida Adolescencia (12 a 17 años de edad), se observa que la demanda de servicios en una proporción considerable, estuvo relacionada con la atención materna, traumatismos de miembros superiores, infección de vías urinarias, caries, rinofaringitis, enfermedad diarreica y trastornos de adaptación. Para la población con edades entre los 18 a 28 años que hacen parte del curso de vida Juventud, se encontró que como parte de los primeros diagnósticos los asociados a atención materna, traumatismo de miembros superiores, infección de vías urinarias, enfermedades por virus de VIH y caries.

Para el curso de vida Adulthood que agrupa a la población entre 29 y 59 años de edad, se observa que dentro de los diagnósticos más frecuentes están los asociados a la atención del parto y cesárea, traumatismos de miembros superiores, hemorragia vaginal y uterina anormal y enfermedad hipertensiva. Finalmente, los mayores de 60 años que hacen parte del curso de vida Vejez consultaron en su mayoría por enfermedad hipertensiva, diagnóstico confirmado de COVID-19, insuficiencia renal crónica, diabetes mellitus, tumores malignos y enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Con relación a la entidad territorial en donde se realizó la atención en salud de la población extranjera para este periodo, se observa que el 71,2% (n= 13.202.941) se concentra en Bogotá, D.C, Antioquia, Norte de Santander, Cali, D.E, Santander, Cesar, La Guajira y Barranquilla, D.E.

### **Eventos de Interés en Salud Pública**

Teniendo en cuenta que, a partir del año 2019, el Instituto Nacional de Salud – INS incluyó en el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública – SIVIGILA la variable nacionalidad, para el 2021 con corte al periodo epidemiológico XII se notificaron 29.456 eventos de interés en salud pública- EIPS de los cuales el 96,72% (28.491) fueron en personas de nacionalidad venezolana y el 3,27% (965) de otras nacionalidades. Comparado con el mismo periodo de 2020, de las 28.070 notificaciones el 88,86% (24.945) fueron en población de nacionalidad venezolana y el 11,13% (3.125) de otras nacionalidades, evidenciando para el 2021 un



incremento en la notificación de la población venezolana del 14,2% y 8,8% en términos absolutos y relativos respectivamente.

Para este periodo, los eventos que registraron un aumento en la población venezolana fueron: Accidente ofídico, Agresiones por animales potencialmente transmisores de la rabia, Cáncer en menores de 18 años, Dengue, Desnutrición aguda en menores de 5 años, Evento Similar a la Influenza – Infección Respiratoria Aguda Grave ESI-IRAG, Hepatitis B y C, Infección asociada a dispositivos y del sitio quirúrgico, Intento de Suicidio, Intoxicaciones, Morbilidad materna extrema, Sífilis gestacional, Tuberculosis, Violencias y VIH; para otras nacionalidades se identificó un aumento en la notificación en el evento de infecciones asociadas a dispositivos y cáncer en menores de 18 años.

En cuanto a las entidades territoriales notificadoras, 14 tuvieron un aumento en el 2021 con respecto al 2020, Antioquia, Barranquilla, Buenaventura, Caquetá, Cartagena, Cauca, Chocó, Córdoba, Guaviare, Guainía, Guajira, Meta, Risaralda y Vichada. Respecto a la distribución de los casos por grupos de edad, para este periodo epidemiológico el 15,9% de las notificaciones estuvieron entre los 20 a 29 años. Según el tipo de aseguramiento, la mayor proporción de casos notificados en población de nacionalidad venezolana fueron no asegurados (91,57%), seguido por el régimen subsidiado (8,43%).

Frente a la notificación de casos confirmados de COVID-19 en población con nacionalidad extranjera que reside en Colombia, para el periodo 2020 - 2022 con corte 12 de febrero<sup>76</sup> se registran 102.320 casos que corresponden al 1,70% del total de eventos que se presentaron en el país durante el mismo periodo (6.014.563 casos). De acuerdo con la entidad territorial de ocurrencia, Bogotá ha notificado el 45,1% de los casos (46.142), seguido de Antioquia (19%; 19.469 casos), Valle del Cauca (5,6%; 5.752 casos) y Norte de Santander (4,1%; 4.246). De acuerdo con la edad, el grupo más afectado estuvo entre los 20 y 39 años; con respecto a la nacionalidad, la venezolana fue la más frecuente con el 77,67 % de los casos

---

<sup>76</sup> Información preliminar sujeta a cambios.



(79.475), seguido de los estadounidenses con el 5,61% (5.285) y españoles con el 0,77 % (795).

Con relación a los eventos en población procedente del exterior, entre el 2019 y 2021, se notificaron 20.730 eventos de interés en salud pública, de los cuales el 93,3% correspondió a población procedente de Venezuela. Los eventos de mayor frecuencia fueron: Malaria, Morbilidad Materna Extrema, Violencia de Género e Intrafamiliar, Sífilis Gestacional, VIH/SIDA, Sífilis Congénita, Bajo peso al nacer, Desnutrición Aguda en menores de 5 años, Tuberculosis y Mortalidad Perinatal. De acuerdo a la distribución territorial, las siguientes entidades concentraron el 70,7% de los casos: Norte de Santander, Bogotá, Guainía, La Guajira, Arauca, Antioquia y Santander.

Según la edad, los grupos más representativos fueron entre los 15 a 19 y 20 a 24 años (14,88% y 20,47% respectivamente); de acuerdo con el tipo de aseguramiento al Sistema de General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, la mayor frecuencia se observó de la notificación de casos procedentes de Venezuela fueron los no afiliados (89,13%), seguido por los afiliados al régimen subsidiado (11,9%).

### **Retos de la respuesta en salud para la atención de población migrante en Colombia.**

Tomando como referencia los encuentros de participación comunitaria (Anexo x) y de la nota de política socializada por el equipo de Migración y Salud del Banco Mundial (Anexo x), se presentan a continuación algunos retos de la respuesta en salud para la atención de la población migrante en Colombia.

- Garantía del derecho a la salud para la población migrante en el país
- Afiliación de la población migrante con Permiso de Protección Temporal al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), especialmente al régimen contributivo



- Falta de conocimiento y habilidades para navegar el SGSSS por parte de la población migrante: mecanismos de afiliación, rutas de atención, derechos y deberes, entre otros
- Barreras culturales para una eficaz atención en salud de la población migrante
- Promoción de la salud mental y gestión del riesgo específicas en salud mental relacionadas con los procesos de duelo, despojo y violencia experimentados por la población migrante
- Inclusión de los migrantes en los sistemas de información en salud de Colombia, con garantía de interoperatividad y trazabilidad de los sujetos
- Estigmatización, discriminación y xenofobia por parte de comunidad de acogida, en instituciones públicas y durante la prestación de los servicios de salud
- Necesidad de mecanismos que faciliten la convalidación de títulos para el talento humano en salud proveniente de Venezuela y su inclusión en el mercado laboral formal
- Fortalecimiento de la formación del talento humano en salud en Colombia que incluya en currículos sensibilización frente a la migración con enfoque de derechos y atención humanizada
- Deudas a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) por servicios prestados a migrantes en condición irregular y pendulares
- Necesidad de mecanismos que garanticen la sostenibilidad financiera para la atención de la población migrante no asegurada en el país
- Capacidad institucional para responder a la migración internacional como una dinámica permanente y activa

***Elementos estratégicos para el desarrollo del enfoque diferencial en población Migrante en el PDSP 2022-2031***

**Eje: Gobierno y Gobernanza de la Salud Pública**



- ***Generación y Adecuación de Arreglos Institucionales para el Gobierno y la Gobernanza de la Salud Pública***

***Estrategia: Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y la rectoría en salud pública en Migración y Salud a través del trabajo articulado y organizado con la cooperación internacional.***

Fortalecimiento del espacio de coordinación y organización del trabajo con la cooperación internacional en salud en Colombia, donde se abogue por la conjunción de esfuerzos, generación de sinergias positivas y desarrollo de estrategias conjuntas en búsqueda de la salud y el bienestar de la población migrante y de las comunidades de acogida, respondiendo a las necesidades del país de manera eficiente, evitando reprocesos, sobre intervención y desarticulación.

- ***Desarrollo de la Gestión Democrática y Colaborativa de la Salud Pública en Territorio mediante la Participación Social y Ciudadana en la Gobernanza de la Salud Pública***

***Estrategia: Promoción de la participación en salud de la población migrante en Colombia*** a través del desarrollo de procesos de participación social y ciudadana, empoderamiento social y organizativo que permitan su participación en el diseño, monitoreo y evaluación de políticas públicas que los involucren.

#### **Eje: Gestión Intersectorial de los Determinantes Sociales de la Salud**

- ***Fortalecimiento de las Instancias de Acción Intersectorial***

**Estrategias:**



**Fortalecimiento de las instancias de acción intersectorial nacional y subnacional.** Incluir la CISP y los CTSSS, para que entre sus funciones de acción intersectorial se consideren estrategias conjuntas para incidir positivamente sobre los determinantes sociales de la salud de la población migrante en el país, considerando la complejidad del fenómeno migratorio.

**Reducción de las vulnerabilidades económicas y sociales.** Gestión intersectorial de políticas públicas, planes y programas en torno a la inclusión social y económica de la población migrante en el país, lo cual debe partir de la promoción, flexibilización y continuidad de los procesos de regularización del estatus migratorio de la población extranjera en el país.

**Mejora del empleo, el trabajo y el ámbito laboral.** Gestión intersectorial de políticas públicas, planes y programas en torno al empleo y el trabajo decente de la población migrante, la promoción de su inclusión en el mercado laboral formal, la garantía de los derechos de los trabajadores y el avance en la protección social.

**Acceso equitativo a educación de calidad para todos.** Gestión intersectorial de políticas públicas, planes y programas para avanzar en la garantía del derecho fundamental a la educación de la población migrante con intención de permanencia en el país, especialmente para los niños, niñas y adolescentes. Asimismo, en esta estrategia se contempla el trabajo conjunto con el Ministerio de Educación para la generación de mecanismos que faciliten la convalidación de títulos para en salud obtenidos en el exterior para la mayor inclusión de talento humano en salud en el mercado laboral formal.

**Garantía del derecho a la alimentación adecuada, y la soberanía y seguridad alimentaria y nutricional sostenible.** Consiste en la gestión intersectorial de políticas públicas participativas, planes y programas para avanzar en el logro del derecho a una alimentación adecuada y sostenible, así como en estrategias que permitan superar la inseguridad alimentaria y la



malnutrición, especialmente de la población infantil, mujeres gestantes y adultos mayores migrantes en el territorio nacional.

**Promoción de ciudades, entornos y ruralidades saludables y sostenibles.** Gestión intersectorial de políticas públicas, planes y programas para avanzar hacia el derecho a un ambiente sano, la protección y recuperación de los entornos, los ecosistemas y la biodiversidad; especialmente en relación con el acceso a viviendas dignas con servicios públicos.

### **Eje: Gestión Integral de la Atención Primaria en Salud**

- ***Gestión Territorial, Técnica, Administrativa y Financiera de la Salud Pública***

#### **Estrategias**

**Planeación territorial integral en salud pública que considere las condiciones de la población migrante.** La entidad territorial deberá considerar la cantidad de población migrante, sus condiciones en el territorio y necesidades en salud, en los procesos de planeación integral en salud, especialmente en la definición del PTS.

**Fortalecimiento y articulación y desarrollo de los sistemas de información en salud pública.** Inclusión de la población migrante en los sistemas de información en salud de Colombia, avanzando en la interoperatividad con otras fuentes de información sectoriales y extrasectoriales.

- ***Promoción y Protección de Modos, Condiciones y Estilos Favorables a la Vida y la Salud***

***Estrategia: Avance en la garantía del derecho a la salud de la población migrante, incluyendo a la población en condición irregular, con***



*perspectiva de derechos humanos para la atención de urgencias y enfoque de salud pública para la promoción, protección y recuperación de la salud.*

- ***Institucionalización de una Cultura para la Vida y la Salud***

**Estrategia: Promoción entornos libres de estigmatización, discriminación y xenofobia.** Se relaciona con el desarrollo de capacidades territoriales, sociales e institucionales favorables a una cultura para la vida y la salud en donde se valora y respeta la vida humana sin distinción de nacionalidad o condición socioeconómica. Implica el diseño y ejecución de prácticas pedagógicas educativas y comunicativas en el campo de la salud pública sobre migración y salud, tanto para la población migrante como para la comunidad de acogida, entornos educativos, laborales, institucionales y comunitarios, para avanzar en la integración social de la población migrante en la sociedad colombiana.

#### **Eje: Gestión integral del riesgo en Salud Pública**

- ***Fortalecimiento de los Procesos de Aseguramiento<sup>77</sup> y Prestación de Servicios para la Gestión del Riesgo Individual en Salud en el Marco del Modelo de Atención Integral de las Condiciones de la Salud***

#### **Estrategias**

**Promoción de la afiliación de la población migrante al Sistema General de Seguridad Social en Salud** a través de medidas diversas que fomenten la afiliación de la población migrante al SGSSS en los regímenes subsidiado o contributivo, según corresponda.

**Estrategias de promoción y atención en salud mental para la población migrante** en el territorio colombiano, considerando el duelo, el desarraigo,

---

<sup>77</sup> Incluye seguridad y salud en el trabajo.



el despojo, el choque cultural, la discriminación y otras violencias que posiblemente han experimentado durante el proceso migratorio.

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

### **Estrategias**

**Estrategias de comunicación multidireccional** que fomenten el conocimiento y las habilidades para navegar el Sistema General de Seguridad Social en Salud por parte de la población migrante en el territorio colombiano.

**Estrategias de comunicación intercultural** para el desarrollo de capacidades para el cuidado integral de la salud, la comunicación de riesgos en salud pública y la participación de las personas, familias y comunidades, considerando las diferencias culturales para garantizar una comunicación efectiva.

### **Gestión del conocimiento para la salud pública**

- ***Establecimiento de un Marco de Articulación para la Gestión del Conocimiento en salud pública.***

***Estrategia; Consolidación de una red de conocimiento sobre Migración y Salud con participación de múltiples actores y sectores del desarrollo, y de los distintos niveles territoriales.***

- ***Fortalecimiento de fuentes de información y gestión de datos.***

### **Estrategias**



**Fortalecimiento de las capacidades territoriales** para la captura, consolidación, reporte, análisis y difusión de datos, información y conocimiento sobre Migración y Salud.

**Mejora continua de la calidad de las fuentes de información** que se constituyen en insumos para el análisis de las condiciones de vida y de salud de la población migrante en Colombia.

- ***Consolidación de la Gestión del Conocimiento para la Gestión de la Salud Pública***

### **Estrategias**

**Generación de conocimiento** pertinente y oportuno sobre las condiciones de vida y de salud de la población migrante en Colombia, en trabajo articulado con diferentes actores, abogando por la integración de fuentes para el monitoreo del fenómeno en el tiempo y según grupos socialmente constituidos.

**Avance en la gestión del conocimiento sobre Migración y Salud** en Colombia a través del fortalecimiento del Observatorio Nacional de Migración y Salud como escenario para la observación sistemática, el análisis, la investigación, la transferencia de conocimiento y la colaboración interinstitucional, como insumo para la identificación de necesidades y toma de decisiones en clave de política pública.

- ***Articulación Sectorial e Intersectorial para la divulgación, comunicación y traducción social del conocimiento en Salud Pública***

### **Estrategia**

**Diseño y ejecución de estrategias de divulgación, comunicación y traducción social del conocimiento en Migración y Salud** con la participación de diversos actores para la apropiación social del conocimiento



y el uso del conocimiento en la construcción de políticas públicas que involucren a la población migrante.

- ***Articulación Sectorial e Intersectorial para la Gestión del Uso del Conocimiento para la Salud Pública***

### **Estrategia**

**Fomento del uso del conocimiento para la formulación de políticas y la toma de decisiones en salud pública que involucren la población migrante** bajo la cultura de uso del conocimiento en los procesos de toma de decisiones, monitoreo y evaluación de políticas públicas

### **Eje: Gestión y Desarrollo del Talento Humano en Salud Pública**

- ***Educación del talento humano para la gestión integral de la salud pública***

**Estrategia: Fortalecimiento de la formación del talento humano en salud en Colombia que incluya la sensibilización frente a la migración** con enfoque de derechos y atención humanizada, sin estigmatización, discriminación o xenofobia en los servicios de salud.

- ***Disponibilidad y sostenibilidad del talento humano en salud pública en condiciones de protección y seguridad laboral.***

**Estrategia: Fomento de la inclusión de talento humano en salud migrante en los servicios de salud** lo que permitirá avanzar en la inclusión social de la población migrante y en la eliminación de barreras culturales para el acceso efectivo a los servicios sanitarios.



## Referencias

Alcaldía Mayor de Bogotá. (2013). Diagnóstico de Situación de Niñas, Niños y Adolescentes Con Orientaciones Sexuales o Identidades de Género No Normativas. Bogotá D.C.

Alcaldía Mayor de Bogotá. (2017). “Línea Técnica Política Pública LGBTI. Sector Mujeres.”

Alcaldía Mayor de Bogotá. 2019. “Perspectiva de Envejecimiento y Vejez En Personas Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgénero e Intersexuales.” Bogotá D.C.

Association for Women’s Rights in Development. (2004). Interseccionalidad: una herramienta para la justicia de género y la justicia económica. Derechos de Las Mujeres Y Cambio Económico, (9), 1–8. Disponible en:

[https://www.awid.org/sites/default/files/atoms/files/nterseccionalidad\\_-\\_una\\_herramienta\\_para\\_la\\_justicia\\_de\\_genero\\_y\\_la\\_justicia\\_economica.pdf](https://www.awid.org/sites/default/files/atoms/files/nterseccionalidad_-_una_herramienta_para_la_justicia_de_genero_y_la_justicia_economica.pdf)

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL (2011). Las personas con discapacidad en América Latina: del reconocimiento jurídico a la desigualdad real. Santiago de Chile. Disponible en:

<http://www.larediberoamericana.com/wp-content/uploads/2012/07/CEPAL.-Las-pcd-en-Aml.-Del-reconocimiento-juridico-a-la-desigualdad-real.pdf>

Batterham, D. (2017). Defining “At-risk of Homelessness”:Re-connecting Causes, Mechanisms and Risk, Housing, Theory and Society, DOI: 10.1080/14036096.2017.1408678

Batterham, D. (2020). Clarifying the Relationship between Homelessness and Private Rental Markets in Australia: Capabilities, Risk, Mobility, and Geography. Melbourne: Swinburne University of Technology

Bramley, G. y Fitzpatrick, S. (2018). Homelessness in the UK: who is most at risk?, Housing Studies, 33(1), 96-116, DOI: 10.1080/02673037.2017.1344957



Carrillo, et al. (2015). Consumo autoreportado de sustancias psicoactivas ilegales en una población habitante de calle de Cali, Colombia. *Rev. Salud Pública*. 17 (2): 217-228.

Cabieses, B., Gálvez, P., & Ajraz, N. (2018). Migración Internacional y Salud: el aporte de las teorías sociales migratorias a las decisiones en salud pública. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 35(2), 285–291. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2018.352.3102>

Cuenta de Alto Costo (CAC). (2018). *Situación Del VIH Sida En Colombia*. Bogotá D.C.

Cárdenas, I. (2014). *Factores relacionados con la infección por VIH en población habitante de calle en tres ciudades de Colombia 2012*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia Departamento de Salud Pública.

Castel, R. (1997). *La metamorfosis de la cuestión social. Estado y sociedad*. Paidós.

Colombia Diversa y Caribe Afirmativo. 2018. *LA DISCRIMINACIÓN, Una Guerra Que No Termina*.

Colombia Diversa y Gobernación del Cesar. 2010. *Provisión de Servicios Afirmativos de Salud Para Personas LGBT*. Bogotá, D.C.

Congreso de la República. (2009). Ley 1346 de 2009. Por medio de la cual se aprueba la "Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad", adoptada por la Asamblea General de la Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006. Bogotá.

Congreso de Colombia. (2021). Ley 1641 de 2013 Por la cual se establecen los lineamientos para la formulación de la política pública social para habitantes de la calle y se dictan otras disposiciones.



Corporación CIDEMOS. (2014). Estudio de comportamiento sexual y prevalencia del VIH en una muestra de habitantes de calle en el Municipio de Barrancabermeja en 2014.

Correa, M et al. (2012). Habitantes de la calle y tuberculosis: una realidad social en Medellín. *Eleuthera*, 6, 101-126.

Dejusticia. (2020, Marzo). Colombia tiene la primera radiografía de su población campesina. Retrieved from Dejusticia: <https://www.dejusticia.org/colombia-tiene-la-primera-radiografia-de-su-poblacion-campesina/>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE]. (2020a).

Caracterización de la población campesina en Colombia: Encuesta de Cultura Política 2019.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE (2017). Documento de caracterización sociodemografica proyectos especiales (chc) censo de habitantes de la calle/ Bogotá.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE (2019). Documento de caracterización sociodemografica proyectos especiales (chc) censo de habitantes de la calle/ 2019.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE (2020). Documento de caracterización sociodemografica proyectos especiales (chc) censo de habitantes de la calle/2020.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE. (2020b). Encuesta Nacional de Calidad de Vida: Resultados - identificación subjetiva de la población campesina.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE (2021). Documento de caracterización sociodemografica proyectos especiales (chc) censo de habitantes de la calle/2021.

FEGAS. (s.f.). Atención sanitaria y nuevas necesidades poblacionales: Inmigración y demanda.

Fitzpatrick, S. (2017). Can homelessness happen to anyone? Don't believe the hype. <https://blogs.lse.ac.uk/politicsandpolicy/can-homelessness-happen-to-anyone>.

[Fecha de consulta: 10 de noviembre de 2020]



Fougeyrollas, P., & Beauregard, L. (2001). Disability: An interactive person-environment social creation. En G. L. Albrecht, K. D. Seelman & M. Bury (eds.), *Handbook of Disability Studies*. Thousand Oaks, CA: Sage.

García Zamora, R., Gainza, P. P., García Zamora, R., & Gainza, P. P. (2014). Economía, migración y política migratoria en Sudamérica: Avances y desafíos. *Migración y Desarrollo*, 12(23), 69–97.

García, C. (2007). *Diversidad Sexual En La Escuela Dinámicas Pedagógicas Para Enfrentar La Homofobia*. Bogotá.

Global Migration Data Analysis Centre, IOM. (s.f.). Organización Internacional para las Migraciones. Retrieved December 1, 2018, from [www.oim.org.co/sobre-migración](http://www.oim.org.co/sobre-migración)

González, A. M., ... Choi, K. H. (2018). Teorías y conceptos asociados al estudio de las migraciones internacionales. *Social Science and Medicine*, 7(1), 59–76. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

HRC. (s.f.). Preguntas frecuentes sobre el tema transgénero. Disponible en: <https://www.hrc.org/es/resources/preguntas-frecuentes-sobre-el-tema-transgenero>

Jiménez-castaño, Jorge, Marleny Cardona-acevedo María, and Pilar Sánchez-muñoz. 2017. “Discriminación LGTB\_Colombia.Pdf,” 231–67.

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=239016503003>> ISSN 0124-8146.

[https://doi.org/10.1016/s2007-4719\(16\)30007-2](https://doi.org/10.1016/s2007-4719(16)30007-2)

Ichou, M., & Wallace, M. (2019). The Healthy Immigrant Effect: The role of educational selectivity in the good health of migrants. *Demographic Research*, 40(January), 61–94. <https://doi.org/10.4054/DEMRES.2019.40.4>

Informe de Derechos Humanos de Personas Lesbianas, Gays, Bisexuales y Trans Colombia 2017.



INS (2019). Comportamiento epidemiológico de las enfermedades huérfanas. Colombia, 2016 hasta semana epidemiológica 05 de 2019.

<https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Vista-Boletin-Epidemiologico.aspx>

International Organization for Migrations. (2014). La Migración Sur-Sur: Asociarse De Manera Estratégica. 102(102), 1–13.

IOM. (2021). World Migration Report 2022. IOM.

<https://publications.iom.int/books/world-migration-report-2022>

Kyu Choi, Soon, Shahrzad Divsalar, Jennifer Flórez-Donado, Krystal Kittle, Andy H Lin Ilan Meyer, and Prince Torres-Salazar. 2020. “Estrés, Salud y Bienestar de Las Personas LGBT En Colombia: Resultados de Una Encuesta Nacional,” no. April.

Madden, R., Glozier, N., Mpofu, E. & Llewellyn, G. (2011). Eligibility, the ICF and the UN Convention: Australian Perspectives. BMC Public Health, 11(suppl. 4): S4-S6.

Marmot, M. (2016). Society and health of migrants. European Journal of Epidemiology, 31(7), 639–641. <https://doi.org/10.1007/s10654-016-0174-2>

Matulic, M.V.(2013). Los procesos de exclusión social de las personas sin hogar en la ciudad de Barcelona, Trabajo Social Global. Revista de Investigaciones en Intervención Social, 3(5) 3-27.

Mcnaughton, C. (2009). Agency, Transgression and the Causation of Homelessness: A Contextualised Rational Action Analysis. European Journal of Housing Policy, 9(1) 69-84. DOI: 10.1080/14616710802693607

Micolta León, A. (2005). Teorías y conceptos asociados al estudio de las migraciones internacionales. Trabajo Social, 7(7), 59–76.

<https://doi.org/10.1145/2207676.2208594>



Migración Colombia. (2022). Migración Colombia. Estatuto Temporal de Protección. Migración Colombia.

<https://public.tableau.com/app/profile/migracion.colombia#!/>

Ministerio de Desarrollo Social de Uruguay-MIDES (2020). Panorama general sobre la situación de calle: definición y caracterización del problema a partir de los estudios realizados en el MIDES. Montevideo:MIDES.

Ministerio de la Protección Social/ Universidad Nacional de Colombia (2007). Convenio Interadministrativo 00193 de 2006. Identificación, documentación y socialización de experiencias de trabajo con habitantes de y en calle.

Ministerio de la Protección Social- Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA, (2011) Vulnerabilidad a la infección por VIH en personas en situación de calle en las ciudades de Bucaramanga y Barranquilla.

Ministerio de la Protección Social- Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA. (2012). Comportamiento sexual y prevalencia de la infección por VIH en población habitante de calle en cuatro ciudades de Colombia 2012. Proyecto VIH Fondo Mundial: Fortalecimiento de la capacidad institucional y comunitaria para la oferta de servicios de calidad y la reducción de la morbi-mortalidad por VIH/Sida en grupos de alta vulnerabilidad en Colombia” CHF internacional

Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Bogotá: Autor. Disponible en

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PDS/P.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social, UNFPA, USAID, ONU MUJERES (2016). Sistema Integrado de Información Sobre Violencias de Género.

Ministerio de Salud y Protección Social (2017). Estrategias para el acceso a servicios de salud de la población habitante de calle. Elaborado por el Grupo de Estudios Sectoriales y de Evaluación de Política Pública de la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/Policy-brief-estrategias-acceso-servicios-salud-poblacion-habitante-calle.pdf>



Ministerio de salud y protección social de Colombia. (2017). Decreto 2228 de 2017. [http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO 2228 DEL 27 DE DICIEMBRE DE 2017.pdf](http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%202228%20DEL%2027%20DE%20DICIEMBRE%20DE%202017.pdf)

Ministerio de Salud y Potección Social. (2018). Análisis De Situación De Salud (ASIS) Dirección de Epidemiología y Demografía. Ministerio de Salud, 1–143. <https://doi.org/10.1103/PhysRevLett.72.482>

Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS]. (2018, Julio). Plan Nacional de Salud Rural. Retrieved from <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/mssp-plan-nacional-salud-rural-2018.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Resolución 113 de 2020 “Por la cual se dictan disposiciones en relación con la certificación de discapacidad y el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad”.

Bogotá: Autor. Disponible en

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20113%20de%202020.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad%20Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20113%20de%202020.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social (2020), Lineamientos para la Mitigación del Riesgo de Contagio, Acceso a los Servicios en Salud y Articulación con Servicios Sociales Dispuestos para los Sectores Sociales Lgbti o con Identidades y Expresiones de Género Diversas en el Marco de la Emergencia por Coronavirus (Covid-19).

Ministerio de salud y protección social. (2021a). Lineamiento para la atención integral en salud de la población en situación de calle. Bogotá

Ministerio de salud y protección social. (2021b). Seguimiento a la situación de salud de la población migrante procedente de Venezuela, para el período comprendido entre el 1 de marzo de 2017 y el 31 de enero de 2021. 1–31.

Ministerio de Salud y Protección Social (2022), Lineamientos para la Transversalización del Enfoque de Género en el Sector Salud para el Cierre de Brechas por Razones de Género, Identidad de Género y Orientación Sexual.



Ministerio del Interior, and PAIIS. 2018. Experiencias de Personas Trans\* Que Han Utilizado Los Servicios de Salud En Colombia, Encuesta Exploratoria.

Ministerio del Interior. (2018). Decreto 762 de 2018. Política Pública para la garantía del ejercicio efectivo de los derechos de las personas que hacen parte de los sectores sociales LGBTI y de personas con orientaciones sexuales e identidades ). Encuesta Nacional de Demografía y Salud Encuesta Nacional de Demografía y Salud Componente de Salud Sexual y Salud Reproductiva.”

Profamilia 2: 1–832. <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2019/05/ENDS-2015-TOMO-II.pdf>.

Nieto, C y Koller, S. (2015). Definiciones de Habitante de Calle y de Niño, Niña y Adolescente en Situación de Calle: Diferencias y Yuxtaposiciones. Acta de investigación psicol 5 (3), 2162-2181.

Nussbaum, M. (2007). Las fronteras de la justicia. Consideraciones sobre la exclusión. Barcelona: Paidós.

Organización Internacional de Migraciones- OIM. (2019). Who is a migrant? Sobre la migración. OIM. <https://www.iom.int/es/migration/sobre-la-migracion>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Ginebra: autor.

Organización Mundial de la Salud & Banco Mundial. (2011). Informe mundial sobre la discapacidad. Malta: Organización Mundial de la Salud. Disponible en <https://apps.who.int/iris/handle/10665/75356>

Ortiz-Hernández, L.y Valencia-Valero, R. G. (2015). Disparidades En Salud Mental Asociadas a La Orientación Sexual En Adolescentes Mexicanos. Cadernos de Saude Publica 31 (2): 417–30. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00065314>.



Parra, C. y Londoño, B. (2004). La protección de la población con discapacidad en la Jurisprudencia de la Corte Constitucional. En: C. Parra (Ed.). Derechos Humanos y Discapacidad. Centro Editorial Universidad del Rosario.

Profamilia. (2019). ¿Cómo adaptar los servicios de salud sexual y reproductiva a las necesidades y circunstancias de las personas con experiencia de vida trans? Bogotá D.C.

Rincón Ortiz, M. Ly Paéz Méndez. L.A.(2017). “Línea Técnica Política Pública LGBTI Sector Salud,” 1–37.

Sandoval, E. (2005). La migración y las teorías relacionadas.

[http://catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/lri/hernandez\\_r\\_ca/capitulo1.pdf](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lri/hernandez_r_ca/capitulo1.pdf)

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (2021). Lineamiento para la Atención en Salud de las Personas Trans y No Binarias en Bogotá D.C: Aproximaciones Iniciales.zjfrf

Stienstra, D. & Nyerere, L. (2016). Race, Ethnicity and Disability: Charting Complex and Intersectional Terrains. En: S. Grech & K Soldatic (Eds). Disability in the Global South: The Critical Handbook . Switzerland: Springer

Tirado, A y Correa, M (2009). Accesibilidad de la población habitante de calle a los programas de Promoción y prevención establecidos por la resolución 412 de 2000. Investigaciones Andina [en línea] 11 [Fecha de consulta: 22 de junio de 2016]

Tizón García, J. L. et al. (1993). “Migraciones y Salud Mental.” Promociones y Publicaciones Universitarias PPU.

UIPCS-IMSERSO (2003). Unidad 2.- Evolución histórica de los modelos en los que se fundamenta la discapacidad. En: Programa docente y de difusión de la CIF.

UNFPA (2019), Lineamientos de Atención en los Servicios de Salud que consideran el Enfoque Diferencial, de Género y No Discriminación para Personas LGBTI.



United Nations. (2017). Trends in International Migrant Stock: The 2017 Revision. United Nations Database.

United Nations. (2019). Disability and Development Report. Realizing the Sustainable Development Goals by, for and with persons with disabilities. New York: United Nations. Disponible en: <https://social.un.org/publications/UN-Flagship-Report-Disability-Final.pdf>

UNODC y Alcaldía Mayor de Bogotá. 2019. “Salud Sexual y Salud Reproductiva de Mujeres Lesbianas En Bogotá : Un Acercamiento a Sus Derechos.” Bogotá D.C.

Walteros, G., Alberto, J., Migración, L. A., Teorías, I., & Actual, U. N. A. M. (2010). La migración internacional: Teorías y enfoques, una mirada actual. [www.redalyc.org/articulo.oa?id=165014341004](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=165014341004)

Zubillaga, D. M., Benítez, I. L., Sánchez, R. M., Varas, M. R., Armentia, S. L. L. De, Domingo Puiggròs, M., Figaró Voltà, C., Loverdos Eserverri, I., Costa Colomer, J., Badia Barnusell, J., Mur Sierra, A., Díaz, F., Castejón, E., López-Vilchez, M. A., Sanjuán, G., Martín, I., Carreras, R., Maca-Meyer, N., González, A. M., ... Choi, K. H. (2018). Teorías y conceptos asociados al estudio de las migraciones internacionales. *Social Science and Medicine*, 7(1), 59–76. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>



## Capítulo 11. Sistema de Seguimiento y Evaluación del PDSP 2022-2031

El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) con el fin de dar cumplimiento a lo establecido en la Ley 1438 de 2011<sup>78</sup> implementó el Sistema de Monitoreo y Evaluación para realizar el seguimiento de las acciones formuladas en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, así mismo, generar la información necesaria para establecer los avances alcanzados en el cumplimiento de las metas y objetivos formulados.

De manera complementaria, a lo largo de los últimos diez años, el ministerio ha venido elaborando informes técnicos de seguimiento a la gestión y metas; en el año 2018, realizó una evaluación de procesos e institucional<sup>79</sup> (MSPS 2018, 2021) y en la vigencia 2021, en el marco de la fase de formulación del nuevo Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, realizó un informe de balance del cumplimiento de metas.

A partir de la información obtenida de los informes realizados, la evaluación de procesos e institucional, así como las lecciones aprendidas, se identificaron oportunidades de mejora, entre ellas la necesidad de fortalecer el Sistema de Monitoreo y Evaluación para el decenio 2022-2031, en adelante Sistema de Seguimiento y Evaluación<sup>80</sup>.

<sup>78</sup> Hace referencia al art. 2 Evaluación integral del SGSSS y art. 111. Sistema de evaluación y calificación de Direcciones Territoriales de Salud, Entidades promotoras de salud e Instituciones prestadoras de salud),

<sup>79</sup> Ejecutada por la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales en el marco de la Agenda Anual de Estudios, Evaluaciones e Investigaciones del MSPS, realizada bajo los parámetros establecidos por el Departamento Nacional de Planeación-DNP, rector del Sistema Nacional de Evaluaciones.

<sup>3</sup> El cambio de denominación se realiza en el marco de la armonización con las demás políticas públicas y sistemas del país, particularmente con el DNP y el Sistema Nacional de Evaluación de Gestión y Resultados (Sinergia) en sus dos pilares de seguimiento y evaluación.



Dicho fortalecimiento, se concentra en la generación de procesos de retroalimentación permanente, que brinden información oportuna para los tomadores de decisión, de manera que se favorezca el cumplimiento de los fines y metas establecidos. El valor agregado del nuevo SSE frente al sistema del PDSP anterior, es su énfasis en el desarrollo de mayores capacidades en los actores involucrados en las etapas de Hacer, Verificar y Actuar del ciclo de mejora continua de la política pública (PHVA), lo anterior, con el fin de contribuir a la gestión integral de la salud pública orientada al logro de resultados y a la generación de valor público (MSPS, 2021).

### **Objetivo del SSE**

El Sistema de Seguimiento y Evaluación tiene como propósito establecer los elementos teóricos, funcionales y operativos requeridos para conocer los avances en el cumplimiento de la visión, fines, ejes, objetivos, estrategias y metas formulados en el PDSP 2022-2031. El sistema se constituye entonces, en una herramienta de gestión pública utilizada para seguir, medir, evaluar efectos y retroalimentar esta información en procesos continuos de gobierno y toma de decisiones (Banco Mundial, 2004). De forma que, genere los insumos técnicos que orientarán la gestión y cumplimiento de los componentes establecidos en el marco estratégico del nuevo PDSP.

Adicionalmente, el SSE, posibilitará el acompañamiento constante a la ejecución del plan y al logro de resultados en salud, proveerá información de manera continua y oportuna a los actores involucrados con el fin de facilitar los procesos de monitoreo y análisis de avances, en este sentido, el SSE contribuirá de manera eficiente a dar respuesta en el marco de sus competencias, a las obligaciones establecidas en materia de seguimiento de resultados en salud, establecidos además de la Ley 1438, a otros requerimiento vigentes en la Ley 1122 de 2011<sup>81</sup>,

---

<sup>81</sup> Hace referencia al art.2. Evaluación por resultados



la Resolución 1536 de 2015<sup>82</sup> y la Ley Estatutaria 1751 de 2015<sup>83</sup>, esta última recomendación surge de la Evaluación de Resultados del SGSSS realizada en la vigencia 2022 por la Oficina Asesora de Planeación del Ministerio. Las evaluaciones por su parte generarán recomendaciones para el mejoramiento de procesos de implementación y logro de metas y resultados esperados.

### **Alcance del SSE**

El Sistema de Seguimiento y Evaluación – SSE proporcionará información veraz, confiable, continua, y oportuna sobre el avance de las metas del PDSP 2022-2031 a nivel nacional y subnacional, como insumo que oriente la toma de decisiones (estratégicas y operativas) por parte de los actores involucrados, permitiéndoles valorar y juzgar la efectividad en el logro de las estrategias y metas formuladas, así como el mejoramiento de los resultados en salud, a partir de ajustes oportunos en los procesos de implementación del plan.

Los componentes de seguimiento y evaluación del PDSP, son complementarios, dado que, el seguimiento, a través del análisis sistemático brindará insumos para la comprensión de la implementación del plan, aspectos facilitadores y limitantes, identificará alertas tempranas y aportará información del estado de avance de las definidas en cada eje estratégico. En este contexto, en materia de gestión, es importante rastrear las actividades ejecutadas, recursos asignados y tipo de organización de trabajo, así como la asignación del talento humano, de otro lado, se requiere conocer los resultados logrados y su sostenibilidad en el tiempo (Mancero y Rham, 2006). Las evaluaciones, generarán información objetiva para enriquecer procesos, resultados o impacto de ejes priorizados del plan.

### **Definiciones Centrales**

---

<sup>82</sup> Hace referencia a la responsabilidad del MSPS frente a la definición del sistema de monitoreo y la evaluación del PDSP que será acogida por las entidades territoriales en el PTS

<sup>83</sup> Hace referencia a las obligaciones del Estado frente a la evaluación en términos de los resultados del goce efectivo del derecho



### ***Seguimiento***

Proceso continuo y sistemático de diseño, recolección periódica de datos y análisis de información, que permite determinar el grado de avance de las políticas públicas para asegurar que la ejecución se esté desarrollando según lo planeado (Bustelos, 2003; Departamento Nacional de Planeación-DNP, 2014). El seguimiento genera alertas tempranas para el ajuste en la gestión de los procesos y en el desarrollo de acciones que lleven a la consecución de metas; reduce la incertidumbre al brindar información con evidencia pertinente para la toma de decisiones de política pública; fortalece la transparencia y los procesos de rendición de cuentas; y suministra información necesaria para la evaluación del desempeño de los actores (DNP, 2018).

### ***Evaluación***

Proceso que recopila y analiza sistemáticamente la información con el objeto de emitir juicios sobre el mérito y valor del programa evaluado (Bustelos, 2003). La evaluación contempla la valoración no solo del proceso de ejecución, sino además del diseño y los resultados obtenidos con la intervención, por tanto, puede ser aplicada en cualquiera de los diferentes eslabones de la cadena de valor (insumos, procesos, productos y resultados) con la finalidad de tomar decisiones basadas en la evidencia que permitan mejorar el diseño, la implementación y los efectos de una política, plan, programa o proyecto (DNP, 2014, 2021).

### **Características del Sistema de Seguimiento y Evaluación**

El Sistema de Seguimiento y Evaluación incorpora las siguientes características:

**Orientado a resultados.** Bajo los postulados y componentes del ciclo de las políticas públicas y de las funciones esenciales de la salud pública renovadas, el sistema está compuesto por los procesos de seguimiento y evaluación, con una orientación mixta hacia la búsqueda de la eficacia en los resultados de la implementación de la política y logro de resultados en el desempeño (operación) de



las acciones en salud pública. En ese sentido, el SSE busca perfeccionar de manera integral los resultados del quehacer de la política pública en relación con el diseño, la implementación y la rendición de cuentas; y al mismo tiempo, contribuye a racionalizar y mejorar la eficiencia del gasto público, reflejado a su vez en una adecuada asignación de los recursos humanos y financieros dentro de la administración gubernamental (Banco Mundial, 2008), y a aportar insumos para el ejercicio de las funciones de los organismos y agentes de Inspección, Vigilancia y Control<sup>84</sup>.

**Participativo y de corresponsabilidad.** Para el Sistema resulta esencial la identificación del conjunto de actores involucrados en el seguimiento y evaluación del PDSP, entre los que se encuentran: las entidades gubernamentales responsables de la formulación e implementación del Plan, las entidades gubernamentales con funciones de inspección, vigilancia y control, la academia, la sociedad civil y los demás actores y sectores que por sus funciones sociales requieren de información frente al avance y resultados del Plan. Lo anterior, sin perjuicio de las competencias establecidas normativamente y bajo el respeto de la descentralización y autonomía territorial de los actores del Sistema de Salud, acorde a funciones y roles establecidos para la implementación de la política pública<sup>85</sup>. Ver Gráfica 1.

### Gráfica 1.

*Actores Involucrados en el Sistema de Seguimiento y Evaluación del PDSP 2022-2031.*

<sup>84</sup> Las funciones de IVC comprenden desde la capacidad de recabar información a través de la función de inspección, hasta la de implantar medidas de tipo preventivo y, por último, intervención directa sobre sus sujetos vigilados en el caso de encontrarse acciones que se aparten de la legalidad.

<sup>85</sup> Los niveles establecidos bajo el mandato constitucional de la autonomía territorial y siguiendo las competencias administrativas de los actores del sistema de salud señalados en las leyes 715 de 2001, 1122 de 2007, 1438 de 2011, el Decreto 4107 de 2011 y la Resolución 1536 de 2015.



Fuente: Elaboración MSPS

**Continuo.** Por su parte, el SSE involucra la recopilación sistemática de la información necesaria para seguir y evaluar el desempeño de los diferentes actores involucrados, lo que requiere la consolidación y disposición de la información a través de diferentes formatos (tableros, informes, reportes) y adicionalmente la provisión de herramientas y modelos sólidos para la medición de la gestión de los procesos, los resultados logrados y la efectividad de la política, promoviendo la articulación con otros sistemas de seguimiento. De ahí que, contar con la información precisa sobre los avances en el cumplimiento del Plan se convierte en insumo para la planeación y gestión integral de la salud pública permitiendo afianzar el ejercicio de gobernanza y transparencia.

**Robusto y anticipativo.** En consecuencia, el SSE establece como punto de partida o línea base el Análisis de Situación de Salud con Enfoque de Equidad y se apoya en metodologías para la construcción y priorización de métricas (metas e indicadores)<sup>86</sup> y en la definición de distintos tipos de evaluación que permitirán llevar

<sup>86</sup> Meta aquella representación cuantitativa del objetivo de la intervención pública. Valor que se espera tome el indicador tras la implementación de la intervención pública (DNP, 2014). Indicador: representación cuantitativa (variable o relación entre variables cuantitativas o cualitativas) que permite verificar objetivamente la información



a cabo la evaluación de manera estratégica y efectiva pero también procesual, acorde a las necesidades convencionales y emergentes de la salud pública. Este abordaje contribuye a una planeación dinámica y proactiva ante situaciones futuras imprevistas, como lo sucedido por la pandemia de COVID-19, permitiendo identificar de forma rápida y oportuna métricas para el seguimiento y tipologías adecuadas para la evaluación en respuesta las necesidades emergentes relacionados con el PDSP y en general con la salud pública del territorio nacional.

**Abierto y eficiente.** Particularmente, el seguimiento contará con un sistema informático que permita los procesos de gestión propios del sistema, y que determine los estándares y criterios para el intercambio de información entre los actores interesados bajo un modelo de interoperabilidad y de generación de conocimiento, teniendo en cuenta diferentes fuentes de información tanto primarias (encuestas, entrevistas, grupos focales) como secundarias (documentos, registros administrativos, encuestas poblacionales, observatorios, estadísticas); el uso de los datos integrados en el Sistema Integrado de la Protección Social -SISPRO, así como el seguimiento al cumplimiento de los objetivos y metas del PDSP, con el propósito final de apoyar la toma de decisiones.

**Calidad.** Deberá tener en cuenta: i) estandarización de los datos e indicadores del Plan Decenal de Salud Pública PDSP; ii) integración de fuentes de

---

acerca de la existencia de características, los cambios vinculados con una intervención o con un fenómeno de la realidad y que contribuye con la evaluación de un organismo de desarrollo (DNP, 2014). En concordancia con los fines, objetivos y metas del Plan se partió del catálogo de indicadores que permitió la valoración y selección de métricas asociadas a indicadores de proceso (KPI por las siglas de Key Performance Indicator) y de resultado que cumplieran con criterios de calidad para su formulación y respondieran a las metas y objetivos del PDSP 2022-2031. Asimismo, se utilizó la metodología SMART, para definir las características de una buena meta cumpliendo con los criterios de ser específicas, medibles, alcanzables, relevantes y temporales, es decir, limitadas a un tiempo determinado. (CEPAL, 2015). Por su parte, bajo los criterios CREMA, Claro, Relevante, Económico, Monitoreable y Adecuado se verificó la adecuada formulación de los indicadores, la correspondencia de su nombre con la fórmula de cálculo, la congruencia de las unidades de medida y los períodos de referencia de las variables involucradas, entre otros aspectos (DNP, 2009).



información para la medición de indicadores del Plan Decenal de Salud Pública; iii) unificación de criterios metodológicos en el análisis y generación de información; iv) garantía de la evidencia y gestión del conocimiento sobre la situación de salud.

Teniendo en cuenta lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social, con el concurso de diferentes instituciones dentro y fuera del sector salud, recopilará, consolidará y dispondrá la información necesaria para el seguimiento y evaluación del PDSP por parte de todos los actores interesados; conscientes de la función insustituible que cumple el Estado colombiano en cuanto a garantizar la universalización y continuidad de los servicios de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) para toda la población, que contribuye al fortalecimiento de la democracia, el liderazgo y la gobernanza de los actores del sistema de salud como un elemento clave en lo que concierne a proporcionar a la ciudadanía información sobre las condiciones de salud y el cumplimiento de las metas del PDSP.

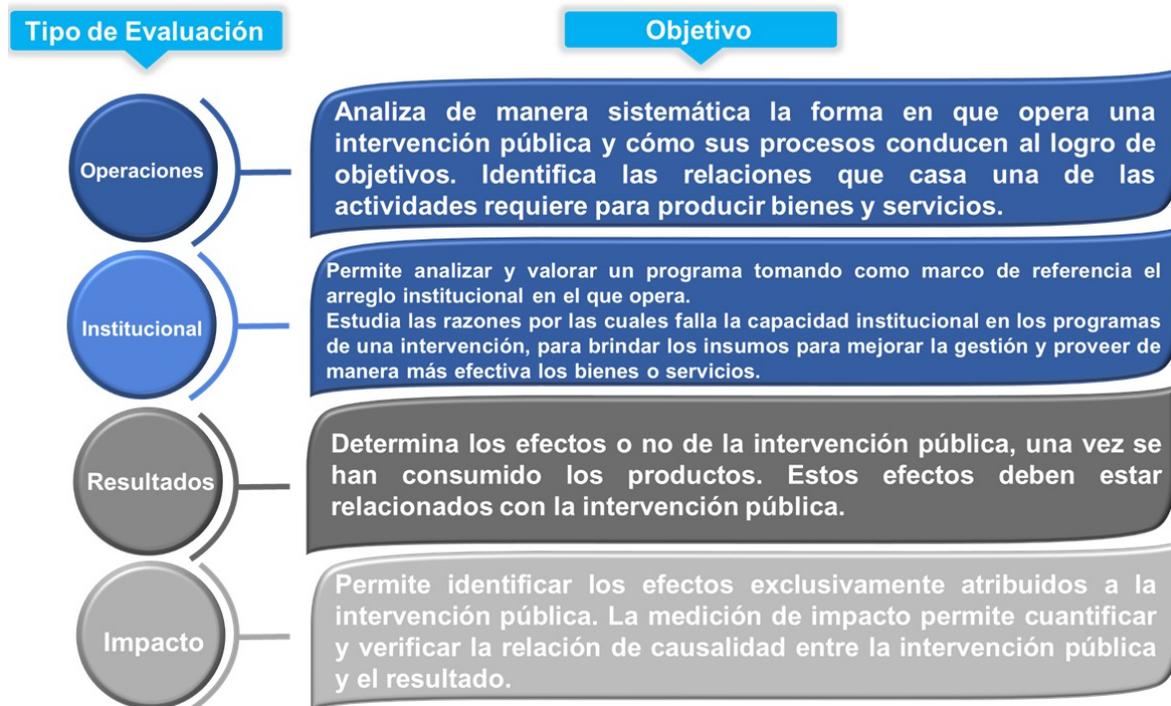
De otro lado, la evaluación contemplará distintas tipologías para la identificación y obtención de los elementos necesarios para conocer y valorar la efectividad frente al logro de los objetivos en relación con los procesos de gestión y los resultados alcanzados. Estas tipologías seguirán las pautas que en materia de evaluación establece el DNP con el fin de aportar evidencia para la toma de decisiones en salud pública<sup>87</sup>. Ver gráfico 2.

---

<sup>87</sup> Estas tipologías están sujetas a modificaciones que el DNP pueda realizar en sus guías, como ente rector de seguimiento y evaluación en el país.

## Gráfico 2.

*Tipo de Evaluaciones, Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031.*



Fuente: tomado de la Dirección de Seguimiento y Evaluación de Políticas Públicas de DNP (2014).

Para el caso de las tipologías de evaluación propuestas, y con relación a las evaluaciones de operaciones, institucional y de resultados serán incluidos los distintos actores involucrados en la gestión de la salud pública -teniendo en cuenta sus competencias administrativas y de planeación- tanto del nivel nacional como subnacional considerando que las necesidades e intervenciones en salud pública y la capacidad de respuesta a dichas necesidades son distintas para cada territorio y grupo poblacional; adicionalmente valorando el esquema de gobernanza e identificando los factores críticos de éxito y los cuellos de botella para la articulación sectorial, intersectorial y entre los diferentes niveles de gobierno, lo cual resulta fundamental dada la naturaleza del diseño y la implementación multisectorial del PDSP.



En segundo lugar, con relación a la evaluación de impacto esta será desarrollada en doble vía, de un lado, la evaluación de impacto de la política que según acuerdos institucionales del MSPS y el DNP se realizará sobre la intervención en el marco de uno de los ejes estratégicos del PDSP, el de Gestión de la Atención Primaria Integral en Salud, presentando sus resultados al cierre del decenio durante el año 2032. De otro lado, dado a que es relevante dialogar con diferentes marcos conceptuales en materia de evaluación, se plantea abordar la evaluación de la estrategia de Salud en Todas las Políticas (STP) con las herramientas metodológicas que se consideren pertinentes y vigentes en su momento, y cuyos resultados permitan establecer la viabilidad de replica en uno o varios ejes estratégicos del PDSP<sup>88</sup>.

En este punto cabe señalar que, dadas las posibles diferencias territoriales en la implementación del Plan que derivan en diferentes resultados, y considerando el involucramiento de distintos tipos de actores (nacionales, subnacionales, gubernamentales y no gubernamentales), y distintas tipologías de evaluación (operaciones, institucional, resultados e impacto) es imperante implementar la evaluación de la política pública desde un enfoque mixto (cuantitativo y cualitativo). El enfoque cuantitativo permitirá obtener información de manera agregada para las unidades objeto de estudio, numérica y representativamente, a partir de indicadores que permitan complementar el análisis con un enfoque cualitativo que conduzca a la caracterización precisa del proceso, la identificación de tendencias, la identificación de actores implicados según roles y a la comparación con otros entornos si se requiere (MSPS, 2021).

De igual manera, la evaluación contemplará la triangulación de fuentes de información primaria y secundaria e integrará distintas estrategias que den cuenta de los diversos aspectos que interfieren en el proceso de implementación, entre las

---

<sup>88</sup> Se insta a tomar los marcos conceptuales desarrollados por la OMS, como por ejemplo el de “Evaluación de Impacto en Salud” (Bacigalupe et al., 2009)



que se plantea por ejemplo incorporar los estudios de caso<sup>89</sup>. Así, la estrategia de triangulación de información permitirá lograr una comprensión más profunda y detallada de los hallazgos de cada componente, aclarando resultados dispares o variados que surjan en las distintas fases (Ahmad & Yunos, 2004). Asimismo, el proceso de evaluación buscará contar con la mayor participación de los actores involucrados, cuyos roles serán definidos por los equipos técnicos que estén a cargo.

En el marco del ciclo PHVA de mejoramiento continuo, las evaluaciones hacen parte de la fase Verificar, donde los resultados y recomendaciones obtenidos, son insumos para la toma de decisiones que se implementan en la fase de Actuar y a su vez retroalimentan la fase de Planear. Esta dinámica permanente contribuye de manera efectiva al logro de objetivos y metas establecidas, al fortalecimiento de políticas públicas y la adecuada implementación de planes de desarrollo territorial y sectorial. De acuerdo con esto, el PDSP prevé la realización periódica de diferentes tipos de evaluación (Ver Gráfico 3), las cuales orientarán la toma oportuna de decisiones basadas en evidencia, y la realización de los ajustes necesarios para redireccionar elementos estratégicos para el logro efectivo de los resultados esperados.

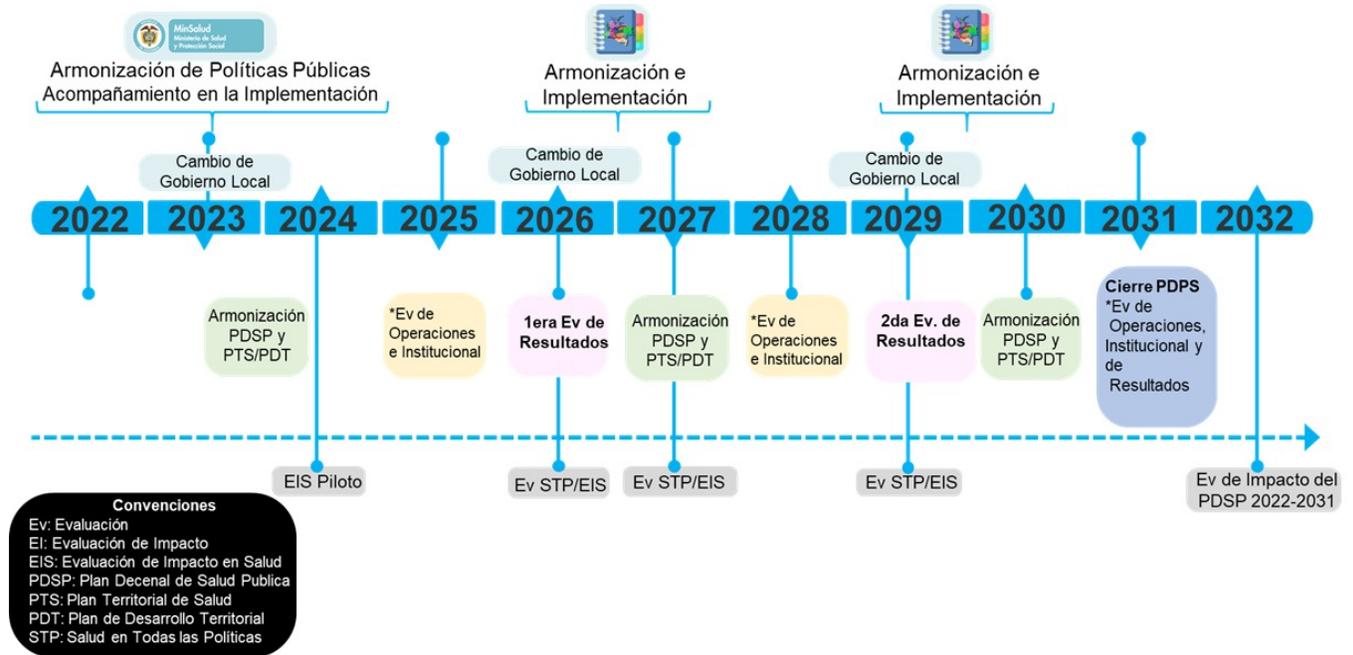
El proceso de evaluación además de contar con los elementos de tipo técnico y procedimental anteriormente descritos, en conjunto con el comité técnico del PDSP 2022-2031 y tal como lo establece el acto normativo, determinará las modificaciones necesarias en cuanto a la periodicidad y tipo de evaluación, alcance, actores implicados, siempre siguiendo los lineamientos para los procesos de evaluación definidos por el DNP. Lo anterior bajo la comprensión de que el diseño de la evaluación, la modalidad de implementación (externa o interna) y el uso de los resultados se establecerá partiendo de los recursos disponibles (Merino, 2008).

---

<sup>89</sup> El estudio de caso es una herramienta de investigación que permite estudiar las particularidades de un fenómeno, con el fin de entender cómo funciona en los diferentes contextos (Stake, 1995), a partir del seguimiento a los procesos o actividades relacionadas (SAGE, 2008).

### Gráfico 3.

Periodicidad propuesta de las Evaluaciones del PDPS 2022-2031.



Fuente: Elaboración MSPS

Finalmente, de acuerdo con la Guía metodológica para el seguimiento y la evaluación de políticas públicas del DNP (2014), el desarrollo de las evaluaciones se plantea en varias etapas, a continuación, se presenta a manera de resumen el propósito en cada una de estas<sup>90</sup>. Ver Tabla 1.

#### Fases de la Evaluación de Políticas Estratégicas

Fases de la evaluación	
Diseño de la evaluación	<p>Tiene como propósito determinar el alcance y la metodología a utilizar para abordar la evaluación de la intervención seleccionada.</p> <p>Para esto, se parte de elaborar la cadena de valor de la intervención, con el fin de identificar las causas y efectos de la política pública a evaluar, y de esta forma establecer la interrelación de los bienes o servicios ofrecidos</p>

<sup>90</sup> Estas etapas están sujetas a las modificaciones que el DNP pueda realizar sobre la Guía de Evaluaciones de Política Pública.



	<p>por el Estado y los resultados esperados sobre la población objeto. De este ejercicio resultan los cuellos de botella, los cuales definen las necesidades de la evaluación. Es así como se puede establecer la hipótesis y el tipo de evaluación más pertinente. De igual manera se elabora el mapa de actores involucrados en la intervención.</p>
Ejecución de la evaluación	<p>En esta se conforma un Comité Técnico de seguimiento a la Evaluación, en el cual, como mínimo, debe estar integrado por un representante de la entidad ejecutora de la intervención pública que se evaluará y el equipo técnico que ejecutará la evaluación. En esta fase se lleva a cabo la recolección de información (ya sea cuantitativa o cualitativa, o mixta), la triangulación, el análisis de información y el desarrollo del informe de resultados, incluidas las conclusiones y recomendaciones.</p>
Socialización y uso de los resultados	<p>Aquí se socializan los resultados obtenidos de la evaluación, a través de canales oficiales, de tal forma que se den a conocer a los tomadores de decisiones y los actores involucrados o que tengan interés en la intervención, sirviendo de insumo para la retroalimentación del ciclo de política pública. Y se elabora el plan de transferencia e implementación de las recomendaciones, en donde se detallan las recomendaciones y los responsables de su realización.</p>

Fuente: Adoptado de Guía metodológica para el seguimiento y la evaluación de políticas públicas del DNP (2014), y adaptado MSPS (2022).



## Capítulo 12. Sostenibilidad Financiera del PDSP 2022-2031

### Contexto de la Gestión Financiera de la Salud Pública en Colombia

#### *Gasto en Salud y Salud Pública en Colombia*

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) colombiano está fundamentado sobre los principios de eficiencia, universalidad, integralidad y solidaridad, y busca garantizar el mayor estado de salud de todos los colombianos con el uso eficiente de los recursos financieros. En este sentido, las Leyes 100 de 1993, 715 de 2001, 1122 de 2007, 1438 de 2011 y 1797 de 2016, entre otras, señalan las fuentes y usos de los recursos del SGSSS (Glassman, 2009).

Ahora bien, de conformidad con el literal b) del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007 y la Resolución 3042 de 2007 y modificatorias, todos los recursos de salud de las entidades territoriales del nivel departamental, distrital y municipal se deben manejar a través del Fondo de Salud, el cual fue creado como una cuenta especial del presupuesto, con el propósito de tener precisión sobre el origen y destinación de los recursos de cada fuente. Para tal efecto, dichos fondos de salud están organizados mediante cuatro subcuentas: 1) Subcuenta de Régimen Subsidiado; 2) Subcuenta de prestación de servicios de salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda; 3) Subcuenta de salud pública colectiva; y 4) Subcuenta de otros gastos en salud (Colombia).

Con el propósito de orientar y contextualizar sobre la estructura del financiamiento del sector en el ámbito territorial, en razón a la complejidad del tema y teniendo en cuenta los actores y procesos que intervienen en la gestión de los recursos, a continuación, se señalan, de manera general, las fuentes que pueden ser aplicadas a cada subcuenta o componente:



**Subcuenta de Régimen Subsidiado de Salud.** Los recursos del régimen subsidiado, de conformidad con el Decreto 971 de 2011 compilado en el Decreto 780 de 2016, son girados a las Entidades Promotoras de Salud – EPS y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS, mediante el mecanismo denominado Liquidación Mensual de Afiliados – LMA, que consiste en la liquidación del valor de las Unidades de Pago por Capitalización – UPC que corresponden a cada EPS por entidad territorial de acuerdo con la afiliación y novedades de la afiliación que son reportadas por las EPS a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA y validadas por las entidades territoriales (MSPS, Decreto 780, 2016).

Los recursos producto de la liquidación de la UPC del régimen subsidiado, en virtud de lo establecido en el artículo 29 de la Ley 1438 de 2011, en concordancia con el artículo 66 de la Ley 1753 de 2015, son objeto de giro directo desde la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, en nombre de la entidad territorial a las EPS, y en nombre de estas últimas a las IPS y a los proveedores de servicios y tecnologías en salud (República 2015). En este contexto, las entidades territoriales deben realizar la ejecución de los recursos girados con situación y sin situación de fondos, en virtud de la LMA que publica mensualmente ADRES.

### **Fuentes.**

- **Sistema General de Participaciones – SGP.** Los recursos de la participación para salud del SGP corresponden al 24,5% de las asignaciones sectoriales<sup>91</sup>. De la participación para el sector salud, 87% se destinan para el componente de aseguramiento en salud de los afiliados al Régimen Subsidiado, los cuales se asignan y distribuyen por entidad territorial mediante los Documentos de Distribución emitidos por el DNP y conforme con la normativa vigente.

---

<sup>91</sup> Las asignaciones sectoriales corresponden al 96% del SGP, teniendo en cuenta que el 4% es destinado para asignaciones especiales, de conformidad con lo establecido en la Ley 715 de 2001.



- **Cajas de Compensación Familiar – CCF** que administran el Régimen Subsidiado.
- **Presupuesto General de la Nación – PGN y ADRES.** Recursos que aporta la Nación.
- **Ingresos Corrientes de Libre Destinación y Esfuerzo Propio.** Ingresos de la entidad territorial sin destinación específica.
- **Rentas Territoriales.** Mínimo el 50% de los 8 puntos porcentuales del imptoconsumo de cervezas y sifones; Imptoconsumo de cigarrillos y tabaco elaborado; Mínimo el 50% del imptoconsumo de licores, vinos y aperitivos; Monopolio de licores que los departamentos deben destinar para financiar la salud. El 75% del IVA de licores, vinos y aperitivos, que es recaudado por la Nación con tarifa del 5% y luego girado a los departamentos. Los impuestos y derechos de explotación de los juegos de suerte y azar, previo descuento del valor destinado por ley a pensiones, funcionamiento e investigación. Los recursos de los premios no reclamados.
- **Otros Recursos.** Recursos de capital de este componente.

**Subcuenta de Prestación de Servicios de Salud en lo No Cubierto con Subsidios a la Demanda.** En esta subcuenta se incluyen los gastos por concepto de i) la atención a la población no afiliada, ii) los recursos para concurrir en la financiación de los gastos de operación de la prestación de servicios de salud de las ESE o de los administradores de infraestructura pública destinada a la prestación de servicios de salud, ubicadas en zonas alejadas o de difícil acceso que sean monopolio en servicios trazadores y no sostenibles por venta de servicios, y iii) pago de deuda por concepto de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC prestados a los afiliados al régimen subsidiado hasta el 31 de diciembre de 2019.

**Fuentes.**



- **Sistema General de Participaciones – SGP Subsidio a la oferta.** De la participación para el sector salud, 3% se destinan para el subcomponente del Subsidio a la Oferta, los cuales se asignan y distribuyen por entidad territorial mediante Documentos de Distribución emitidos por el DNP y conforme con la normativa vigente. Estos recursos son asignados para concurrir en la financiación de la operación de la prestación de servicios de salud y tecnologías efectuadas por las IPS o administradores de infraestructura pública, ubicadas en zonas alejadas o de difícil acceso que sean monopolio en servicios trazadores y no sostenibles por venta de servicios.
- **Excedentes de la cuenta maestra del régimen subsidiado.**
- **Excedentes del SGP de prestación de servicios en lo no cubierto con subsidios a la demanda.**
- **Excedentes del SGP de Salud Pública generados a 31 de diciembre de 2019<sup>92</sup>.**
- **Excedentes de rentas cedidas en virtud de lo definido en el artículo 4 de la Ley 1797 de 2016.**
- **Rentas territoriales.** Mínimo el 25% de los 8 puntos porcentuales del impuesto al consumo de cervezas y sifones; Mínimo el 25% del imptoconsumo de licores, vinos y aperitivos y de las rentas del monopolio de licores que los departamentos deben destinar para financiar la salud; Derechos de explotación de los juegos de suerte y azar, con destino a la prestación de servicios en lo no cubierto con subsidios a la demanda.
- **Otros recursos.** Recursos de capital de este componente.

**Subcuenta de Salud Pública Colectiva.** Corresponde a los recursos destinados a financiar el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC) y las acciones de Gestión de la Salud Pública (GSP) relacionadas con las competencias de salud pública asignadas en la Ley 715 de 2001 a las entidades territoriales (República, Ley 715, 2001).

---

<sup>92</sup> Circular 44 de 2021



### **Fuentes**

- **Sistema General de Participaciones –SGP.** De la participación para el sector salud, 10% se destinan para el subcomponente de acciones de salud pública, los cuales se asignan y distribuyen por entidad territorial mediante Documentos de Distribución emitidos por el DNP y conforme con la normativa vigente.
- **Rendimientos financieros del SGP de salud pública.**
- **Transferencias nacionales de Enfermedades Transmitidas por Vectores – ETV, Tuberculosis – TBC y enfermedad de Hansen.**
- **Otras transferencias que realice la nación para actividades de salud pública.**
- **Ingresos por venta de servicios del laboratorio de salud pública.**
- **Rentas territoriales.** Rentas del monopolio de licores, vinos y aperitivos, y de los derechos de explotación de los juegos de suerte y azar, que no estén por ley destinados al aseguramiento y a la prestación de servicios.
- **Otros recursos y recursos propios.** Recursos de capital de este componente y otros recursos de la ET que no tengan destinación específica.
- **Excedentes de la cuenta maestra del régimen subsidiado durante el término que dure la emergencia sanitaria.**
- **Recursos del balance del SGP salud pública.**

**Subcuenta de Otros Gastos en Salud.** La subcuenta de otros gastos en salud solo podrá manejarse a través de dos (2) cuentas bancarias según el concepto de gasto: de inversión en salud o de funcionamiento. I) los gastos de funcionamiento conforme a lo definido por el Estatuto Orgánico de Presupuesto, y ii) los gastos de inversión, los cuales incluyen la financiación los Programas Territoriales de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Empresas Sociales del Estado – ESE, los programas de saneamiento fiscal y financiero de las IPS públicas



viabilizados por el MHCP, y los recursos para el mejoramiento de la infraestructura y dotación de la red pública de Instituciones Prestadoras de Servicios de salud.

#### ***Fuentes para Gastos de Funcionamiento.***

- ***Rentas cedidas.*** El porcentaje definido por la entidad territorial para funcionamiento, el cual no puede exceder el 25%.
- ***Ingresos corrientes de libre destinación.*** Son ingresos de la entidad territorial sin destinación específica para el sector salud.
- ***Recursos de balance.*** Son ingresos de capital provenientes de la liquidación del ejercicio fiscal del año anterior para este componente.
- ***Otros recursos.*** Son recursos de impuestos o rentas territoriales sin destinación específica.

#### ***Fuentes para Inversión***

- ***Ingresos corrientes de libre destinación.*** Corresponde a ingresos de la entidad territorial sin destinación específica.
- ***Recursos de balance.*** Son ingresos de capital provenientes de la liquidación del ejercicio fiscal del año anterior para este componente.
- ***Excedentes de la cuenta maestra del régimen subsidiado.***
- ***Excedentes del SGP de la cuenta maestra de prestación de servicios a 31 de diciembre de 2015, en virtud de lo definido en el artículo 21 de la Ley 1797 de 2016.***
- ***Excedentes de rentas cedidas,*** de conformidad con lo establecido en el artículo 4 de la Ley 1797 de 2016.
- ***Recursos nación.*** Transferidos por la Nación para financiar los gastos de inversión de las entidades territoriales.
- ***Recursos Lotto en línea.*** Los recursos acumulados en el Fondo Nacional de Pensiones de las Entidades Territoriales – FONPET provenientes del Lotto en Línea no requeridos para la financiación de obligaciones pensionales del sector salud.



### ***Financiamiento del aseguramiento en salud.***

En el entendido de la integralidad del financiamiento de la salud pública se debe comprender que el financiamiento de los servicios de salud orientados hacia la gestión individual del riesgo hace parte de los recursos asignados para la salud pública. El PDSP 2022-2031 establecerá un plan de acción para estimar los recursos que son destinados a las acciones colectivas e individuales a cargo del aseguramiento.

El sistema de salud colombiano garantiza las atenciones y prestaciones de servicios de salud a través de un sistema de aseguramiento que reconoce dos estructuras de organización para el flujo de recursos: El Sistema contributivo que establece una organización basada en una administración del riesgo financiero delegada a las Empresas Aseguradoras del Plan de Beneficios y este a su vez genera el flujo de recursos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Este sistema es financiado a través de la mancomunación de recursos realizada por tres partes, i) el empleado, ii) el empleador y ii) y recursos de la nación. Por otro lado, el sistema subsidiado que reconoce a las Entidades Territoriales como administradoras del riesgo financiero y asignación de recursos a las Empresas Sociales del Estado o en su efecto a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Este sistema es financiado de manera solidaria por los aportes realizados por la Nación a través de los recursos del sistema.

Con referente al acceso a servicios y tecnologías en salud para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de todas las prioridades de eventos de interés en salud pública se financian a través de tres mecanismos que son gestionados por el aseguramiento (MSPS, Estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste del riesgo para el cálculo de la Unidad de Pago por Capacitación, recursos para garantizar la financiación de tecnologías y servicios de salud en los regímenes Contributivo y Subsidiado. Dirección de Regu, 2021):



1. Mecanismo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Es una prima de riesgo definida por el Ministerio de Salud y Protección Social por región, grupos de edad y sexo. La UPC financia todas las tecnologías y servicios de salud tipo medicamentos, procedimientos, que incluyen los dispositivos médicos. Para el año 2021 el país disponía mas de 45 billones de pesos para la financiación de estas tecnologías y con la actualización de los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, efectuada mediante la Resolución 2292 de 23 de diciembre de 2021, el porcentaje de medicamentos y procedimientos financiados con esta fuente es del 93,6% y 97%, respectivamente. Este mecanismo de pago financia actualmente las acciones descritas y propuestas en la resolución 3280 de 2018 que implementan las Rutas Integrales de Promoción y Mantenimiento y la Ruta Integral de Salud Materno Perinatal.
2. Presupuestos máximos. Es un mecanismo de gestión de riesgo financiero basado en el establecimiento de un valor de referencia por unidad mínima de la tecnología relacionada con la frecuencia de uso de la misma. Busca ser complementario al mecanismo de financiación por UPC y actualmente busca financiar en particular las tecnologías para el manejo de enfermedades raras o medicamentos de muy alto costo.
3. Pago por demanda. Incluye la financiación de las tecnologías en salud que no pueden ser financiadas por los dos mecanismos descritos previamente. Este mecanismo financia tecnologías que incluyan medicamentos en normas farmacológicas y no tengan alternativa terapéutica respecto a los medicamentos disponibles a nivel nacional. Así mismo, los medicamentos vitales no disponibles que no tengan definido los valores de referencia, los medicamentos adquiridos por compra centralizada o riesgo compartido, medicamento con el principio activo NUSINERSEN y medicamentos para enfermedades raras formulados por primera vez durante la vigencia del presupuesto máximo.



### ***Financiamiento de la Salud Pública***

La implementación del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031 requiere del esfuerzo mancomunado de actores del sector y de actores de otros sectores que tienen incidencia sobre los determinantes sociales de la salud, dichos esfuerzos deben ser permanentes en el tiempo con el fin de garantizar el desarrollo sostenido de acciones requeridas para dar cumplimiento a las metas de salud pública establecidas para el país.

En este sentido, el Plan Decenal propone el fortalecimiento de la Comisión Intersectorial de Salud Pública-CISP, como instancia de coordinación que oriente el proceso de formulación, seguimiento y evaluación de políticas intersectoriales alrededor de la gestión de los Determinantes Sociales de la Salud en el marco de la implementación del Plan Decenal de Salud Pública.

A través del fortalecimiento de esta instancia, se propenderá por la generación de mecanismos institucionales y administrativos, que permitan el financiamiento y por lo tanto la sostenibilidad de las acciones sobre los determinantes en salud en el largo plazo, en el marco de las prioridades de los determinantes sociales identificados en el análisis de situación de salud del presente plan, y de acuerdo con las competencias de cada sector.

A su vez, la apuesta de fortalecimiento de la CISP implica en el nivel subnacional, impulsar la coordinación, inclusión y financiamiento de estrategias de gestión intersectorial de los determinantes sociales en los planes de desarrollo territorial a cargo de las entidades territoriales.

### ***Gestión Financiera de la Salud Pública de las Entidades Territoriales***

A nivel subnacional, la implementación del PDSP se concreta a través del Plan Territorial de Salud – PTS, instrumento estratégico e indicativo de política pública en salud del nivel departamental, distrital y municipal, que permite a las entidades



territoriales contribuir con el logro de las metas estratégicas del Plan Decenal de Salud Pública.

Los recursos necesarios para la efectiva implementación del Plan Territorial de Salud son programados en el componente de inversión plurianual, el cual debe ser coherente y consistente con el Plan Financiero Territorial de Salud, que hace parte integral del Plan Plurianual de Inversiones del Plan de Desarrollo Territorial.

El Plan Financiero Territorial de Salud es el instrumento de planeación, que integra y consolida la información sobre los requerimientos de recursos y fuentes de financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, a nivel nacional, departamental, distrital y municipal. Constituye el instrumento de programación, seguimiento y control de los recursos territoriales destinados al sector salud, en articulación con el marco fiscal de mediano plazo de la respectiva entidad; así mismo, debe estar armonizado con el Plan Territorial de Salud y el Plan Decenal de Salud Pública.

El Plan Financiero Territorial de Salud deberá definir, integrar y consolidar las fuentes y usos de los recursos nacionales, departamentales, distritales y municipales, destinados a financiar las acciones en salud a cargo de las entidades territoriales de orden departamental, distrital y municipal, de acuerdo con la normatividad vigente e involucrar la totalidad de los recursos sectoriales del Fondo Local de Salud.

## Referencias

1.

Colombia, C. d. (s.f.). Ley 1122 -Art 13.

Glassman, A. L. (2009). *From few to many: ten years of health insurance expansion in Colombia*. BID.

MSPS. (2016). Decreto 780.

MSPS. (2021). *Estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste del riesgo para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación, recursos para garantizar la*



*financiación de tecnologías y servicios de salud en los regímenes Contributivo y Subsidiado. Dirección de Regu. MSPS.*

República, C. d. (2001). Ley 715.

República, C. d. (2015). Ley 1753.



## Glosario

---

**Actividades.** Se refieren al “conjunto de procesos u operaciones mediante los cuales se genera valor al utilizar los insumos, dando lugar a un producto determinado.” (DNP, 2014, p.13) y una vez los insumos se materializan, el Plan Decenal de Salud Pública las despliega a través del desarrollo de actividades para transformar los insumos en productos para el logro de los resultados esperados, que además dan cuenta de las estrategias planteadas en los ejes estratégicos (descritos en el segundo apartado de este capítulo). Es importante notar que estas actividades se desarrollan en el marco de la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública del Plan Decenal de Salud Pública (descrita en el Capítulo 6) donde se establecen los elementos y los niveles de gestión de la salud pública en el marco del PDSP 2022-2031.

**Atención Integrada.** Coordinación entre los actores del sector salud y los demás sectores para garantizar una respuesta adecuada a las necesidades en salud de la población a través de los diferentes niveles de atención y en los distintos entornos donde ocurre la vida y la salud.

**Atención integral.** Implica la articulación de los servicios sociales, sociosanitarios y de salud para responder a las necesidades en salud de la población en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad a lo largo de un continuo del cuidado, lo que incluye desde la promoción y protección social; la promoción de la salud; la prevención, el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de la enfermedad hasta la rehabilitación, la paliación y la muerte digna.

**Atención Primaria Integral en Salud.** Estrategia de gestión integral para la organización de la salud pública y el sistema de salud que implica esfuerzos territoriales, institucionales y sociales coordinados desde el sector salud y articulados con los demás sectores y con la sociedad en su conjunto, para el abordaje de los determinantes sociales de la salud en la vía de garantizar el derecho a la salud, el bienestar y la calidad de vida de la población. Desarrolla procesos de atención integral, integrada y continua que articulan acciones promocionales para la vida y la salud con acciones de cuidado integral, gestión integral del riesgo, y



salud familiar y comunitaria acordes a la diversidad territorial y poblacional brindando una respuesta satisfactoria, diferencial y sostenible a las necesidades individuales y colectivas en salud.

**Ciclo PHVA. Planear:** Corresponde al establecimiento de los objetivos, los procesos para alcanzarlos, así como los indicadores de medición y de seguimiento.

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

**Condiciones de Salud.** Circunstancias de salud de una persona, más o menos persistentes, cuyo abordaje requiere de respuestas coordinadas por parte de los sistemas de atención en salud, de carácter reactivo y episódico para las eventualidades agudas o proactivo y continuo para las eventualidades crónicas.

**Conocimiento:** Corresponde a procesos de comprensión y explicación de la realidad a partir del uso de información, la experiencia, el razonamiento y el aprendizaje.

**Continuidad de la Atención.** Implica el seguimiento al proceso del continuo del cuidado de la salud a lo largo del curso de la vida, según necesidades, sin interrupciones y hasta su completa recuperación o máximo desarrollo.

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

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



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

**Gestión de Políticas Públicas Participativas.** Hace referencia al proceso de consolidación de acuerdos sobre necesidades y acciones comunes, donde interviene el Estado, la comunidad y las instituciones para la planeación e implementación de políticas públicas favorables para la vida y la salud (MSPS, 2016).

**Gestión del Conocimiento en Salud Pública:** Es un conjunto de principios, procesos, herramientas y prácticas que permite a las personas y a los colectivos consolidar, generar, divulgar, traducir y usar el conocimiento para la gestión de la salud pública, avanzar hacia la garantía del derecho fundamental a la salud, mejorar el acceso equitativo a nuevas tecnologías en salud, así como mejorar el desempeño del sistema y de los servicios de salud.

**Gestión Integral del Riesgo en Salud Pública.** Conjunto de procesos y acciones de carácter técnico, político, económico, social y cultural que permiten la gestión de las circunstancias de vida que representan amenazas individuales, familiares y colectivas para el goce efectivo del más alto nivel de salud posible, mediante la identificación, caracterización, medición, atención (desde la prevención hasta la paliación), seguimiento, monitoreo y evaluación de los riesgos/amenazas generadoras de morbilidad, discapacidad, mortalidad evitable y desigualdad; cuyas respuestas requieren de la articulación y coordinación entre los actores del sistema de salud y los demás sectores para su resolución.

**Gobernabilidad.** Capacidad para la ejecución de políticas públicas que permitan garantizar los derechos individuales y colectivos, asegurar la estabilidad social, política y económica, establecer acciones gubernamentales efectivas, facilitar los acuerdos sociales y la participación en los asuntos públicos, proteger los recursos naturales, los activos sociales y la dignidad humana. Tiene que ver con la responsabilidad ante el ciudadano y la percepción de la eficacia de la acción gubernamental.



**Gobernanza.** Es una forma organizativa del ejercicio del poder y procesos de acción conjunta en la que los representantes gubernamentales, y los demás actores sociales, políticos y económicos, se reconocen, relacionan, articulan y operan en contextos diversos para adelantar una acción colaborativa de interés público orientada al mejor nivel de salud posible. No se trata solo de las estructuras formales que guían la acción pública, sino del establecimiento de interacciones democráticas, corresponsables, en las que los diferentes actores incluido el gobierno, se involucran en moldear conjuntamente las mejores relaciones para sustentar y adelantar la acción colectiva en salud pública.

**Gobierno.** Conjunto de arreglos institucionales públicos que dan cuenta de la distribución territorial del poder, las responsabilidades estatales y el logro de los fines sociales derivados del Estado Social de Derecho, unitario, democrático, pluralista, en un marco de descentralización político-administrativa, autonomía subnacional, con prevalencia del interés general.

Tiene que ver con el ordenamiento del Estado colombiano y su organización territorial, los fines constitucionales, la función administrativa del Estado, el énfasis de acción centrado en la rama ejecutiva del poder público y sus interacciones con las demás ramas que lo componen, el reconocimiento de los derechos colectivos de grupos étnicos (gobiernos propios) y la diada decisión-acción en salud pública que supone la responsabilidad en cabeza de la autoridad sanitaria del país y su despliegue para el logro de la garantía del derecho fundamental a la salud.

La descentralización y la autonomía de lo local se sustentan en el conocimiento de los gobiernos subnacionales de las necesidades específicas y la generación de respuestas que dan cuenta de las diferencias poblacionales y territoriales. Desde la perspectiva del gobierno se debe reconocer en los territorios que allí confluyen múltiples actores gubernamentales, no todos bajo líneas de poder de la autoridad local (gobernadores y alcaldes) lo que implica que se unan los



acuerdos gubernamentales del orden nacional para apalancar los avances subnacionales y establecer acuerdos intergubernamentales multinivel; permitiendo relaciones armónicas entre lo centralizado y lo descentralizado.

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

**Insumos.** Hacen referencia a "los factores productivos, bienes o servicios con los que se cuenta para la generación de valor" (DNP, 2014, p. 13). En particular se encuentran: a) Normativos que sirven de referentes y antecedentes, además de referir las reglas de juego que permiten el funcionamiento y operación del Plan Decenal de Salud Pública; b) Capacidad instalada del SGSSS, que hace referencia a la infraestructura y el talento humano (tanto específico de salud como el de las instituciones técnicas de direccionamiento, rectoría, vigilancia, entre otros), c) Recursos financieros del SGSSS, que permiten ejecutar las diferentes actividades y estrategias en salud pública, aquí se encuentran el presupuesto general de la Nación- PGN, Cotizaciones, SGP, Rentas territoriales, recursos de Cooperación Internacional, entre otros; d) Plataformas Tecnológicas, estos hacen referencia a las diferentes herramientas tecnológicas del ministerio, del sector y otros sectores, que permiten aproximarse al estado de salud de los residentes en Colombia, así como la orientación de las acciones realizadas para mantener o mejorar dicho estado; finalmente se tiene como insumo e) Capacidad y recursos de otros sectores, que hace referencia a los recursos (físicos, humanos y financieros) de entidades aliadas con las cuales se desarrollarán acciones articuladas, para incidir de manera positiva sobre los Determinantes Sociales de la Salud.

**Intersectorialidad.** Consiste en la coordinación, articulación e integración de actores y sectores gubernamentales y no gubernamentales, incluyendo la sociedad civil organizada y las comunidades, para la formulación, financiación, implementación y evaluación conjunta de políticas públicas que incidan positivamente sobre los determinantes sociales de la salud con el propósito de mejorar la salud, el bienestar, la calidad de vida y la equidad en el país.



**Legitimidad.** Es una cualidad de la gobernabilidad que se sustenta en la legalidad y se relaciona con la autoridad pública y con el reconocimiento y valoración por lo que se hace, las relaciones que se establecen y la estabilidad del sistema político. Tanto la gobernabilidad como la legitimidad dan cuenta de la confianza que debe sustentar la acción conjunta en salud pública.

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

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

**Ordenadores.** Determinan aspectos fundamentales para la gestión de la Salud Pública en el marco del PDSP 2022-2031 como base de la organización estratégica y operativa del Plan. Parten de comprender el ejercicio del derecho a la salud desde el enfoque de derechos y sus diferenciales, el desarrollo humano y sostenible y los determinantes sociales de la salud. En este enfoque se pretende gestionar la salud pública a partir de la movilización positiva de los determinantes sociales de la salud, que permiten la buena salud, el bienestar y la calidad de vida.

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

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

**Productos.** Estos se definen como “los bienes y servicios provistos por el Estado que se obtienen de la transformación de los insumos a través de la ejecución de las actividades” (DNP, 2014, p.13) en donde los primeros “son aquellos de carácter tangible, almacenables o transportables” (DNP, 2019, p.13) y los segundos son “intangibles y no acumulables, se producen y consumen al mismo tiempo a través de una relación directa entre proveedores y receptores de los servicios” (DNP, 2019,



p.13). En particular el Plan Decenal de Salud Pública tendrá dos tipos de productos, los derivados directamente del SGSSS y los provenientes del trabajo articulado con otros sectores. Frente a los primeros, se destacan las tecnologías en salud entregadas<sup>93</sup>, las intervenciones individuales (como consultas por medicina general) y las intervenciones colectivas (referente a intervenciones, procedimientos, actividades e insumos, establecidos en la resolución 518 de 2015.); mientras que, respecto a los segundos, estos serán el resultado de los acuerdos establecidos para la gestión intersectorial de los determinantes sociales de la salud.

**Resultados.** Hacen referencia a “los efectos relacionados con la intervención pública, una vez se han consumido los productos provistos por ésta. Los efectos pueden ser intencionales o no y/o atribuibles o no a la intervención pública” (DNP, 2014, p.13). En particular, los resultados del Plan Decenal de Salud Pública giran alrededor de los cuatro grandes fines propuestos (descritos en el siguiente apartado del capítulo).

**Riesgo en Salud.** Probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y valorado como negativo para la salud individual y/o colectiva.

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

**Servicios Sociosanitarios:** son el resultado de la integración de los servicios sociales y de salud, destinados a las personas en situación de dependencia funcional, social, económica o emocional (psicológica,) y psicosocial . Con la integración de estos servicios, se busca garantizar la atención integral requerida por las personas que presentan tales características, beneficiándose de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su

---

<sup>93</sup> "Cualquier intervención que se puede utilizar para promover la salud, para prevenir, diagnosticar o tratar enfermedades o para rehabilitación o de cuidado a largo plazo. Esto incluye los procedimientos médicos y quirúrgicos usados en la atención médica, los productos farmacéuticos, dispositivos y sistemas organizacionales en los cuidados de la salud" (INAHTA, s.f., citado en MSPS, s.f.)



autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar la realización de diversas actividades.

**Servicios de Salud:** son el conjunto de servicios ofrecidos por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

**Talento Humano en Salud Pública.** Todas las personas que realizan acciones cuya finalidad principal sea promover la gestión territorial integral de la salud pública. Por tanto, el talento humano en salud pública incluye personas de diferentes ocupaciones, profesiones e incluso sectores que trabajan fundamentalmente por el logro del derecho a la salud, el bienestar y la calidad de vida de personas, familias y comunidades.

**Transectorialidad.** Existe transectorialidad cuando las decisiones de un sector tienen influencia y carácter vinculante en otros sectores y se han generado procesos conjuntos de respuesta integrada (MSPS, 2016). Implica un modo de gestión más allá de la sumatoria de ofertas sectoriales, institucionales, profesionales o disciplinares. Por tanto, requiere la creación de visiones integrativas y nuevos marcos referenciales para el abordaje de la realidad social.

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

**Visión.** Define a dónde se quiere llegar en términos de salud pública a través de la implementación del Plan en los próximos 10 años, las transformaciones que se esperan lograr en materia de salud, bienestar y calidad de vida para los habitantes del territorio colombiano, y los elementos que se espera gestionar a través del Plan Decenal de Salud Pública para alcanzar esas transformaciones.



## ANEXOS

### Anexo 1: Inventario Normativo: Tratados o convenios, leyes, documentos expedidos por el Consejo de Política económica y social – CONPES, decretos y resoluciones.

NÚMERO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE LA NORMA	Fecha de Emisión			EMITIDO POR:	DESCRIPCIÓN - EPÍGRAFO
			DÍA	MES	AÑO		
1	Ley	2197	25	1	2022	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECEN LOS PROCEDIMIENTOS TENDIENTES AL FORTALECIMIENTO DE LA SEGURIDAD CIUDADANA Y SE DISPONE OTRAS DISPOSICIONES
2	Ley	2144	10	8	2021	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECEN LAS ENCAMINADAS A SALVAR LA ECONOMÍA Y RECONOCER LA GASOLINA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES
3	Ley	2143	10	8	2021	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR LA CUAL SE DOTAN DE CARÁCTER MUTUALISTAS DE IDEAS DE VINCULACIÓN A LA ECONOMÍA EMPRESAS SOLIDARIAS Y SE DISPONE OTRAS DISPOSICIONES
4	Ley	2142	10	8	2021	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECEN LOS PROCEDIMIENTOS DE INVESTIGACIÓN FRENTE AL MINISTERIO DE CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN, ESTABLECIÉNDOSE OBTENER REGISTRO DE PROGRAMAS ACADÉMICOS DE DOCTORADO Y SE DISPONE OTRAS DISPOSICIONES
5	Ley	2141	10	8	2021	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA CUAL SE MODIFICAN LOS ARTÍCULOS 239 Y 240 DE LA CONSTITUCIÓN ESTABLECIENDO EL FUERO JUDICIAL
6	Ley	2138	4	8	2021	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECEN MEDIDAS PARA LA REGULARIZACIÓN DE VEHÍCULOS DE TRÁNSITO EN EL TERRITORIO NACIONAL Y SE DISPONE OTRAS DISPOSICIONES
7	Ley	2137	4	8	2021	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR LA CUAL SE CREA EL SISTEMA DE ALERTAS TEMPRANAS PARA LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES SE MODIFICA LA LEY 1116 DE 2017 Y SE DISPONE OTRAS DISPOSICIONES
8	Ley	2136	4	8	2021	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECEN DEFINICIONES, PRINCIPIOS Y LINEAS PARA LA REGLAMENTACIÓN DE LA POLÍTICA INTEGRAL DE SEGURIDAD EN EL ESTADO COLOMBIANO Y SE DISPONE OTRAS DISPOSICIONES
9	Ley	2135	4	8	2021	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECE EL RÉGIMEN ESPECIAL PARA LOS DEPARTAMENTOS DE CAQUETA, MUNICIPIOS Y ZONAS MUNICIPALES DE LA DECLARADOS ZONAS DE INTERÉS PARA EL DESARROLLO DE LOS DEPARTAMENTOS ARTÍCULOS 9, 289 y 333 DE LA CONSTITUCIÓN Y SE DISPONE OTRAS DISPOSICIONES



10	Ley	2134	4	8	2021	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR LA CUAL SE RECO CULTURAL MATERIA NACIÓN DEL PU ARCHIPIÉLAGO DE SAN Y SANTA CATALIN ELABORACION D CORRESPONDIENTE DECLARATORIAS Q ACORDE A LOS PROC SE DICTAN OTRA
11	Ley	2132	4	8	2021	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DEL CUAL NACIONAL DE LA NIÑ INDÍGENA COLOMBIAN DISPOS
12	Ley	2129	4	8	2021	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA CUA DE 1989 Y SE ESTABL PARA DETERMINAR APEL
13	Ley	2128	4	8	2021	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA C ABASTECIMIENTO CONFIABILIDAD , Y C COMBUSTIBL
14	Ley	2127	4	8	2021	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA C MUNICIPIOS DE LABRANZAGRANDE BOYACÁ, COMO TRIAN EN RECONOCIMIENTO INDEPENDENCIA Y DISPOS
15	Ley	2126	4	8	2021	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR LA CUAL SE RE CONFORMACIÓN Y FU COMISARIAS DE FAMI ÓRGANO RECTOR DISPOS
16	Ley	2125	4	8	2021	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA C INCENTIVOS PA FORMALIZACIÓN Y FO MICRO, PEQUEÑAS Y LIDERADAS POR MUJER DISPOSICIONES
17	Ley	2121	4	8	2021	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA CUA DE TRABAJO REMOT NORMAS PARA PROM SE DICTAN OTRA
18	Ley	2120	30	7	2021	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA CUA PARA FOMENTAR ENT SALUDABLES Y PREVE TRANSMISIBLES Y DISPOS
19	Ley	2119	30	7	2021	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DEL CU MEDIDAS PARA FORTA EDUCATIVA PARA EDUCACIÓN BÁSICA SE MEDIA Y EDUCACIÓN S OTRAS DISPOSICIO INSERCIÓN LABO
20	Ley	2117	29	7	2021	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DEL CUAL S DE 2010, LA LEY 823 DE MEDIDAS PARA FORTA IGUALDAD DE LA M LABORAL Y EN EDUCA ECONÓMICOS DONDE PARTICIPACIÓN Y DISPOS



21	Ley	2114	29	7	2021	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA CUAL SE CREA EL DERECHO DE PATERNIDAD, SUSTITUCIÓN DE LA PATERNAL COMPARTIDA Y EL DERECHO DE PATERNAL FLEXIBLE. SE MODIFICA EL ARTÍCULO 241A DEL CÓDIGO DE TRABAJO, Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES.
22	Ley	2113	29	7	2021	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DEL CUAL SE REGULA EL FUNCIONAMIENTO DE LOS JURÍDICOS DE LAS ESCUELAS DE EDUCACIÓN BÁSICA.
23	Ley	2112	29	7	2021	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA CUAL SE CREA EL EMPRENDIMIENTO Y EL TEJIDO EMPRESARIAL.
24	Ley	2111	29	7	2021	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DEL CUAL SE CREA EL XI DE LOS DELITOS CONTRA LA NATURALEZA Y EL MEDIO AMBIENTE. SE MODIFICA EL ARTÍCULO 599 DE 2000, SE MODIFICAN OTRAS DISPOSICIONES Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES.
25	Ley	2109	29	7	2021	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DEL CUAL SE CREA LA ORIENTACIÓN SOCIO-EDUCATIVA EN LOS ESTABLECIMIENTOS OFICIALES DE EDUCACIÓN FORMAL BÁSICA Y MEDIA.
26	Ley	2108	29	7	2021	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	LEY DE INTERNET COMERCIAL Y UNIVERSITARIA. LA CUAL SE MODIFICA LA LEY Nº 27111, SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES.
27	Ley	2103	15	7	2021	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA CUAL SE CREA EL «CONVENIO MULTILATERAL DE SEGURIDAD SOCIAL PARA LOS TRABAJADORES SANTIAGO, REPÚBLICA DE CHILE, EN NOVIEMBRE DE 2019».
28	Ley	2101	15	7	2021	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA CUAL SE CREA LA JORNADA LABORAL GRADUAL, SIN DISMINUCIÓN DE SALARIOS, PARA TRABAJADORES Y TRABAJADORAS Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES.
29	Ley	2098	6	7	2021	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA CUAL SE CREA LA PRISIÓN PERPETUA REINTEGRATIVA EN EL CÓDIGO PENAL Y EN EL CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO PENAL (DE 2004), EL CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO CARCELARIO (LEY 6555 DE 2004) Y OTRAS DISPOSICIONES.
30	Ley	2097	2	7	2021	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA CUAL SE CREA EL DEUDOR ALIMENTARIO (REDAM) Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES.
31	Ley	2096	2	7	2021	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA CUAL SE CREA EL ELEMENTO DE TAPABOCAS INCORPORABLE EN LOS ELEMENTOS TRANSPARENTES Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES.
32	Ley	2090	22	6	2021	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA CUAL SE RATIFICA EL «TRATADO DE MARRAKECH PARA EL ACCESO A LAS OBRAS DE LAS PERSONAS CIEGAS O CON OTROS TIPOS DE DEFICIENCIA VISUAL O CON OTROS TIPOS DE DEFICIENCIAS» PARA ACCEDER AL TEXTO INTEGRAL DEL «TRATADO DE MARRAKECH, MARROQUE, 2007».
33	Ley	2089	14	5	2021	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA CUAL SE CREA EL CASTIGO FÍSICO, HUMILLANTES O DEGRADANTES COMO TIPO DE VIOLENCIA CONTRA LA CORRECCIÓN CON LOS ADOLESCENTES Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES.
34	Ley	2088	12	5	2021	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR LA CUAL SE REGULA EL ACCESO A LA INFORMACIÓN Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES.



35	Ley	2087	25	3	2021	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA CUAL SE EXALTA LA MEMORIA DE LA MASACRE DE BOJAY MAYO COMO DÍA COMEMORATIVO DE LAS VICTIMAS DE BOJAY. SE DISPONE
36	Ley	2085	3	3	2021	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA CUAL SE DE LA DEPURACIÓN NACIONAL POR PÉRDIDA DE VIGENCIA EXPRESAMENTE NOR
37	Ley	2084	3	3	2021	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR LA CUAL SE ADICIONA LA PREVENCIÓN Y DE LUCROS EN EL D
38	Ley	2082	18	2	2021	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA CUAL SE CATEGORÍA MUNICIPALIDADES CAPITALES, SE ADICIONAN TENDIENTES A LA DESCENTRALIZACIÓN DE LAS DICTAN OTRAS
39	Ley	2081	3	2	2021	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR LA CUAL SE DECLARA LA ACCIÓN PENAL E INFRACCIONES CONTRA LA LIBERTAD DE FORMACIÓN SEXUAL Y EL INCESTO, COMETIDO EN LOS AÑOS -NO M
40	Ley	2079	14	1	2021	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA CUAL SE DISPONEN EN MATERIA DE HÁBITAT
41	Ley	2078	8	1	2021	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA CUAL SE 1448 DE 2011 Y LOS DICTAN 4633 DE 2011, 4634 DICTAN PRORROGANDO POR
42	Ley	2077	8	1	2021	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA CUAL SE EMISIÓN DE LA ESTAMPAS PÚBLICOS DEL DISTRITO SE DICTAN OTRAS
43	Ley	2076	8	1	2021	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR LA CUAL SE AMPLIA LA ASAMBLEA DEPARTAMENTAL LOS CONCEJOS MUNICIPALES SUS ENTIDADES TERRITORIALES ORDENEN LA EMISIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES OTRAS DIS
44	Ley	2075	8	1	2021	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA CUAL SE RÉGIMEN VIGENTE PARA LOS HONORARIOS DE LOS CONCEJOS MUNICIPALES DE CATEGORÍA; SE ADICIONA LA SEGURIDAD SOCIAL Y EL DERECHO AL T
45	Ley	2117	29	7	2021	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DEL CUAL SE 2010, LA LEY 823 DICTAN MEDIDAS PARA FORTALECER LA IGUALDAD DE LA MUESTRA LABORAL Y EN EDUCACIÓN ECONÓMICOS DONDE SE PARTICIPACIÓN
46	Ley	2070	31	12	2020	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR LA CUAL SE DICTAN REACTIVACIÓN Y FORTALECIMIENTO DEL SECTOR CULTURA, SE DICTAN LA PROMOCIÓN DEL PALESTRA LAS ARTES Y LA CREATIVIDAD SE DICTAN OTRAS
47	Ley	2069	31	12	2020	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DEL CUAL SE EMPRENDIMIENTO
48	Ley	2068	31	12	2020	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR EL CUAL SE MODIFICAN EL TURISMO Y SE DICTAN



49	Ley	2065	14	12	2020	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DEL C MUNICIPIO DE PUERTO EN LA JURISDICCIÓN AUTÓNOMA REGIONAL MAGDALENA (C
50	Ley	2064	9	12	2020	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA C INTERÉS GENERAL LA INMUNIZACIÓN DE LA P CONTRA LA COVID-19 CUALQUIER PANDEM DISPOS
51	Ley	2060	22	10	2020	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR LA CUAL SE MODI APOYO AL EMPLEO PROGRAMA DE APOYO PRIMA DE SE
52	Ley	2056	30	9	2020	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR LA CUAL SE REGU EL FUNCIONAMIENTO DE RE
53	Ley	2055	10	9	2020	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA C «CONVENCIÓN INTER PROTECCIÓN DE LOS D LAS PERSONAS MAY WASHINGTON, EL 1
54	Ley	2054	3	9	2020	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR EL CUAL SE MODIF Y SE DICTAN OTR
55	Ley	2052	25	8	2020	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA C DISPOSICIONES , TRAN EJECUTIVA DEL M TERRITORIAL Y A LO CUMPLAN FUNCIO ADMINISTRATIVAS, R RACIONALIZACIÓN DE OTRAS DIS
56	Ley	2050	12	8	2020	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA C ADICIONA LA LEY 150 OTRAS DISPOSICIONE TRÁ
57	Ley	2049	10	8	2020	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR LA CUAL SE CREA DE PLANEACIÓN LING DE SEÑAS COLOM OBJETIVO DE CONC PÚBLICA PARA S
58	Ley	2048	10	8	2020	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA C ARTICULO 20 DE LA LE OTRAS DIS
59	Ley	2047	10	8	2020	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR EL CUAL SE PRO EXPERIMENTACIO FABRICACIÓN Y CO PRODUCTOS COSMÉTIC O COMBINACIONES OBJETO DE PRUEBA DICTAN OTRAS
60	Ley	2046	6	8	2020	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR LA CUAL SE ESTA PARA PROMOVER L PEQUEÑOS PROD AGROPECUARIOS Y CAMPESINA, FAMILIAR MERCADOS DE CO ALIM
61	Ley	2045	5	8	2020	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DEL CU CRITERIOS DE PRIORI PRESTACIÓN DE SI DOMICILIARIOS EN LOS DE INVERSIÓN SOCIAL EXPLORACIÓN Y EXPL NATURALES N



62	Ley	2044	30	7	2020	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR EL CUAL SE DIC... SANEAMIENTO DE PR... ASENTAMIENTOS HUI... DICTAN OTRAS
63	Ley	2043	27	7	2020	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA CUA... PRÁCTICAS LABORALI... PROFESIONAL Y/O REL... OTRAS DIS
64	Ley	2042	27	7	2020	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA... HERRAMIENTAS PARA... FAMILIA REALICEN U... EFICAZ CON EL FIN DE... DEL
65	Ley	2041	27	7	2020	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA C... DERECHO DE L... DESARROLLARSE FÍSIC... EN UN AMBIENTE LIBE... LÍMITES PARA SU CON... COMERCIALIZADOS E... OTRAS DIS
66	Ley	2040	27	7	2020	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA CUA... PARA IMPULSAR EL TR... MAYORES Y SE DICTAN
67	Ley	2039	27	7	2020	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DEL CUA... PARA PROMOVER LA... PRODUCTIVA DE LOS... OTRAS DIS
68	Ley	2037	27	7	2020	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR EL CUAL SE MOD... LA LEY 388 DE 1997... DISPOS
69	Ley	2036	27	7	2020	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DEL CU... PARTICIPACIÓN D... TERRITORIALES EN... GENERACIÓN DE EN... RENOVABLES Y... DISPOS
70	Ley	2033	27	7	2020	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE L... DISPOSICIONES ES... PRESTACIÓN DEL SER... ESCOLAR EN ZONA
71	Ley	2026	23	7	2020	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA CUA... 1388 DE 2010, SE ESTA... GARANTIZAR LA PREST... SALUD ONCOPEDIÁTR... ATENCIÓN INTEGRAL C... MENORES CON CÁNC... DISPOSICIONE
72	Ley	2025	23	7	2020	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA C... LINEAMIENTOS PARA L... LAS ESCUELAS PARA... FAMILIA Y CUID... INSTITUCIONES DE ED... BÁSICA Y MEDIA DEL P... 1404 DE 2010 Y S... DISPOS
73	Ley	2016	27	2	2020	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR LA CUAL SE AD... INTEGRIDAD DEL... COLOMBIANO Y... DISPOS
74	Ley	2015	31	1	2020	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DEL CUAL... CLINICA ELECTRÓNIC... DICTAN OTRAS
75	Ley	2010	27	12	2019	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DÉ LA CUA... PARA LA PROMOCIO... ECONÓMICO, EL EMP... FORTALECIMIENTO DE... Y LA PROGRESIVIDAD... DEL SISTEMA TRIBUTA... IOS OBJETIVOS QUE



							IMPULSARON LA LEY 19... OTRAS DIS
76	Ley	2005	2	12	2019	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA... INCENTIVOS A LA CAL... CONSUMO Y COMERC... MIELES VIRGENES Y... COMO LA RECONVERS... DE LOS TRAPICHES EN... OTRAS DIS
77	Ley	2000	14	11	2019	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA C... CÓDIGO NACIONAL DE... Y EL CÓDIGO DE... ADOLESCENCIA EN M... PORTE Y DISTRIBUC... PSICOACTIVAS EN LUC... DE MENORES DE EDA... DISPOS
78	Ley	1997	16	9	2019	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DEL CU... RÉGIMEN ESPECIAL... ADQUIRIR LA NACIONA... NACIMIENTO, PAR... VENEZOLANOS EN SIT... REGULAR O IRREGULA... DE REFUGIO, NACI... COLOMBIANO, CON E... APAT
79	Ley	1996	26	8	2019	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA CU... RÉGIMEN PARA E... CAPACIDAD LEGAL D... DISCAPACIDAD M
80	Ley	1990	2	8	2019	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA CUA... PARA PREVENIR... DESPERDICIO DE ALI... OTRAS DIS
81	Ley	1988	2	8	2019	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR LA CUAL SE... LINEAMIENTOS, PAR... IMPLEMENTACION Y... POLÍTICA PÚBLICA D... INFORMALES Y S... DISPOS
82	Ley	1986	30	7	2019	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DEL CU... POLITICA DE ESTAD... ULCUÉ CHOQUÉ PARA... EDUCACIÓN SUPERIOR... LAS COMUNIDADES IN... OTRAS DIS
83	Ley	1981	26	7	2019	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DEL CUAL... DE 1994, EL DECRETO... DECRETO EXTRAORDI... DICTAN NORMAS PAR... PARA LA EQUIDAD I... CONCEJOS Y ASAMBLE... DISPOS
84	Ley	1980	26	7	2019	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA... PROGRAMA DE TAM... COL
85	Ley	1978	25	7	2019	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR LA CUAL SE MOD... LAS TECNOLOGÍAS DE... COMUNICACIONES -... COMPETENCIAS, SE... ÚNICO Y SE DICTAN C
86	Ley	1977	24	7	2019	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR LA CUAL SE MODI... LEY 1176 DE 2007 EN



							SECTOR DE AGUA POTABLE
87	Ley	1973	19	7	2019	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA CUAL SE DICTAN OTRAS MEDIDAS EN FAVOR DE LAS VÍCTIMAS DE LOS DELITOS DE BOLSAS Y OTROS MATRIMONIALES EN EL DEPARTAMENTO DE ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SAN CARLOS, ISLAS MENORES QUE SE DICTAN OTRAS
88	Ley	1972	18	7	2019	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA CUAL SE DICTAN OTRAS MEDIDAS EN FAVOR DE LAS VÍCTIMAS DE LOS DELITOS DE PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DEL MEDIO AMBIENTE Y MEDIDAS TENDIENTES A REDUCIR LAS EMISIONES CONTAMINANTES DE LOS VEHÍCULOS MÓVILES Y SE DICTAN OTRAS
89	Ley	1971	12	7	2019	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA CUAL SE DICTAN OTRAS MEDIDAS EN FAVOR DE LAS VÍCTIMAS DE LOS DELITOS DE ARTÍCULO 5° DE LA CONSTITUCIÓN Y SE DICTAN OTRAS
90	Ley	1968	11	7	2019	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR EL CUAL SE PROHIBEN EN EL TERRITORIO NACIONAL ESTABLECEN GARANTÍAS PARA LA SALUD DE LOS
91	Ley	1966	11	7	2019	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DEL CUAL SE DICTAN OTRAS MEDIDAS PARA LA GESTIÓN Y TENDIENTES A ESTABLECER UN SISTEMA DE SEGURIDAD Y SE DICTAN OTRAS
92	Ley	1964	11	7	2019	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA CUAL SE DICTAN OTRAS MEDIDAS DE VEHÍCULOS ELECTRICOS Y SE DICTAN OTRAS
93	Ley	1962	28	6	2019	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR LA CUAL SE DICTAN OTRAS MEDIDAS PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA ADMINISTRATIVA DE LOS ESTABLECEN LAS CONDICIONES PARA LA CONVERSIÓN EN ZONAS URBANAS TERRITORIAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES, EN VIRTUD DE LOS ARTÍCULOS 306
94	Ley	1959	20	6	2019	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA CUAL SE DICTAN OTRAS MEDIDAS ADICIONAN ARTÍCULOS A LA LEY 906 DE 2004 Y LA LEY 906 DE 2004 PARA EL DELITO DE VIOLENCIA
95	Ley	1957	6	6	2019	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	ESTATUTARIA DE LA LEY DE LA JUSTICIA EN LA JURISDICCION DE LA
96	Ley	1955	24	5	2019	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR EL CUAL SE EXPIDE LA LEY DE DESARROLLO 2011 PARA COLOMBIA, PACTO DE
97	Ley	1954		6	2019	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA CUAL SE DICTAN OTRAS MEDIDAS ACUERDO PARA EL ESTABLECIMIENTO DEL INSTITUTO GLOBAL PARA EL VERDE, SUSCRITO EN VIRTUD DE LA LEY DE JUNIO
98	Ley	1953	20	2	2019	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA CUAL SE DICTAN OTRAS MEDIDAS LINEAMIENTOS PARA LA ELABORACION DE LA POLITICA PÚBLICA DE PROMOCION DE LA INFERTILIDAD Y SU TRATAMIENTO Y SE DICTAN OTRAS MEDIDAS EN VIRTUD DE LOS PARÁMETROS DE
99	Ley	1951	24	1	2019	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR LA CUAL CREA EL INSTITUTO NACIONAL DE TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN Y SE DICTAN OTRAS MEDIDAS SISTEMA NACIONAL DE INVESTIGACION Y E INNOVACIÓN Y SE DICTAN OTRAS
100	Ley	1949	8	1	2019	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR LA CUAL SE ADICIONAN A LA LEY 2007 Y 1438 DE 2011 ALGUNOS ARTÍCULOS Y SE DICTAN OTRAS



101	Ley	1948	8	1	2019	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECEN LOS CRITERIOS DE POLITICA DE PROMOCIÓN DE LA MUDERNAZACION Y SE REGULA EL FUNCIONAMIENTO DE LAS FAMILIAS
102	Ley	1933	1	8	2018	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECE EL MUNICIPIO DE SANTO DOMINGO DEL DISTRITO ESPECIAL, DE TURISTICO, EMPRESARIAL Y DE SERVICIOS
103	Ley	1931	27	7	2018	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR LA CUAL SE ESTABLECE EL SISTEMA PARA LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
104	Ley	1930	27	7	2018	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECEN LAS DISPOSICIONES PARA LA REGULACION DE LOS PARAMETROS DE CALIDAD DEL AGUA
105	Ley	1929	27	7	2018	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECE EL TEMPORAL Y PARCIAL DE UN PORCENTAJE DE UN FONDO DE SOLIDARIDAD PARA EL EMPLEO Y PROTECCIÓN DE LOS TRABAJADORES EN EL ARTICULO 6° DE LA LEY SE FACULTA A LAS CATEGORIAS FAMILIAR A DESTINAR LOS RECURSOS PARA EL SANEAMIENTO DE PASADIZOS Y CUMPLIMIENTO DE OTRAS DISPOSICIONES APLICABLES
106	Ley	1926	24	7	2018	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECE EL «PROTOCOLO DE NORMATIVA SOBRE RESPONSABILIDAD SUPLEMENTARIO DEL PLAN DE CARTAGENA SOBRE BIOTECNOLOGIA», ADOPTADO EN OCTUBRE DE 1991
107	Ley	1917	12	7	2018	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECE EL SISTEMA DE RESIDUOS EN COLOMBIA, SU MECANISMO DE CONTROL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES
108	Ley	1912	11	7	2018	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR LA CUAL SE BRINDA ASISTENCIA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LA EDUCACION MAYOR EN LA ZONA RURAL
109	Ley	1900	18	6	2018	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECEN LOS CRITERIOS DE EQUIPARACION EN LA ADJUDICACION DE LA VIVIENDA RURAL, PROYECTO SE MODIFICA LA LEY 11000 Y OTRAS DISPOSICIONES
110	Ley	1892	11	5	2018	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECE EL «CONVENIO DE MERCURIO», HECHO EN OCTUBRE DE 1991
111	Ley	1885	1	3	2018	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR LA CUAL SE ESTABLECE LA ESTATUTARIA 1622 Y OTRAS DISPOSICIONES
112	Ley	1880	9	1	2018	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECE EL PROTOCOLO AL TRATADO DE PROTECCION DEL MAR Y SUS ANEXOS APÉNDICE Y SUS ANEXOS HECHO EN MADRID EL 10 DE OCTUBRE DE 1991 SU «ANEXO V», ADOPTADO EN OCTUBRE DE 1991 ADOPTADO EN ESTOCOLMO EN OCTUBRE DE 2002
113	Ley	1878	9	1	2018	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECEN ALGUNOS ARTICULOS DE LA LEY PARA LA CUAL SE EXPONEN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA Y OTRAS DISPOSICIONES
114	Ley	1874	27	12	2017	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR LA CUAL SE MODIFICA LA LEY GENERAL DE EDUCACION Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES



115	Ley	1864	17	8	2017	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	MEDIANTE LA CUAL SE 2000 Y SE DICTAN OTRA PROTEGER LOS PARTICIPACIÓN
116	Ley	1857	26	7	2017	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA CUA 1361 DE 2009 PA COMPLEMENTAR PROTECCIÓN DE LA OTRAS DIS
117	Ley	1850	19	7	2017	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA C MEDIDAS DE PROTECC EN COLOMBIA, SE MOD DE 2008, 1315 DE 2009 2009, SE PENALI INTRAFAMILIAR POR A OTRAS DIS
118	Ley	1844	14	7	2017	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA C ACUERDO DE PARIS DICIEMBRE DE 2015
119	Ley	1843	14	7	2017	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DEL C INSTALACIÓN Y PUE SISTEMAS AUTOMÁTICO OTROS MEDIOS TEC DETECCIÓN DE INFRA OTRAS DIS
120	Ley	1834	23	5	2017	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA C ECONOMIA CREA
121	Ley	1833	4	5	2017	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA C ADICIONA LA LEY 5a COMISIÓN LEGAL PAR LOS DERECHOS DE NEGRAS O POBLACIÓN CONGRESO DE LA REP SE DICTAN OTRA
122	Ley	1832	4	5	2017	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA CUA NACIONAL DE . INFO 'CRÉDITOS EDUC
123	Ley	1831	2	5	2017	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA CUA DEL DESFIBRILADOR R (DEA) EN TRANSPOR LUGARES DE ALTA AF SE DICTAN OTRA
124	Ley	1824	4	1	2017	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	Por medio de la cual se amigas de la familia lacta entidades públicas territor se dictan otras
125	Ley	1822	4	1	2017	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	Por medio de la cual s atención y cuidado de modifican los artículo sustantivo del trabajo y se
126	Ley	1821	30	12	2016	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA CUA MÁXIMA PARA EL RET PERSONAS QUE DES PÚB
127	Ley	1819	29	12	2016	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA C REFORMA TRIBUTAR FORTALECEN LOS M LUCHA CONTRA LA E FISCAL, Y SE DICTAN
128	Ley	1816	19	12	2016	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR EL CUAL SE FIJA E MONOPOLIO RENT DESTILADOS, SE MOD CONSUMO DE LICORE SIMILARES Y SE DICTAN
129	Ley	1811	21	10	2016	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR LA CUAL SE OTOP PROMOVER EL USO D TERRITORIO NACION CÓDIGO NACION



130	Ley	1805	4	8	2016	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA CUAL SE MODIFICA LA LEY 73 DE 1988 Y LA LEY 9066 DE DONACIÓN DE ÓRGANOS ANATÓMICOS Y SE DICTAN DISPOSICIONES
131	Ley	1804	2	8	2016	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR LA CUAL SE ESTABLECE EL ESTADO PARA EL DESARROLLO DE LA PRIMERA INFANCIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES
132	Ley	1799	25	7	2016	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA CUAL SE DICTAN PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS ESTÉTICOS PARA MEDICINOS Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES
133	Ley	1797	13	7	2016	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR LA CUAL SE DICTAN DISPOSICIONES QUE REGULAN LA OPERACIÓN GENERAL DE SEGURIDAD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES
134	Ley	1787	6	7	2016	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DEL CUAL SE DICTA UN ACTO LEGISLATIVO
135	Ley	1785	21	6	2016	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA CUAL SE DICTAN DISPOSICIONES PARA LA SUPERACIÓN DE LA EXTREMA RED UNIDOCIONARIA Y SE DICTAN DISPOSICIONES
136	Ley	1776	29	1	2016	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR LA CUAL SE CREA EL SISTEMA DE LAS ZONAS DE INTERÉS ESPECIAL RURAL, ECONÓMICO Y SOCIAL
137	Ley	1773	6	1	2016	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	Por medio de la cual se modifican los artículos 688 y 906 de la Ley 599 de 2000 y se modifican los artículos 906 de la Ley 599 de 2000
138	Ley	1751	16	2	2015	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	Por medio de la cual se modifica el artículo 1 de la Ley Fundamental a la Salud y se dictan disposiciones
139	Ley	1719	18	6	2014	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	Por la cual se modifican las Leyes 599 de 2000, 906 de 2000 y se dictan medidas para garantizar el acceso de las víctimas de violencia sexual con ocasión del conflicto armado a otras disposiciones
140	Ley	1639	2	7	2013	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	Por medio de la cual se modifica la Ley 599 de 2000 para la protección a la integridad de las víctimas de crímenes con ácido y se modifica la Ley 599 de 2000
141	Ley	1616	21	1	2013	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA CUAL SE DICTAN DISPOSICIONES PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y SE DICTAN DISPOSICIONES
142	Ley	1658	15	7	2013	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	Por medio de la cual se modifica la Ley 599 de 2000 para la comercialización de diferentes actividades inmobiliarias y se dictan requisitos e incentivos para la eliminación y se dictan disposiciones
143	Ley	1542	5	7	2012	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	Por la cual se reforma el artículo 1 de la Ley 2004, Código de Procedimiento Penal
144	Ley	1523	24	4	2012	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	Por la cual se adopta la Ley del riesgo de desastres y se crea el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y se dictan otras disposiciones
145	Ley	1496	29	12	2011	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	por medio de la cual se modifica la Ley 599 de 2000 y de retribución laboral en el sector público y establecen mecanismos de control y forma de discriminación y se dictan disposiciones
146	Ley	1454	28	6	2011	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	Por la cual se dictan disposiciones para el ordenamiento territorial y se dictan disposiciones
147	Ley	1562	11	7	2011	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	"POR LA CUAL SE MODIFICAN LOS RIESGOS LABORALES Y SE DICTAN DISPOSICIONES EN MATERIA DE OCUPACIÓN LABORAL"



148	Ley	1438	19	1	2011	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE LA C...
149	Ley	1448	10	6	2011	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	Por la cual se dictan medi...
150	Ley	1413	11	11	2010	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	Por medio de la cual se...
151	Ley	1408	20	8	2010	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	Por la cual se rinde hon...
152	Ley	1384	19	4	2010	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	Ley Sandra Ceballos, po...
153	Ley	1388	26	5	2010	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	Por el derecho a la vida...
154	Ley	1393	12	6	2010	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	Por la cual se definen...
155	Ley	1346	31	7	2009	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	Por medio de la cual se...
156	Ley	1314	13	7	2009	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	Por la cual se regulan lo...
157	Ley	1295	6	4	2009	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	Por la cual se reglamenta...
158	Ley	1287	3	3	2009	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	Por la cual se adiciona...
159	Ley	1196	5	6	2008	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	por medio de la cual se...
160	Ley	1295	27	11	2008	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	Por la cual se dictan nor...
161	Ley	1257	4	12	2008	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	Por la cual se dictan no...
162	Ley	4685	3	12	2007	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	por medio del cual se...
163	Ley	1159	20	9	2007	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	Por medio de la cual se...
164	Ley	1145	10	7	2007	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	POR MEDIO DE IA C...



165	Ley	1176	27	12	2007	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	Por la cual se desarrollan la Constitución Política y disposiciones
166	Ley	1122	9	1	2007	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	Por la cual se hacen algunas modificaciones al Sistema General de Seguros Sociales y se dictan otras disposiciones
167	Ley	1164	3	10	2007	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	Por la cual se dictan disposiciones sobre el Talento Humano
168	Ley	1098	8	11	2006	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	Por la cual se expide el Decreto Legislativo N° 1073, que modifica el artículo 10 de la Ley N° 26506, Ley Orgánica de Adolescentes y Jóvenes
169	Ley	1109	27	12	2006	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	por medio de la cual se aprueba el Protocolo de la OMS para el control de la Ginebra, el veintiuno (21) de octubre del 2006
170	Ley	1009	23	1	2006	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	por medio de la cual se crea el Observatorio Permanente de la Drogadicción
171	Ley	985	26	8	2005	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	por medio de la cual se aprueba el Tratado de Personería para la atención y protección de las víctimas de la violencia
172	Ley	984	12	8	2005	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	Por medio de la cual se faculta al Poder Ejecutivo de la Convención de todas las formas de discriminación adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el seis (6) de octubre del noventa y nueve (1999)
173	Ley	906	31	8	2004	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	Por la cual se expide el Decreto Legislativo N° 2770, que modifica el artículo 10 del Código Penal. (Corregida de conformidad con el artículo 17 del Decreto Legislativo N° 2770)
174	Ley	4175	10	12	2004	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	Por el cual se establece la creación de un sobresueldo para algunos funcionarios del Poder Judicial Nacional Penitenciario y se dictan otras disposiciones
175	Ley	789	27	12	2002	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	Por la cual se dictan normas para ampliar la protección social de los artículos del Código de Procedimiento Civil
176	Ley	745	19	7	2002	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	por la cual se tipifica como delito y porte de dosis personal de sustancias que produzcan adicción para los menores de edad
177	Ley	762	31	7	2002	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	Por medio de la cual se aprueba la Declaración Interamericana para la Eliminación de las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, suscrita en Guatemala, el siete (7) de marzo del 2002
178	Ley	731	14	1	2002	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	Por la cual se dictan normas para la mujer
179	Ley	715	21	12	2001	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	Por la cual se dictan normas sobre recursos y competencias de los jueces de los artículos 151, 288, 356 y 357 del Código de Procedimiento Civil (2001) de la Constitución y se dictan disposiciones para organizar los servicios de educación superior
180	Ley	691	18	9	2001	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	Mediante la cual se reglamenta el funcionamiento de los Grupos Étnicos en el Sistema de Justicia Social en el Perú
181	Ley	629	27	12	2000	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	Por medio de la cual se aprueba el Protocolo de Kioto de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático, el diecinueve (19) de diciembre del 2000
182	Ley	581	31	5	2000	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	Por la cual se reglamenta la participación de la mujer en las diferentes ramas y órganos del Poder Judicial de conformidad con los artículos 134 y 135 de la Constitución Nacional y se dictan otras disposiciones



183	Ley	361	7	2	1997	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	Por la cual se establecen social de la personas con dispos
184	Ley	319	20	9	1996	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	Por medio de la cual s Adicional a la Conven Derechos Humanos e Económicos, Sociales y C Salvador", suscrito en noviembre
185	Ley	294	16	7	1996	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	Por la cual se desarr Constitución Política y prevenir, remediar y infra
186	Ley	23	9	1	1996	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	Por medio de la cual se Basilea sobre el cont transfronterizos de los eliminación, suscrito en 19
187	Ley	152	15	7	1994	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	Por la cual se establece l Des
188	Ley	124	15	2	1994	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	por la cual se prohíbe embriagantes a menores dispos
189	Ley	136	2	6	1994	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	Por la cual se dictan norm la organización y el muni
190	Ley	115	8	2	1994	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	Por la cual se expide la l
191	Ley	100	23	12	1993	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	Por la cual se crea el Sis Integral y se dictan
192	Ley	99	22	12	1993	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	Por la cual se crea el M AMBIENTE, se reordena e de la gestión y conserva los recursos naturales r Sistema Nacional Ambien dispos
193	Ley	70	27	8	1993	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	Por la cual se desarrolla la Constitu
194	Ley	29	28	12	1992	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	Por medio de la cual se Montreal relativo a las su capa de ozono", suscrito septiembre de 1987, con en Londres el 29 de junio de junio
195	Ley	21	4	3	1991	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	por medio de la cual se ap 169 sobre pueblos indíe independientes, adoptad Conferencia General de
196	Ley	10	10	1	1990	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	Por la cual se reorganiz Salud y se dictan
197	Ley	30	31	1	1986	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	Por la cual se adopta Estupe y se dictan otra
198	Ley	9	24	1	1979	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	por la cual se dictan

No.	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE LA NORMA	FECHA DE EMISIÓN			DESCRIPCIÓN - EPÍGRAFE DEL DOCUMENTO	CATE
			DÍA	MES	AÑO		
1	Decreto	1893	30	12	2021	Por el cual se modifica la estructura del Departamento Nacional de Planeación	Plan



2	Decreto	1026	31	8	2021	Por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus COVID -19, Yel mantenimiento del orden público, se decreta el aislamiento selectivo con distanciamiento individual responsable y la reactivación económica segura	Sec
3	Decreto	1019	27	8	2021	"Por el cual se adiciona el Decreto 1077 de 2015, Decreto Unico Reglamentario del Sector de Vivienda, Ciudad y Territorio en lo relacionado con la adopción de normas transitorias en materia de licencias urbanísticas y se dictan otras disposiciones"	Inters
4	Decreto	1009	26	8	2021	Por el cual se modifica el artículo 2.2. 1. 7. 7. 1.3. de la Subsección 1 de la Sección 7 del Capítulo 7 del Título 1 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1079 de 2015, Único Reglamentario del Sector Transporte	Inters
5	Decreto	952	19	8	2021	«Por el cual se reglamenta el artículo 2 de la Ley 2039 del 2020 y se adiciona el capítulo 6 al título 5 de la parte 2 del libro 2 del Decreto 1083 del 2015, en lo relacionado con el reconocimiento de la experiencia previa como experiencia profesional válida para la inserción laboral de jóvenes en el sector público»	Inters
6	Decreto	941	19	8	2021	Por el cual se reglamenta el artículo 94 de la ley 2063 de 2020, para efectos del saneamiento de la deuda del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional	Sec
7	Decreto	939	19	8	2021	"Por el cual se reglamenta parcialmente el párrafo 3 del artículo 5 del Decreto Legislativo 560 de 2020 y se adiciona la Sección 7 al Capítulo 9 del Título 2 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1074 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Comercio, Industria y Turismo"	Inters
8	Decreto	935	18	8	2021	Por el cual se modifica el párrafo 8° del artículo 2.2.6.1.10.2 de la Sección 10 del Capítulo 1 del Título 6 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1072 de 2015, Único Reglamentario del Sector Trabajo	Inters
9	Decreto	934	18	8	2021	"Por el cual se adiciona el capítulo 7 al título 2 de la parte 2 del libro 2 del Decreto 1078 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector de Tecnologías de la Información y las omunicaciones, para reglamentarse el párrafo 2 del artículo 11 de la Ley 1341 de 2009"	Inters
10	Decreto	891	10	8	2021	Por el cual se reglamenta parcialmente el Decreto Legislativo 560 de 2020, en lo relacionado con el régimen de los bonos de riesgo y se adiciona el Capítulo 9 del Título 2 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1074 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Comercio, Industria y Turismo.	Inters



11	Decreto	880	6	8	2021	Por el cual se adiciona el Título III a la Parte II del Libro II del Decreto 1080 de 2015, Único Reglamentario del Sector Cultura, y se reglamenta parcialmente la Ley 2070 de 2020, en lo relacionado con el Fondo para la Promoción del Patrimonio, la Cultura, las Artes y la Creatividad - FONCULTURA	Inters
12	Decreto	867	2	8	2021	Por el cual se ordena la publicación del Proyecto de Acto legislativo No. 38 de 2021 Senado -521 de 2021 Cámara "POR EL CUAL SE MODIFICAN LOS ARTICULOS 328 y 356 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA OTORGÁNDOLE LA CATEGORÍA DE DISTRITO TURISTICO, CULTURAL E HISTÓRICO AL MUNICIPIO DE PUERTO COLOMBIA EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO" (Primera Vuelta)	Acto Legis
13	Decreto	866	3	8	2021	Por el cual se ordena la publicación del Proyecto de Acto legislativo NO.37 de 2021 Senado -508 de 2021 Cámara "POR MEDIO DEL CUAL SE MODIFICA EL ARTICULO 138 DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA"(Primera Vuelta)	Acto Legis
14	Decreto	830	26	7	2021	Por el cual se modifican y adicionan algunos artículos al Decreto 1081 de 2015, Único Reglamentario del Sector Presidencia de la República, en lo relacionado con el régimen de las Personas Expuestas Políticamente (PEP)	Inters
15	Decreto	826	26	7	2021	Por el cual se modifica el artículo 2. 13. 1. 12.6 del Decreto 1071 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo Agropecuario, Pesquero y de Desarrollo Rural	Inters
16	Decreto	824	26	7	2021	Por medio del cual se modifica el Decreto 1077 de 2015 Único Reglamentario del Sector Vivienda, Ciudad y Territorio, en lo relacionado con la cartografía para el ordenamiento territorial	Inters
17	Decreto	823	26	7	2021	Por el cual se modifican los artículos 2.2.13.13.3 y 2.2.13.13.6 del Decreto 1833 de 2016, en relación con el acceso de los creadores y gestores culturales al Servicio Social Complementario de Beneficios Económicos Periódicos-BEPS.	Inters
18	Decreto	811	23	7	2021	Por el cual se sustituye el Título 11 de la Parte 8 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con el acceso seguro e informado al uso del cannabis y de la planta de cannabis	Sec



19	Decreto	804	21	7	2021	Por el cual se adiciona el Título 10 a la Parte 2 del Libro 1 al Decreto 1821 de 2020, "por el cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sistema General de Regalías", a efectos de reglamentar el Sistema de Seguimiento, Evaluación y Control del Sistema General de Regalías	Inter
20	Decreto	790	21	7	2021	Por el cual se modifican los artículos 2.2.2.1.8., 2.2.16.1.3., 2.2.16.1.24., 2.2.16.3.8., 2.2.16.6.1., 2.2.16.6.5., 2.2.16.7.8., 2.2.16.7.10., 2.2.16.7.17 del Decreto 1833 de 2016 compilatorio de las normas del Sistema General de Pensiones, en lo relacionado con normas sobre bonos pensionales.	Inter
21	Decreto	783	19	7	2021	Por el cual se modifican los artículos 2.2.14.3.5 y 2.2.14.6.5 del Decreto 1833 de 2016 compilatorio de las normas del Sistema General de Pensiones, relacionados con los montos del subsidio a cargo de la Subcuenta de Subsistencia del Fondo de Solidaridad Pensional para las personas que dejaron de ser madres comunitarias y madres sustitutas	Inter
22	Decreto	770	13	7	2021	Por el cual se sustituye el Título 18 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1083 de 2015, Único Reglamentario del Sector Función Pública, y se modifican otras de sus disposiciones.	Inter
23	Decreto	762	13	7	2021	Por el cual se modifica el Decreto 1081 de 2015 Único Reglamentario del Sector Presidencia de la República y se reglamenta parcialmente la Ley 1941 'de 2018, en concordancia con los párrafos 1 y 2 del artículo 281 de la Ley 1955 de 2019, en lo que hace referencia a la implementación de las Zonas Estratégicas de Intervención Integral ZEII	Inter
24	Decreto	744	2	7	2021	Por medio del cual se modifican los artículos. 8, 15 y 16 del Decreto 109 de 2021, en cuanto a la identificación de la población a vacunar, agendamiento de citas y aplicación de la vacuna contra COVID-19	Sec
25	Decreto	742	2	7	2021	Por medio del cual se modifica el artículo 2.2.22.2.1. del Decreto 1083 de 2015, Único Reglamentario del Sector de Función Pública, con el fin de incorporar la política de Compras y Contratación Pública a las políticas de gestión y desempeño institucional.	Inter
26	Decreto	740	2	7	2021	Por el cual se modifica parcialmente el Decreto 660 de 2021.	Sec
27	Decreto	739	2	7	2021	Por el cual se modifica el Decreto 1077 de 2015 en relación con las condiciones de asignación y operación del subsidio familiar de vivienda	Inter



28	Decreto	709	28	6	2021	Por el cual se modifica el artículo 2.1.11.3 del Decreto 780 de 2016 en relación con el mecanismo de asignación de afiliados	Sec
29	Decreto	697	25	6	2021	Por el cual se establecen los requisitos sanitarios que se tendrán en cuenta en la donación de medicamentos de síntesis química, biológicos, radiofármacos, productos fitoterapéuticos, gases medicinales, medicamentos homeopáticos, dispositivos médicos, equipos biomédicos, reactivos de diagnóstico in vitro, cosméticos y productos de higiene doméstica y absorbentes de higiene personal, y materias primas, para atender la pandemia por la COVID 19	Sec
30	Decreto	690	24	6	2021	Por el cual se adiciona y modifica el Decreto Único Reglamentario 1076 de 2015, del sector de Ambiente y Desarrollo Sostenible, en lo relacionado con el manejo sostenible de la flora silvestre y los productos forestales no maderables, y se adoptan otras determinaciones.	Inters
31	Decreto	689	24	6	2021	Por el cual se reglamenta los artículos 64, 65, 66 Y 67 de la Ley 2069 de 2020, se modifica el artículo 2.2.6.1.3.12, se subroga la Sección 8 y se deroga la Sección 9 del Capítulo 1 del Título 6 del Libro 2 de la Parte 2 del Decreto 1072 de 2015 Único Reglamentario del Sector Trabajo	Inters
32	Decreto	688	24	6	2021	Por el cual se adiciona la Sección 10 al Capítulo 1 del Título 6 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1072 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo y se crea el apoyo para la generación de empleo para jóvenes dentro de la Estrategia Sacúdete	Inters
33	Decreto	680	22	6	2021	Por el cual se modifica parcialmente el artículo 2.2.1.1.1.3.1. y se adiciona el artículo 2.2.1.2.4.2.9. al Decreto 1082 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación Nacional, en relación con la regla de origen de servicios en el Sistema de Compra Pública	Inters
34	Decreto	655	16	6	2021	Por el cual se adicionan dos párrafos al artículo 2.2.2.1.2.2. del Decreto 1082 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación Nacional	Inters
35	Decreto	654	16	6	2021	Por el cual se adiciona la Sección 6 al Capítulo 2 del Título 6 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1072 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo, y se adopta la Clasificación Única de Ocupaciones para Colombia -CUOC y se dictan otras disposiciones	Inters



36	Decreto	648	16	6	2021	Por el cual se reglamenta la homologación y/o equivalencia de los requisitos de estudio, conocimientos y experiencia de los abogados defensores de que trata el artículo 3 de la Ley 1698 de 2013, y se adiciona el Decreto 1070 de 2015 "Por el cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de Defensa	Interse
37	Decreto	647	16	6	2021	Por medio del cual se adicionan unos artículos al Capítulo 11 Título 8 parte 2 del Libro 2 del Decreto 1070 de 2015, "Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de Defensa", relacionados con la reglamentación del Consejo Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana	Interse
38	Decreto	639	11	6	2021	Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 2070 de 2020 en lo que se refiere a la destinación específica de la contribución parafiscal de los espectáculos públicos de las artes escénicas y se modifican los, artículos 2.9.2.4.2, 2.9.2.4.3 Y 2.9.2.5.2 del Decreto 1080 de 2015, Unico Reglamentario del Sector Cultura	Interse
39	Decreto	619	4	6	2021	Por el cual se adiciona el Parágrafo 2° al artículo 2.2.6.3.25 y la Sección 5 al Capítulo 2 del Título 6 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1072 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo, en lo relacionado con la equivalencia de experiencia profesional previa y se dictan otras disposiciones	Interse
40	Decreto	601	1	6	2021	Por el cual se desarrollan las competencias de vigilancia de los eventos adversos posteriores a la vacunación contra el Covid-19 y se reglamenta el artículo 4 de la Ley 2064 de 2020	Sec
41	Decreto	596	1	6	2021	Por medio del cual se modifica y adiciona el Decreto 1071 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo Agropecuario, Pesquero y de Desarrollo Rural, en lo relacionado con los acuerdos de Recuperación y saneamiento de cartera agropecuaria, las medidas de alivio especial a deudores del Fondo de Solidaridad Agropecuario y del Programa Nacional de Reactivación Agropecuaria	Interse
42	Decreto	580	31	5	2021	Por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus COVID -19, Y el mantenimiento del orden público, se decreta el aislamiento selectivo con distanciamiento individual responsable y la reactivación económica segura	Sec



43	Decreto	579	31	5	2021	Por el cual se sustituyen los párrafos transitorios del artículo 2.2.1.1.1.5.2., el párrafo transitorio 1 del artículo 2.2.1.1.1.5.6., así como el párrafo transitorio del artículo 2.2.1.1.1.6.2. del Decreto 1082 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación Nacional, para que los proponentes acrediten el mejor indicador financiero y organizacional de los últimos 3 años, con el fin de contribuir a la reactivación económica	Inters
44	Decreto	530	21	5	2021	Por el cual se modifica el artículo 3 del Decreto 1333 de 2019, en cuanto al giro previo de servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capacitación -UPC	Sec
45	Decreto	526	19	5	2021	Por el cual se adicionan unos artículos al capítulo 1 del Título 1, de la Parte 2 del libro 2 del Decreto 1072 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo, para regular la firma electrónica del contrato individual de trabajo	Inters
46	Decreto	525	19	5	2021	Por el cual se modifican los artículos 2.10.1.2, 2.10.1.4, 2.10.1.5, 2.10.1.6, 2.10.1.7, 2.10.1.8, 2.10.1.10 Y 2.10.1.13 el Decreto 1080 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Cultura.	Inters
47	Decreto	523	14	5	2021	Por el cual se modifica el Decreto 1077 de 2015, Único Reglamentario del Sector Vivienda, Ciudad y Territorio, en lo relacionado con el saneamiento predial y la transferencia de bienes inmuebles fiscales	Inters
48	Decreto	520	14	5	2021	Por medio del cual se reglamenta la Ley 1946 de 2019 por medio del cual se modifica la ley 582 de 2000 y se dictan otras disposiciones" y se sustituye la parte 9, libro 2 del Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo del Deporte."	Inters
49	Decreto	478	12	5	2021	Por el cual se modifica y adiciona el Capítulo 6 del Título 1 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1079 de 2015, Único Reglamentario del Sector Transporte	Inters
50	Decreto	468	12	5	2021	Por medio de la cual se reglamenta el Sello de Accesibilidad e Inclusión Universal, estableciendo las condiciones para reconocer el derecho a su uso y se adiciona la Sección 4 al Capítulo 9 del Título 1 Parte 2 Libro 2 del Decreto 1074 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Comercio, Industria y Turismo	Inters
51	Decreto	465	8	5	2021	Por el cual se establece una medida transitoria para garantizar la disponibilidad y suministro de oxígeno medicinal, en el marco de la emergencia sanitaria causada por la pandemia de la COVID-19	Sec



52	Decreto	452	30	4	2021	Por el cual se modifica el artículo 2.5.3.8.3.2.13 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social	Sec
53	Decreto	438	28	4	2021	Por el cual se modifica el Capítulo 1 del Título 2 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1082 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación Nacional	Sec
54	Decreto	421	22	4	2021	Por el cual se adiciona el Decreto 1073 de 2015 Único Reglamentario del Sector Administrativo de Minas y Energía, en lo relacionado con las transferencias del sector eléctrico con destino a los municipios y distritos beneficiarios	Inters
55	Decreto	419	22	4	2021	Por el cual se da cumplimiento a los compromisos adquiridos por Colombia relacionados con el Anexo A -Parte I del Convenio de Minamata sobre el Mercurio y se adoptan otras disposiciones	Inters
56	Decreto	415	22	4	2021	Por el cual se crea una instancia de coordinación y asesoría para recomendar al Ministerio de Salud y Protección Social, la autorización de actividades de interés nacional en el marco la pandemia contra el COVID -19 EL	Sec
57	Decreto	402	16	4	2021	Por el cual se establecen disposiciones relacionadas con la prohibición de la importación y la exportación de asbesto en desarrollo de la Ley 1968 de 2019	Inters
58	Decreto	400	13	4	2021	Por el cual se adicionan unos artículos al Capítulo 3 del Título 1 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1083 de 2015, Único Reglamentario del Sector de Función Pública, en lo relacionado con la jornada laboral mediante el sistema de turnos	Inters
59	Decreto	399	13	4	2021	Por el cual se modifican los artículos 2.2.1.1.2.1.1., 2.2.1.2.1.3.2. Y 2.2.1.2.3.1.14., Y se adicionan unos párrafos transitorios a los artículos 2.2.1.1.1.5.2., 2.2.1.1.1.5.6. Y 2.2.1.1.1.6.2. del Decreto 1082 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación Nacional.	Inters
60	Decreto	380	12	5	2021	Por el cual se regula el control de los riesgos para la salud y el medio ambiente en el marco de la erradicación de cultivos ilícitos mediante el método de aspersión aérea, y se dictan otras disposiciones.	Sec
61	Decreto	377	9	4	2021	Por el cual, se subroga el título 1 de la parte 2 del libro 2 del Decreto 1078 de 2015, Decreto Unico Reglamentario del sector de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, para reglamentar el Registro Único de TIC y se dictan otras disposiciones	Inters



62	Decreto	344	6	4	2021	Por el cual se modifica y adiciona el Capítulo 5 del Título 2 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1072 de 2015, Único Reglamentario del Sector Trabajo, referente a los permisos sindicales	Inter
63	Decreto	343	6	4	2021	Por medio del cual se sustituye la Sección 4 del Capítulo 1 del Título 4 del Libro 2 de la Parte 2 del Decreto 1074 de 2015, Único Reglamentario del Sector Comercio, Industria y Turismo, en el sentido de reglamentar los establecimientos de gastronomía y bares turísticos y se dictan otras disposiciones complementarias	Inter
64	Decreto	333	6	4	2021	Por el cual se modifican los artículos 2.2.3.1.2.1, 2.2.3.1.2.4 Y 2.2.3.1.2.5 del Decreto 1069 de 2015, Único Reglamentario del sector Justicia y del Derecho, referente a las reglas de reparto de la acción de tutela	Inter
65	Decreto	310	25	3	2021	Por el cual se reglamenta el artículo 41 de la Ley 1955 de 2019, sobre las condiciones para implementar la obligatoriedad y aplicación de los Acuerdos Marco de Precios y se modifican los artículos 2.2.1.2.1, 2.7. Y 2.2.1.2.1.2.12. del Decreto 1082 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación Nacional	Inter
66	Decreto	288	24	3	2021	Por el cual se adiciona el Capítulo 3 al Título 8 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1083 de 2015, Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo referente a la evaluación del desempeño de los directivos sindicales y sus delegados con ocasión del permiso sindical	Inter
67	Decreto	287	24	3	2021	Por el cual se adiciona el Decreto 1077 de 2015, Único Reglamentario del Sector Vivienda, Ciudad y Territorio, en lo relacionado con los proyectos de vivienda y usos complementarios, así como el régimen especial en materia de licencias urbanísticas para los antiguos ETCR	Inter
68	Decreto	286	24	3	2021	"Por medio del cual se modifica parcialmente y adiciona el Decreto 1067 de 2015, "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Relaciones Exteriores"" en lo relacionado con la circunscripción de la Oficina Consular de Colombia en Copenhague, Reino de Dinamarca y la Circunscripción de la Oficina Consular de Colombia en Estocolmo, Reino de Suecia.	Inter
69	Decreto	279	15	3	2021	Por el cual se modifica el artículo 2.4.1.1.17 del capítulo 1 del título 1 de la parte IV del Decreto 1080 de 2015 Único Reglamentario del Sector Cultura	Inter



70	Decreto	256	9	3	2021	Por el cual se adiciona el Capítulo 5 al Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, en relación con las competencias de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud respecto de los actos de adquisición del diez por ciento (10%) o más de la composición del capital o del patrimonio de una entidad promotora de salud	Sec
71	Decreto	248	9	3	2021	Por el cual se adiciona la Parle 20 al Libro 2 del Decreto 1071 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo Agropecuario, Pesquero y de Desarrollo Rural, relacionado con las compras públicas de alimentos	Inters
72	Decreto	247	9	3	2021	Por el cual se adicionan las secciones 2 y 6 del Capítulo 3, del Título 1, de la Parte 3, del libro 2 del Decreto 1070 de 2015, "Por el cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de Defensa" en lo que respecta a la creación de la Medalla Militar "Simona Amaya"	Inters
73	Decreto	223	2		2021	Por el cual se adiciona la Parle 23 al Ubro 2 del Decreto 1068 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público, en lo relacionado con el Fondo de Fuentes Alternativas de Pago para el Desarrollo de Infraestructura (FIP) de que trata el artículo 149 de la Ley 2010 de 2019.	Inters
74	Decreto	206	26	2	2021	Por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus COVID -19, Y el mantenimiento del orden público, se decreta el aislamiento selectivo con distanciamiento individual responsable y la reactivación económica segura	Sec
75	Decreto	205	26	2	2021	Porel cual se adiciona el Decreto 1077 de 2015 Único Reglamentario del Sector Vivienda, Ciudad y Territorio, en lo relacionado con la expedición.de licencias urbanísticas para el Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina y sus cayos, con posterioridad a la declaratoria de situación de desastre o calamidad pública	Inters
76	Decreto	191		2	2021	Por el cual se adiciona la parte 6 al Libro 2 del Decreto 1079 de 2015, Único Reglamentario del Sector Transporte, en lo relacionado con la identificación de parqueaderos preferenciales para vehículos eléctricos	Inters
77	Decreto	189	23	2	2021	Por la cual se da cumplimiento a una decisión de la Procuraduría Segunda Delegada para la Contratación Estatal, que suspendió al Superintendente Nacional de Salud.	Sec



78	Decreto	154	11	2	2021	Por el cual se adiciona la Sección 4 al Capítulo 2 del Título 6 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1072 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo, en lo relacionado con el registro y funcionamiento de las Unidades Vocacionales de Aprendizaje en Empresa -UVAE	Inter
79	Decreto	124	2	2	2021	Por medio del cual se modifica parcialmente el artículo 2.2.1.1.1 del Decreto 1067 de 2015, "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Relaciones Exteriores"	Inter
80	Decreto	109	29	1	2021	Por el cual se adopta el Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19 y se dictan otras disposiciones	Sec
81	Decreto	99	27	1	2021	Por el cual se modifica el Decreto Único Reglamentario del Sector Minas y Energía, 1073 de 2015 en lo relacionado con los lineamientos de política para la expansión de la cobertura del servicio de energía eléctrica en el Sistema Interconectado Nacional y en las Zonas No Interconectadas.	Inter
82	Decreto	93	27	1	2021	Por el cual se adicionan las secciones 2 y 6 del Capítulo 3, del Título 1, de la Parte 3, del libro 2 del Decreto 1070 de 2015, "Por el cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de Defensa" en lo que respecta a la creación de la Medalla Militar "Protectores de la Espada del Libertador	Inter
83	Decreto	87	27	1	2021	Por el cual se adiciona el Capítulo 12 del Título 1 de la Parte 13 del Libro 2 del Decreto 1071 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo Agropecuario, Pesquero y de Desarrollo Rural	Inter
84	Decreto	83	26	1	2021	Por el cual se honra la memoria de las víctimas del Covid-19 y en especial la del Dr. Carlos Holmes Trujillo García	Me
85	Decreto	52	19	1	2021	Por el cual se ordena la publicación del Proyecto de Acto Legislativo No. 022 de 2020 Senado -458 de 2020 Cámara POR MEDIO DEL CUAL SE REFORMA LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA EN SU ARTICULO 79 ADICIONANDO UN INCISO QUE PROHIBE EXPRESAMENTE EL EJERCICIO DE ACTIVIDADES DE EXPLORACIÓN Y EXPLOTACIÓN MINERAS EN ECOSISTEMAS DE PARAMOS-PRIMERA VUEL TA	Acto Legis
86	Decreto	45	15	1	2021	Por el cual se derogan el Decreto 704 de 2018 y el artículo 1.1.2.3. del Decreto 1078 de 2015, Único Reglamentario del Sector de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones	Inter



87	Decreto	39	14	1	2021	Por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus COVID-19, y el mantenimiento del orden público, y se decreta el aislamiento selectivo con distanciamiento individual responsable.	Sec
88	Decreto	23	7	1	2021	Por el cual se ordena la publicación del Proyecto de Acto Legislativo No. 467 de 2020 Cámara -003 de 2020 Senado "POR EL CUAL SE OTORGA LA CATEGORIA DE DISTRITO ESPECIAL DE CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN A LA CIUDAD DE MEDELLÍN" (Primera Vuelta)	Acto Legis
89	Decreto	1824	31	12	2020	Por el cual se adiciona el Capítulo 6 al Título 7 de la Parte 14 del Libro 2 del Decreto 1071 de 2015 "Por medio del cual se expide el decreto único reglamentario del sector administrativo agropecuario, pesquero y de desarrollo rural", para la clarificación de la vigencia legal de los títulos de origen colonial o republicano de los resguardos indígenas.	Inters
90	Decreto	1821	31	12	2020	Por el cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sistema General de Regalías	Inters
91	Decreto	1818	31	12	2020	Por el cual se sustituye el Capítulo 4 del Libro 2, Parte 2, Título 3 y el Anexo Técnico No. 2 del Decreto número 1066 de 2015, Único Reglamentario del Sector Interior, con el fin de adoptar la Estrategia Nacional para la Lucha Contra la Trata de Personas, 2020-2024	Inters
92	Decreto	1812	31	12	2020	Por el cual se modifica el artículo 3 del Decreto 2154 de 2019 en el sentido de ampliar el plazo para la presentación de la última certificación de deuda por parte de las entidades territoriales en el marco del Plan de saneamiento de las cuentas de servicios y tecnologías en salud no financiadas por la UPC del Régimen Subsidiado prestados hasta el 31 de diciembre de 2019	Sec
93	Decreto	1811	31	12	2020	Por el cual se modifica el artículo 2.5.2.2.1.20 del Decreto 780 de 2016 en el sentido de ampliar un plazo para la verificación de las condiciones financieras y de solvencia de las Entidades Promotoras de Salud	Sec
94	Decreto	1810	31	12	2020	Por el cual se modifica el Decreto 521 de 2020 en el sentido de incluir en el proceso de saneamiento los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC del Régimen Contributivo, incluidos en fallos judiciales que ordenaron tratamientos integrales	Sec



95	Decreto	1809	31	12	2020	Por el cual se adiciona el Título 8 a la Parte 2 Libro 3 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con la afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales de los voluntarios acreditados y activos del Subsistema Nacional de Voluntarios en Primera Respuesta	Sec
96	Decreto	1806	31	12	2020	Por el cual se reglamenta el numeral v) de la letra ii del literal d del artículo 1 del Decreto Legislativo 816 de 2020 Y se adiciona la Parte 23 al Libro 2 del Decreto 1068 de 2015, Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público	Inters
97	Decreto	1794	30	12	2020	Por el cual se adiciona un Capítulo, relacionado con la aplicación de derechos antidumping, al Título 3 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1074 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Comercio, Industria y Turismo, y se dictan otras disposiciones	Inters
98	Decreto	1787	29	12	2020	Por el cual se establecen las condiciones sanitarias para el trámite y otorgamiento de la Autorización Sanitaria de Uso de Emergencia -ASUE para medicamentos de síntesis química y biológicos destinados al diagnóstico, la prevención y tratamiento de la Covid 19 en vigencia de la emergencia sanitaria	Sec
99	Decreto	1778	24	12	2020	Por el cual se adiciona el Capítulo 2 al Título 14 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1082 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación Nacional y se modifica el Capítulo 7, del Título 1 de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto 1081 de 2015, Reglamentario Único del Sector Presidencia de la República	Inters
100	Decreto	1768	24	12	2020	Por el cual se modifica el artículo 2.2.2.2 del Título 2 "Adaptación de medidas para implementar el Sistema Penal Acusatorio en la Jurisdicción Penal Militar", del Decreto 1070 de 2015 "Por el cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de Defensa"	Inters
101	Decreto	1764	23	12	2020	Por el cual se modifica el párrafo transitorio del artículo 2.5.1.4.7 del Decreto 1066 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo del Interior, sobre el periodo y elección de los delegados ante el Espacio Nacional de Consulta Previa de las medidas legislativas y administrativas de carácter general, susceptibles de afectar directamente a las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras.	Inters



102	Decreto	1756	23	12	2020	Por el cual se adiciona la Sección 2 al Capítulo 46 del Libro 2 de la Parte 2 del Título 2 del Decreto 1074 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Comercio, Industria y Turismo	Inters
103	Decreto	1749	22	12	2020	Por el cual se adiciona el artículo 2.4.2.1.19 al capítulo 1 del título 2 de la parte 4 del libro 2 del Decreto 1066 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo del Interior, sobre los parámetros relativos a la reglamentación de los convenios de derecho público interno con entidades religiosas y se dictan otras disposiciones	Inters
104	Decreto	1735	22	12	2020	Por medio del cual se modifica parcialmente el marco normativo sobre intervención por captación de dineros del público sin autorización Estatal, de que trata el Capítulo 15 del Título 2 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto Único Reglamentario del Sector Comercio, Industria y Turismo, 1074 de 2015	Inters
105	Decreto	1731	22	12	2020	Por la cual se sustituye el Capítulo 13 del Título 3 de la Parte 10 del Libro 2 del Decreto 1071 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo Agropecuario, Pesquero y de Desarrollo Rural, en lo relacionado con la reglamentación de la Ley 686 de 2001, modificada por la Ley 1758 de 2015, que establece la Cuota de Fomento Cauchera	Inters
106	Decreto	1711	19	12	2020	Por el cual se modifica el artículo 2.5.2.3.3.6 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social en relación con el plazo para acreditar las condiciones de habilitación por parte de las entidades que operan el aseguramiento	Sec
107	Decreto	1710	19	12	2020	Por el cual se adopta el Mecanismo Articulador para el Abordaje Integral de las Violencias por Razones de Sexo y Género, de las mujeres, niños, niñas y adolescentes, como estrategia de gestión en salud pública y se dictan disposiciones para su implementación	Sec
108	Decreto	1701	19	12	2020	Por el cual se modifican los artículos 2.1.4.1.5, 2.1.4.1.6, 2.1.4.1.8, 2.1.4.1.9 Y 2.1.4.1.1.1. Y se deroga el artículo 2.1.4.1.12. del Capítulo 1, Título 4, Parte 1 del Libro 2 del Decreto 1071 de 2015 - Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo Agropecuario, Pesquero y de Desarrollo Rural/-en lo relacionado con la reglamentación del Fondo de Fomento Agropecuario.	Inters



109	Decreto	1688	17	12	2020	Por el cual se modifican unos artículos y se adiciona una Sección al Capítulo 1, del Título 7, de la Parte 3, del Libro 2 del Decreto Único Reglamentario del Sector Vivienda, Ciudad y Territorio, Decreto 1077 de 2015, reglamentando parcialmente el artículo 279 de la Ley 1955 de 2019 en lo relacionado con la dotación de infraestructura de agua para consumo humano y doméstico o de saneamiento básico en zonas rurales y su entrega directa a las comunidades organizadas beneficiarias, de acuerdo con los esquemas diferenciales definidos por el Gobierno nacional	Inters
110	Decreto	1687	17	12	2020	Por el cual se adiciona un párrafo al artículo 2.2.6.7.1.1.1 del Decreto 1077 de 2015, Único Reglamentario del Sector de Vivienda, Ciudad y Territorio, relacionado con el régimen de transición de las medidas de protección al comprador de vivienda nueva previstas en los artículos 8 y 9 de la Ley 1796 de 2016.	Inters
111	Decreto	1678	17	12	2020	Por el cual se adiciona la Parte 19 al Libro 2 del Decreto 1071 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo Agropecuario, Pesquero y de Desarrollo Rural, para reglamentar el ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y control del servicio público de adecuación de tierras, y se dictan otras disposiciones,	Inters
112	Decreto	1649	14	12	2020	Por el cual se modifica el artículo 3 del Decreto 1333 de 2019, en cuanto al giro previo de servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación -UPC	Sec
113	Decreto	1640	14	12	2020	Por el cual se sustituye el Capítulo 1, relacionado con la conformación y reglamentación de la Comisión Consultiva de Alto Nivel de las Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras, prevista en el artículo 45 de la Ley 70 de 1993, se adiciona el Capítulo 5, relacionado con el Registro de instituciones de Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras y se adiciona el Capítulo 6, relacionado con la Participación de las Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras, al Título 1, de la Parte 5, del Libro 2 del Decreto 1066 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo del Interior	Inters



114	Decreto	1618	7	12	2020	Por el cual se adiciona el Decreto 1068 de 2015 - "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público" -en lo relacionado con el Fondo de Estabilización del Ingreso Fiscal-FEIF y el Comité de Gestión de Pasivos y Coberturas de la Nación	Inters
115	Decreto	1585	2	12	2020	Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1076 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Ambiente y Desarrollo Sostenible, en lo relacionado con el Diagnóstico Ambiental de Alternativas y el trámite de licenciamiento ambiental y se dictan otras disposiciones.	Inters
116	Decreto	1567	30	11	2020	Por el cual se adiciona la Sección 3 al Capítulo 2 del Título 1 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1079 de 2015 Único Reglamentario del Sector Transporte	Inters
117	Decreto	1550	28	11	2020	Por el cual se modifica y prorroga la vigencia del Decreto 1168 de 25 de agosto de 2020 "Por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus COVID -19, yel mantenimiento del orden público y se decreta el aislamiento selectivo con distanciamiento individual responsable", prorrogado por los Decretos 1297 del 29 de septiembre de 2020 y 1408 del 30 de octubre de 2020	Sec
118	Decreto	1543	24	11	2020	Por medio del cual se adiciona el Capítulo 13 al Título 5 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 1068 de 2015, Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público, y se reglamenta la transferencia de predios rurales para proyectos productivos en el marco de la reincorporación	Inters
119	Decreto	1538	24	11	2020	Por el cual se sustituye el Capítulo 2 del Título 1 de la Parte 3 del Libro 2 y se modifica el artículo 2.3.1.5.3 del Capítulo 5 del Título 1 de la Parte 3 del Libro 2 del Decreto 1079 de 2015, Único Reglamentario del Sector Transporte	Inters
120	Decreto	1468	12	11	2020	Por el cual se modifican parcialmente las Secciones 2, 5 Y 6 del Capítulo 7 del Título 1 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1074 de 2015, Único Reglamentario del Sector Comercio, Industria y Turismo, en lo relativo a la aplicación del análisis de impacto normativo en los reglamentos técnicos.	Inters



121	Decreto	1433	5	11	2020	Por el cual se reglamenta la conformación y el funcionamiento de la Junta Administradora del Fondo de Financiamiento para la Infraestructura Educativa para la educación Preescolar, básica y media FFIE, en desarrollo del artículo 184 de la Ley 1955 de 2019, y se modifica el Decreto 1075 de 2015 Decreto Único Reglamentario del Sector Educación.	Inter
122	Decreto	1432	5	11	2020	Por el cual se modifica la NIIF 16 contenida en el anexo técnico compilatorio y actualizado 1 2019, del Decreto Único Reglamentario de las Normas de Contabilidad, de Información Financiera y de Aseguramiento de la Información; Decreto 2420 de 2015, y se dictan otras disposiciones'	Inter
123	Decreto	1429	5	11	2020	Por el cual se reglamentan los artículos 16, 17 y 22 de la Ley 1996 de 2019 y se adiciona el Decreto 1069 de 2015, Único Reglamentario del Sector Justicia y del Derecho.	Inter
124	Decreto	1420	3	11	2020	Por el cual se modifican los Decretos 1068 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público y 1077 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector de Vivienda, Ciudad y Territorio, en lo relacionado con las causales de terminación de la cobertura de tasa de interés	Inter
125	Decreto	1419	3	11	2020	Por el cual se subroga la sección 1 del capítulo 2 del título 6 de la parte 2 del libro 2 del Decreto 1078 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones	Inter
126	Decreto	818	4	6	2020	Por el cual se adoptan medidas especiales para la protección y mitigación del impacto del COVID-19 en el sector cultura, en el marco del Estado de Emergencia Económica Social y Ecológica, declarado mediante el Decreto 637 de 2020	Inter
127	Decreto	808	4	6	2020	Por el cual se adoptan medidas en el sector juegos de suerte y azar, con el fin de incrementar los recursos los recursos para la salud e impedir la extensión de los efectos de la pandemia del nuevo Coronavirus COVID-19, en el Marco dala emergencia Económica, Social y ecológica declarada por medio del Decreto 637 del 6 de mayo del 2020	Sec
128	Decreto	803	4	6	2020	Por medio del cual se crea el Programa de Apoyo para el Pago de la Prima de Servicios -PAP para el Sector Agropecuario, en el marco de la Emergencia Sanitaria ocasionada por el Coronavirus COVID 19.	Inter



129	Decreto	800	4	6	2020	Por el cual se adoptan medidas para el flujo de recursos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y mantener la afiliación al mismo de quienes han perdido la capacidad de pago, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica	Sec
130	Decreto	796	4	6	2020	Por el cual se adoptan medidas en el sector agropecuario para atenuar los efectos económicos derivados de la enfermedad Coronavirus COVID-19 en los trabajadores y productores agropecuarios, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica	Inters
131	Decreto	767	30	5	2020	Por el cual se modifica el numeral 4 del artículo 2.5.3.1.4. del Decreto 1068 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público, en lo relacionado con los criterios de fijación de honorarios para reuniones no presenciales de las juntas o consejos directivos de las entidades descentralizadas del orden nacional.	Inters
132	Decreto	749	58	5	2020	Por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus COVID-19, y el mantenimiento del orden público	Sec
133	Decreto	746	28	5	2020	Por el cual se sustituye el Título 8 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1079 de 2015 Decreto Único Reglamentario del Sector Transporte"	Inters
134	Decreto	697	26	5	2020	Por el cual se adiciona el Decreto 1080 de 2015, Único Reglamentario del Sector Cultura, y se reglamentan los artículos 1790 y 1800 de la Ley 1955 de 2019, Ley del Plan Nacional ;de Desarrollo 2018 -2022, Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad	Inters
135	Decreto	691	22	5	2020	Por el cual se adiciona el Decreto 1077 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector de Vivienda, Ciudad y Territorio, en lo relacionado con la adopción de disposiciones transitorias en materia de licencias urbanísticas.	Inters
136	Decreto	689	22	5	2020	Por el cual se proroga la vigencia del Decreto 636 del 6 de mayo de 2020 "por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus COVID-19, y el mantenimiento del orden público"	Sec
137	Decreto	686	22	5	2020	Por el cual se adoptan disposiciones transitorias en materia de sistemas especiales de importación - exportación, consumidor, turismo y zonas francas, para mitigar los efectos causados por la emergencia sanitaria provocada por el coronavirus COVID-19"	Inters



138	Decreto	681	21	5	2020	Por el cual se adiciona el título 19 a la parte 2 del Decreto 1078 de 2015, Decreto Único , Reglamentario del Sector de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, para establecer las reglas para implementar el artículo 154 de la Ley 1955 de 2019"	Inters
139	Decreto	680	21	5	2020	Por el cual se adiciona un párrafo transitorio al artículo 2.2.7.4.5. del Decreto 1078 de 2015, Decreto Unico Reglamentario del Sector de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, para aplazar los pagos que deben realizar los operadores del servicio de radiodifusión sonora comercial al Fondo Único de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones	Inters
140	Decreto	662	14	5	2020	Por el cual se crea el Fondo Solidario para la Educación y se adoptan medidas para mitigar la deserción en el sector educativo provocada por el Coronavirus COVID-19, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica	Inters
141	Decreto	640	11	5	2020	Por el cual se adiciona el Título 6 a la Parte 15 del Decreto 1071 de 2015, en lo relacionado con el Registro Único de Predios y Territorios AbandonadosRupta	Inters
142	Decreto	636	6	5	2020	Por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus COVID-19, y el mantenimiento del orden público	Sec
143	Decreto	634	5	5	2020	Por el cual se acepta la renuncia de uno de los miembros de la Junta Administradora de la Subcuenta para la Mitigación de Emergencias - COVID19'	Inters
144	Decreto	622	2	5	2020	Por el cual se modifica el artículo 2.2.5.4.7 del Decreto 1078 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones para establecer las reglas para la operación de estaciones repetidoras del Servicio de Radioaficionado	Inters
145	Decreto	621	2	5	2020	Por el cual se adiciona el artículo 2.2,8,1.12 y se modifican los artículos 2,2.8.4,4.2,2.8.4.7. 2,2.8.4.9 del Decreto 1078 de 2015. Decreto Único Reglamentario del sector de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, para establecer las reglas para el otorgamiento de la prórroga de los servicios postales de mensajería expresa y postal de pago	Inters
146	Decreto	614	30	4	2020	Por el cual se adiciona el título 18 a la parte 2 del libro 2 del Decreto 1078 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, para establecer los canales oficiales de reporte de información durante las emergencias sanitarias	Inters



147	Decreto	611	30	4	2020	Por el cual se autoriza el pago de horas extras, dominicales y festivos a los servidores del Instituto Nacional de Salud	Sec
148	Decreto	609	30	4	2020	Por el cual se nombra al gerente de la Subcuenta para la Mitigación de Emergencias -COVID19	Nomb
149	Decreto	607	29	4	2020	Por el cual se corrigen errores formales en el Decreto Legislativo 538 de 2020, II Por el cual se adoptan medidas en el sector salud, para contener y mitigar la pandemia de COVID-19 y garantizar la prestación de los servicios de salud, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica"	Sec
150	Decreto	600	27	4	2020	Por el cual se adiciona el artículo 2.5.2.2.1.21 al Decreto 780 de 2016 en relación con el uso transitorio, por parte de las EPS, de los recursos que tengan invertidos en títulos de deuda pública interna, títulos de renta fija y depósitos a la vista, que forman parte de la reserva técnica	Sec
151	Decreto	595	25	4	2020	Por el cual se reglamenta el Decreto Legislativo 487 del 27 de marzo de 2020 "Por el cual se dictan medidas especiales relacionadas con el sector Justicia y del Derecho en materia de extradición, con ocasión del "estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica" declarada en todo el territorio nacional, derivada de la Pandemia COVID-19	Inters
152	Decreto	594	25	4	2020	Por el cual se modifica el artículo 2.2.1.2.6.1.6. y se adiciona la Subsección 3, a la Sección 6, del Capítulo 2, del Título 1, de la Parte 2, del Libro 2 del Decreto 1082 de 2015 Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación Nacional	Inters
153	Decreto	593	24	4	2020	Por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus COVID-19, y el mantenimiento del orden público	Sec
154	Decreto	582	16	4	2020	Por el cual se implementan medidas para proteger los derechos de los pensionados, los beneficiarios del Servicio Social Complementario BEPS y los beneficiarios del Programa de Subsidio al Aporte a Pensión -PSAP en el marco de la Emergencia Sanitaria declarada por el Ministerio de Salud y Protección Social, con ocasión de la pandemia derivada del Coronavirus COVID-19	Inters
155	Decreto	576	15	4	2020	Por el cual se adoptan medidas en el sector de juegos de suerte y azar, para impedir la extensión de los efectos de la pandemia de Covid-19, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica	Sec



156	Decreto	575	15	4	2020	Por el cual se adoptan medidas para mitigar los efectos económicos generados por la pandemia Coronavirus COVID-19 en el sector transporte e infraestructura, en el marco del Estado de Emergencia, Económica, Social y Ecológica	Interse
157	Decreto	568	15	4	2020	Por el cual se crea el impuesto solidario por el COVID 19, dentro del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica dispuesto en el Decreto Legislativo 417 de 2020	Interse
158	Decreto	559	15	4	2020	Por el cual se adoptan medidas para crear una Subcuenta para la Mitigación de Emergencias - Covid19-en el Fondo Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y se establecen las reglas para su administración, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica	Seco
159	Decreto	546	14	4	2020	Por medio del cual se adoptan medidas para sustituir la pena de prisión y la medida de aseguramiento de detención preventiva en establecimientos penitenciarios y carcelarios por la prisión domiciliaria y la detención domiciliaria transitorias en el lugar de residencia a personas que se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad frente al COVID-19, y se adoptan otras medidas para combatir el hacinamiento carcelario y prevenir y mitigar el riesgo de propagación, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica	Interse
160	Decreto	544	13	4	2020	Por el cual se adoptan medidas en materia de contratación estatal para la adquisición en el mercado internacional de dispositivos médicos y elementos de protección personal, atendiendo criterios de inmediatez como consecuencia de las turbulencias del mercado global de bienes para mitigar la pandemia Coronavirus COVID-19	Seco
161	Decreto	539	13	4	2020	Por el cual se adoptan medidas de bioseguridad para mitigar, evitar la propagación y realizar el adecuado manejo de la pandemia del Coronavirus COVID-19, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica	Seco
162	Decreto	538	12	4	2020	Por el cual se adoptan medidas en el sector salud, para contener y mitigar la pandemia de COVID-19 y garantizar la prestación de los servicios de salud, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica	Seco
163	Decreto	536	11	4	2020	Por el cual se modifica el Decreto 531 del 8 de abril de 2020 en el marco de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus COVID-19, y el mantenimiento del orden público	Seco



164	Decreto	531	8	4	2020	Por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus COVID-19, y el mantenimiento del orden público	Sec
165	Decreto	521	6	4	2020	Por el cual se establecen los criterios para la estructuración, operación y seguimiento del saneamiento definitivo de los recobros por concepto de servicios y tecnologías de salud no financiados con cargo a la UPC del régimen contributivo	Sec
166	Decreto	499	31	3	2020	Por el cual se adoptan medidas en materia de contratación estatal para la adquisición en el mercado internacional de dispositivos médicos y elementos de protección personal, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica, atendiendo criterios de inmediatez como consecuencia de las turbulencias del mercado internacional de bienes para mitigar la pandemia Coronavirus Covid 19	Sec
167	Decreto	498	30	3	2020	Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Único Reglamentario del Sector de Función Pública	Inters
168	Decreto	496	30	3	2020	Por el cual se modifica el párrafo transitorio del artículo 2.5.1.4.7 del Decreto 1066 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo del Interior, sobre el período y elección de los delegados ante el Espacio Nacional de Consulta Previa de las medidas legislativas y administrativas de carácter general, susceptibles de afectar directamente a las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras.	Inters
169	Decreto	493	29	3	2020	Por el cual se adicionan los Decretos 1068 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público, y 1077 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector de Vivienda, Ciudad y Territorio, en lo relacionado con la adopción de disposiciones transitorias en materia de causales de terminación anticipada de la cobertura de tasa de interés otorgada a deudores de crédito de vivienda y locatarios en operaciones de leasing habitacional	Inters
170	Decreto	487	27	3	2020	Por el cual se dictan medidas especiales relacionadas con el sector Justicia y del Derecho en materia de extradición, con ocasión del "Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica" declarada en todo el territorio nacional, derivada de la Pandemia COVID-19	Inters
171	Decreto	476	25	3	2020	Por el cual se dictan medidas tendientes a garantizar la prevención, diagnóstico y tratamiento del Covid-19 y se dictan otras disposiciones, dentro del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica	Sec



172	Decreto	474	25	3	2020	Por el cual se adiciona el Decreto 1080 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Cultura, reglamentando el artículo 1770 de la ley 1955 de 2019, Ley del Plan Nacional de Desarrollo 2018 - 2022, Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad, y el artículo 90 de la ley 1556 de 2012, modificado por el artículo 1780 de la Ley 1955 de 2019	Inters
173	Decreto	473	25	3	2020	Por el cual se modifica el Decreto 1068 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público, en lo relacionado con operaciones de crédito público cuya celebración no comprenda la financiación de gastos de inversión.	Inters
174	Decreto	471	25	3	2020	Por el cual se deroga el Título 9 de la Parte 13 del Libro 2 del Decreto 1071 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo Agropecuario, Pesquero y de Desarrollo Rural, en lo relacionado con la política de precios de insumas agropecuarios	Inters
175	Decreto	465	23	3	2020	Por el cual se adiciona el Decreto 1076 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Ambiente y Desarrollo Sostenible, en lo relacionado con la adopción de disposiciones transitorias en materia de concesiones de agua para la prestación del servicio público esencial de acueducto, y se toman otras determinaciones en el marco de la emergencia sanitaria declarada por el Gobierno nacional a causa de la Pandemia COVID-19	Inters
176	Decreto	462	22	3	2020	Por el cual se prohíbe la exportación y la reexportación de productos necesarios para afrontar la emergencia sanitaria provocada por el coronavirus COVID-19, se dictan medidas sobre su distribución y venta en el mercado interno, y se adiciona el Decreto 410 de 2020.	Inters
177	Decreto	457	22	3	2020	Por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus COVID-19 y el mantenimiento del orden público.	Sec
178	Decreto	455	21	3	2020	Por el cual se adiciona el Capítulo 3 al Título 12 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de Función Pública, en lo relacionado con la paridad en los empleos de nivel directivo	Inters
179	Decreto	454	21	3	2020	Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, con la incorporación de la política de gestión de la información estadística a las políticas de gestión y desempeño institucional	Inters



180	Decreto	434	19	3	2020	Por el cual se establecen plazos especiales para la renovación de la matrícula mercantil, el RONEOL y los demás registros que integran el Registro Único Empresarial y Social RUES, así como para las reuniones ordinarias de las asambleas y demás cuerpos colegiados, para mitigar los efectos económicos del nuevo coronavirus COVID-19 en el territorio nacional	Interse
181	Decreto	420	18	3	2020	Por el cual se imparten instrucciones para expedir normas en materia de orden público en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia de COVID-19	Sec
182	Decreto	412	16	3	2020	Por el cual se dictan normas para la conservación del orden público, la salud pública y se dictan otras disposiciones	Sec
183	Decreto	411	16	3	2020	Por el cual se toman medidas transitorias debido a la emergencia sanitaria relacionada con el COVID-19 con respecto al régimen de zonas francas	Interse
184	Decreto	410	16	3	2020	Por el cual se modifica el arancel de aduanas para la importación de productos necesarios para afrontar la emergencia sanitaria provocada por el coronavirus COVID-19	Interse
185	Decreto	403	16	3	2020	Por el cual se dictan normas para la correcta implementación del Acto Legislativo 04 de 2019 y el fortalecimiento del control fiscal	Acto Legis
186	Decreto	400	13	3	2020	Por el cual se modifica el Decreto 1068 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público en lo relacionado con el manejo de los excedentes de liquidez	Interse
187	Decreto	399	13	3	2020	Por el cual se modifica el Decreto 1073 de 2015, "por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de Minas y Energía" en relación con la cesión de los derechos de los subsidios causados en materia del servicio público de energía eléctrica.	Interse
188	Decreto	398	13	3	2020	Por el cual se adiciona el Decreto 1074 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Comercio, Industria y Turismo, para reglamentar parcialmente el artículo 19 de la Ley 222 de 1995, en lo referente al desarrollo de las reuniones no presenciales de las juntas de socios, asambleas generales de accionistas o juntas directivas, y se dictan otras disposiciones	Interse
189	Decreto	397	13	3	2020	Por el cual se establece un beneficio en la presentación y pago de la contribución parafiscal para la promoción del turismo para mitigar los efectos económicos del Coronavirus COVID-19 en el territorio nacional	Interse



190	Decreto	294	27	2	2020	Por el cual se ordena la publicación del Proyecto de Acto Legislativo No. 001 de 2019 Cámara -021 de 2019 Senado "POR MEDIO DEL CUAL SE MODIFICA EL ARTICULO 34 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA, SUPRIMIENDO LA PROHIBICIÓN DE LA PENA DE PRISIÓN PERPETUA Y ESTABLECIENDO LA PRISIÓN PERPETUA REVISABLE (Primera Vuelta)	Acto Legis
191	Decreto	293	27	2	2020	Por el cual se ordena la publicación del Proyecto de Acto Legislativo No. 182 de 2019 Cámara -023 de 2019 Senado "POR EL CUAL SE MODIFICA EL ARTICULO 325 DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES" (Primera Vuelta)	Acto Legis
192	Decreto	277	25	2	2020	Por el cual se modifican unos artículos de la Parte 19 del Libro 2 del Decreto 1068 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público, en lo relacionado con el Fondo Nacional para el Desarrollo de la Infraestructura	Inters
193	Decreto	274	24	2	2020	Por el cual se ordena la publicación del Proyecto de Acto Legislativo No. 002 de 2019 Cámara -024 de 2019 Senado "POR EL CUAL SE ADICIONAN AL ARTICULO 310 DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA COLOMBIANA NORMAS ESPECIALES PARA LA ORGANIZACIÓN, FUNCIONAMIENTO, PROTECCIÓN CULTURAL, ETNICA Y AMBIENTAL DE LOS DEPARTAMENTOS DE AMAZONAS, CAQUETÁ, GUAVIARE GUAINIA, PUTUMAYO Y VAUPÉS" (Primera Vuelta)	Acto Legis
194	Decreto	268	24	2	2020	Por el cual se sustituye parcialmente la Parte 4 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social y se modifica el artículo 2.2.5.1.2 del Decreto 1082 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación Nacional, en relación con la definición de los criterios, procedimientos y variables de distribución, asignación y uso de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud y se dictan otras disposiciones	Inters
195	Decreto	211	14	2	2020	Por medio del cual se modifica el Título 7 a la Parte 12 del Libro 2 del Decreto 1071 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo Agropecuario, Pesquero y de Desarrollo Rural, en lo relacionado con el Seguro Agropecuario	Inters
196	Decreto	200	11	2	2020	Por el cual se modifican los artículos 2.2.2.17.3.1.2.2.2.17.3.2. Y 2.2.2.17.5.10. del Decreto 1074 de 2015, Único Reglamentario del Sector Comercio, Industria y Turismo	Inters



197	Decreto	149	4	2	2020	Por medio del cual se reglamentan los artículos 276 y 277 de la Ley 1955 de 2019, el artículo 41 de la Ley 1537 de 2012 y se modifica el Decreto 1077 de 2015 Único Reglamentario del Sector Vivienda, Ciudad y Territorio, en lo relacionado con la transferencia de bienes inmuebles fiscales y la legalización urbanística de asentamientos humanos	Inter
198	Decreto	148	4	2	2020	Por el cual se reglamentan parcialmente los artículos 79, 80, 81 y 82 de la Ley 1955 de 2019 y se modifica parcialmente el Título 2 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1170 de 2015, Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único del Sector Administrativo de Información Estadística	Inter
199	Decreto	130	30	1	2020	Por el cual se sustituye el Título 1 de la Parte 3 del Libro 2 del Decreto 1071 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Agropecuario, Pesquero y de Desarrollo Rural, relacionado con el Certificado de Incentivo Forestal-CIF	Inter
200	Decreto	129	30	1	2020	Por medio del cual se adiciona el Título 10 a la parte 4 del Libro 2 del Decreto 1079 de 2015 Único Reglamentario del Sector Transporte	Inter
201	Decreto	120	28	1	2020	Por el cual se adiciona el Capítulo 2 al Título 3 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1072 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo, en lo relacionado con la reglamentación del Fondo para el Fortalecimiento de la Inspección, Vigilancia y Control del Trabajo y la Seguridad Social (FIVICOT)	Inter
202	Decreto	118	28	1	2020	Por el cual se adiciona el capítulo 2, al título 5, de la parte 3, del Libro 2 del Decreto Único Reglamentario del Sector Vivienda, Ciudad y Territorio, Decreto 1077 de 2015, y se reglamenta el artículo 280 de la Ley 1955 del 25 de mayo de 2019, en lo relacionado al uso de los recursos del Sistema General de Participaciones para Agua Potable y Saneamiento Básico (SGP-APSB) para el pago del servicio de energía por concepto de la operación de los sistemas de acueducto y alcantarillado	Inter
203	Decreto	117	28	1	2020	Por el cual se adiciona la Sección 3 al Capítulo 8 del Título 6 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1072 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo, en lo relacionado con la creación de un Permiso Especial de Permanencia para el Fomento de la Formalización -PEPFF.	Inter



204	Decreto	98	28	1	2020	Por el cual se adicionan el Decreto 1082 de 2015 Único Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación Nacional y el Decreto 1073 de 2015 Único Reglamentario del Sector Administrativo de Minas y Energía, en lo relacionado con los proyectos que se ejecuten a través de modalidad de obras por regalías para el desarrollo de las entidades territoriales	Inter
205	Decreto	78	28	1	2020	Por el cual se deroga el párrafo del Artículo 2.2.1.7.9.6., modifica los Artículos 2.2.1.7.9.6. Y 2.2.1.7.9.8., de la Sección 9, del Capítulo 7, Título 1, de la Parte 2, del Libro 2 del Decreto 1074 de 2015 Decreto Único Reglamentario del Sector Comercio, Industria y Turismo, modificados por el Artículo 3° del Decreto 1595 de 2015 y el Decreto 1366 de 2018. de la Sección 9, del Capítulo 7, del Título 1, de la Parte 2, del Libro 2 del Decreto 1074 de 2015 Decreto Único Reglamentario del Sector Comercio, Industria y Turismo, los cuales fueron modificados por el artículo 3° del Decreto 1595 de 2015 y por el Decreto 1366 de 2018"	Inter
206	Decreto	64	20	1	2020	Por el cual se modifican los artículos 2.1.3.11, 2.1.3.13, 2.1.5.1, 2.1.7.7, 2.1.7.8 Y 2.1.3.17, y se adicionan los artículos 2.1.5.4 y 2.1.5.5 del Decreto 780 de 2016, en relación con los afiliados al régimen subsidiado, la afiliación de oficio y se dictan otras disposiciones	Sec
207	Decreto	58	20	1	2020	Por el cual se sustituye el Título 5 de la Parte 6 del Libro 2 del Decreto 1068 de 2015 Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público y se reglamentan los artículos 8 y 9 de la Ley 1966 de 2019	Inter
208	Decreto	5	7	1	2020	Por el cual se efectúa la delegación del delegado del Presidente de la República en la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud	Sec
209	Decreto	2404	27	12	2019	Por el cual se reglamenta el artículo 155 de la Ley 1955 de 2019 y se modifica el Título 3 de la Parte 2° del Libro 2 del Decreto 1170 de 2015 Único del Sector Administrativo de Información Estadística	Inter
210	Decreto	2398	27	12	2019	Por el cual se sustituye el Título 3 de la Parte 3 del Libro 2 del Decreto Único Reglamentario del Sector Agropecuario, Pesquero y de Desarrollo Rural 1071 de 2015, relacionado con el certificado de movilización de plantaciones forestales comerciales	Inter



211	Decreto	2372	27	12	2019	Por el cual se reglamenta el artículo 59 de la Ley 1955 de 2019, Plan Nacional de Desarrollo: Pacto por Colombia, pacto por la equidad y se adiciona el Decreto 1068 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público	Inters
212	Decreto	2369	27	12	2019	Por el cual se reglamenta el alcance y acceso a la Fase de Rehabilitación Inclusiva establecida en el artículo 3 de la Ley 1471 de 2011, modificada por el artículo 248 del Plan Nacional de Desarrollo 2018 - 2022, Ley 1955 del 25 de mayo de 2019 "Pacto Por Colombia, Pacto por la Equidad" y se adiciona el Decreto 1070 de 2015 "Por el cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de Defensa.	Inters
213	Decreto	2365	26	12	2019	Por el cual se adiciona el Capítulo 5 al Título 1 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de Función Pública, relacionado con el ingreso de los jóvenes al servicio público	Inters
214	Decreto	2358	26	12	2019	Por el cual se modifica y adiciona el decreto 1080 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Cultura, en lo relacionado con el Patrimonio Cultural Material e Inmaterial	Inters
215	Decreto	2317	20	12	2019	Por medio del cual se modifican los artículos 2.2.1.2.3, 2.2.1.5.5.2 Y 2.2.1.10.11 del Decreto 1071 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo Agropecuario, Pesquero y de Desarrollo Rural, relacionados con el Subsidio Familiar de Vivienda de Interés Social Rural	Inters
216	Decreto	2278	16	12	2019	Por el cual se adiciona la Parte 6 del Libro 2 del Decreto 1081 de 2015 Único Reglamentario del Sector Presidencia de la República, se reglamenta parcialmente la Ley 1941 de 2018, en concordancia con los párrafos 1 y 2 del artículo 281 de la Ley 1955 de 2019, en lo que hace referencia a la implementación de las Zonas Estratégicas de Intervención Integral ZEII y se dictan otras disposiciones	Inters
217	Decreto	2270	13	12	2019	Por el cual se compilan y actualizan los marcos técnicos de las Normas de Información Financiera para el Grupo 1 y de las Normas de Aseguramiento de Información, y se adiciona un Anexo No. 6- 2019 al Decreto Único Reglamentario de las Normas de Contabilidad, de Información Financiera y de Aseguramiento de la Información, Decreto 2420 de 2015, y se dictan otras disposiciones	Inters



218	Decreto	2260	13	12	2019	Por el cual se modifican los artículos 2.2.2.46.1.1., 2.2.2.46.1.2., 2.2.2.46.1.3., 2.2.2.46.1.4., 2.2.2.46.1.5., 2.2.2.46.1.6. Y 2.2.2.46.1.7. del Capítulo 46, del Título 2, de la Parte 2, del Libro 2 del Decreto 1074 de 2015 -Decreto Único del Sector Comercio, Industria y Turismo.	Interes
219	Decreto	2257	12	12	2019	Por medio del cual se modifican los artículos 2.2.1.3.5 y 2.2.1.3.6 del Decreto 1071 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo Agropecuario, Pesquero y de Desarrollo Rural, relacionados con la distribución de recursos de la Bolsa Nacional y la Bolsa para Atención a Población Víctima del Subsidio Familiar de Vivienda de Interés Social y Prioritario Rural	Interes
220	Decreto	2228	5	12	2019	Por medio del cual se adiciona el Título 6 de la Parte 11 del Libro 2 del Decreto 1071 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Agropecuario, Pesquero y de Desarrollo Rural, relacionado con el Fondo de Estabilización de Precios del Café	Interes
221	Decreto	2224	4	12	2019	Por el cual se adicionan unos artículos al Capítulo 4 del Título 9 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1082 de 2015 "Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación Nacional" y se reglamenta el artículo 312 de la Ley 1955 de 2019	Interes
222	Decreto	2096	21	11	2019	Por el cual se adiciona la Subsección 2, de la Sección 6, del Capítulo 2, del Título 1, de la Parte 2, del Libro 2 del Decreto 1082 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación Nacional	Interes
223	Decreto	2082	18	11	2019	Por medio del cual se modifica el Decreto 1081 de 2015-Decreto Reglamentario Único del Sector de la Presidencia de la República, en lo que hace referencia a la Comisión Intersectorial de Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario	Interes
224	Decreto	2078	18	11	2019	Por el cual se sustituye la Sección 2 del Capítulo 1 del Título V de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1073 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo de Minas y Energía, en lo relacionado con el establecimiento del Sistema Integral de Gestión Minera -SIGM	Interes
225	Decreto	2052	13	11	2019	Por el cual se adiciona la Parte 3 del Libro I del Decreto Único Reglamentario del Sector Comercio, Industria y Turismo, Decreto 1074 de 2015	Interes



226	Decreto	1997	1	11	2019	Por el cual se crea la Comisión Intersectorial de Coordinación del Subsector de la Economía Solidaria que presta servicios de ahorro y crédito, se dictan disposiciones para su funcionamiento y se adiciona un artículo al Título 3 de la Parte 1 del Libro 1 del Decreto 1068 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público	Inters
227	Decreto	1983	31	10	2019	Por el cual se reglamentan parcialmente los artículos 79, 80, 81 y 82 de la Ley 1955 de 2019 y se adiciona un capítulo al Título 2 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1170 de 2015, "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único del Sector Administrativo de Información Estadística	Inters
228	Decreto	1974	29	10	2019	Por el cual se adiciona la Sección 12 al Capítulo 1 del Título 2 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1082 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector de Planeación Nacional con el fin de reglamentar las particularidades para la implementación de Asociaciones Público Privadas en las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones	Inters
229	Decreto	1949	25	10	2019	Por el cual se reglamenta el artículo 55 de la Ley 1955 de 2019 y se adiciona la Parte 20 del Libro 2 del Decreto 1068 de 2015, Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público	Inters
230	Decreto	1824	7	10	2019	Por medio del cual se modifican los artículos 2.2.4.1.1.7.1 y 2.2.4.1.1.9.1 del Decreto 1082 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación Nacional	Inters
231	Decreto	1818	7	10	2019	Por el cual se modifica el Título 2 de la Parte 1 del libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector salud y Protección Social en relación con la inclusión en el Sistema de Afiliación Transaccional - SAT del Sistema de Subsidio Familiar	Sec
232	Decreto	1800	7	10	2019	Por el cual se adiciona el Capítulo 4 al Título 1 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de Función Pública, en lo relacionado con la actualización de las plantas globales de empleo	Inters
233	Decreto	1765	1	10	2019	Por el cual se modifican los artículos 6, 7, 21, 22 Y 23 del Decreto 2462 de 2013, en relación con algunas competencias de la Superintendencia Nacional de Salud	Sec
234	Decreto	1760	1	10	2019	Por medio del cual se modifican y adicionan las disposiciones relacionadas con la administración de los bienes del FRISCO de las que trata el Título 5 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 1068 de 2015, Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público	Inters



235	Decreto	1696	16	9	2019	Por el cual se deroga el Capítulo 2, Título 3, Parte 2, Libro 2 del Decreto 1074 de 2015, Único Reglamentario del Sector Comercio, Industria y Turismo	Inters
236	Decreto	1683	13	9	2019	Por el cual se modifican los artículos 2.5.2.2.1.10 Y 2.5.2.3.3.6, y se adiciona el artículo 2.5.2.2.1.20 al Decreto 780 de 2016, en relación con las condiciones de habilitación de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud	Sec
237	Decreto	1651	11	9	2019	Por el cual se adiciona el título 8 a la Parte 1 del Libro 2 del Decreto 1081 de 2015, Decreto Reglamentario Único del Sector Presidencia de la República, para establecer la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Competitividad e Innovación	Inters
238	Decreto	1645	10	9	2019	Por el cual se adiciona el Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de Minas y Energía , 1073 de 2015, respecto de la adopción de un régimen transitorio especial para asegurar la sostenibilidad de la prestación eficiente del servicio público domiciliario de energía eléctrica en la Costa Caribe	Inters
239	Decreto	1630	9	9	2019	Por el cual se sustituye el Capítulo 1 del Título 2 de la Parte 9 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social relativo a las mujeres víctimas de violencia	Sec
240	Decreto	1605	4	9	2019	Por el cual se corrige un yerro en el Decreto 338 de 2019 "Por el cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Único Reglamentario del Sector de Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Control Interno y se crea la Red Anticorrupción	Inters
241	Decreto	1584	4	9	2019	Por el cual se modifican algunos artículos de la Sección 4, Capítulo 3, Título 3, Parte 5, Libro 2 del Decreto 1075 de 2015 -Único Reglamentario del Sector Educación	Inters
242	Decreto	1532	26	8	2019	Por medio del cual se modifica la Sección 1 del Capítulo 1 del Título 2 de la Parte 2 del Libro 2 y se sustituye la Sección 12 del Capítulo 1 del Título 2 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto Único Reglamentario del Sector Ambiente y Desarrollo Sostenible 1076 de 2015, en relación con las plantaciones forestales"	Inters
243	Decreto	1531	26	8	2019	Por el cual se amplía el plazo para la implementación de un software que permita el diligenciamiento de la Tarjeta de Registro Hotelero y se deroga el párrafo transitorio del artículo 2.2.4.4.12.3 del Decreto 1074 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Comercio, Industria y Turismo	Inters



244	Decreto	1465	13	8	2019	Por el cual se adiciona el Título 13 a la Parte 8 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 en relación con los Desfibriladores Externos Automáticos	Sec
245	Decreto	1438	9	8	2019	Por el cual se adiciona el Capítulo 2 al Título 2 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1081 de 2015 Único Reglamentario del Sector Presidencia de la República y se reglamenta una subcuenta en el Fondo de Programas Especiales para la Paz - Subcuenta Zonas Especiales de Intervención Integral ZEII.	Inters
246	Decreto	1430	8	8	2019	Por el cual se ordena la publicación del Proyecto de Acto legislativo No. 38 de 2019 Senado -394 de 2019 Cámara «POR MEDIO DEL CUAL SE MODIFICA EL ARTICULO 44 DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA» (Primera Vuelta)	Acto Legis
247	Decreto	1425	6	8	2019	Por el cual se subroga el capítulo 1, del título 3, de la parte 3, del libro 2 del Decreto Único Reglamentario del Sector Vivienda, Ciudad y Territorio, Decreto 1077 del 26 de mayo de 2015, con relación a los Planes Departamentales para el Manejo Empresarial de los Servicios de Agua y Saneamiento	Inters
248	Decreto	1424	6	8	2019	Por el cual se sustituye el Título 11 de la Parte 1 del Libro 2, se modifica el artículo 2.1 .7.11 y se deroga el párrafo del artículo 2.5.2.2.1.5 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con las condiciones para garantizar la continuidad de los afiliados de las Entidades Promotoras de Salud -EPS	Sec
249	Decreto	1423	6	8	2019	Por el cual se adiciona el Decreto Único Reglamentario No 1073 de 2015 respecto del monto de las regalías para reconocimientos de propiedad privada para explotaciones de carbón, según la producción	Inters
250	Decreto	1357	26	7	2019	Por el cual se modifica el artículo 2.2.12.3.5. del Capítulo 3, Título 12, Parte 2, Libro 2 del Decreto 1082 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación Nacional, adicionado por el artículo 2° del Decreto 988 de 2018, en lo relacionado con los documentos CONPES de operaciones de crédito público	Inters
251	Decreto	1356	26	7	2019	Por medio del cual se adiciona el capítulo 9 al título 7 de la parte 2 del libro 2 del Decreto 1084 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector de Inclusión Social y Reconciliación, se reglamenta el artículo 118 de la Ley 1753 de 2015 y se establecen los lineamientos técnicos para la fijación de los criterios de salida de la reparación administrativa de las víctimas en sus dimensiones individual y colectiva y se dictan otras disposiciones	Inters



252	Decreto	1333	25	7	2019	Por medio del cual se reglamenta el artículo 245 de la Ley 1955 de 2019, por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 "Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad"	Acto Legis
253	Decreto	1330	25	7	2019	Por el cual se sustituye el Capítulo 2 y se suprime el Capítulo 7 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 1075 de 2015 -Único Reglamentario del Sector Educación	Inters
254	Decreto	1321	23	7	2019	Por el cual se establecen para el año 2019 los costos de la supervisión y control, realizados por la Superintendencia Nacional de Salud a las entidades vigiladas	Sec
255	Decreto	1297	19	7	2019	Por el cual se ordena la publicación del Proyecto de Acto Legislativo 343 de 2019 Cámara, acumulado con el Proyecto de Acto Legislativo 365 de 2019 Cámara -040 de 2019 Senado "Por el cual se modifica el artículo 361 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones, sobre el Régimen de Regalías y Compensaciones" (Primera Vuelta)	Acto Legis
256	Decreto	1275	18	7	2019	Por el cual se ordena la publicación del Proyecto de Acto Legislativo 39 de 2019 Senado, 355 de 2019 Cámara "POR MEDIO DEL CUAL SE REFORMA EL RÉGIMEN DE CONTROL FISCAL." (Primera Vuelta)	Acto Legis
257	Decreto	1181	4	7	2019	Por el cual se crean las Medallas Militares "Bicentenario de la Campaña Libertadora" y "Bicentenario de la Caballería", y se adiciona el Decreto 1070 de 2015 "Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de Defensa".	Inters
258	Decreto	1158	27	6	2019	Por el cual se adiciona el Capítulo 3 al Título 2 de la Parte 3 del Libro 2 del Decreto 1066 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo del Interior, sobre los criterios para la expedición del certificado de residencia en las áreas de influencia de los proyectos de exploración y explotación petrolera y minera, y se dictan otras disposiciones	Inters
259	Decreto	1145	26	6	2019	Por el cual se crea la Categoría Especial de la Medalla Militar Marco Fidel Suarez y se modifica el Decreto 1070 de 2015 "Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de Defensa"	Inters
260	Decreto	1122	26	6	2019	Por el cual se adiciona el Capítulo 14 al Título 1 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto Único Reglamentario del Sector Comercio, Industria y Turismo, Decreto 1074 de 2015, sobre el Programa de Fomento para la Industria Automotriz y se deroga el Decreto 1567 de 2015.	Inters



261	Decreto	1120	26	6	2019	«Por el cual se modifican unos artículos de la Sección 7 del Capítulo 7 del Título 1 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1079 de 2015 Único Reglamentario del Sector Transporte»	Inters
262	Decreto	1110	21	6	2019	Por el cual se adiciona la sección 5 al capítulo 2 Título 1 Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1068 de 2015 Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público, y se reglamenta parcialmente el artículo 107 de la Ley 1955 de 2019	Inters
263	Decreto	1052	12	6	2019	Por medio del cual se modifica el artículo 2.2.1.2.2 del Decreto 1071 de 2015, Decreto Único Reglamntario del Sector Administrativo Agropecuario, Pesquero y de Desarrollo Rural, relacionado con la modalidad de Mejoramiento de Vivienda y Saneamiento Básico del Subsidio Familiar de Vivienda da Interés Social y Prioritario Rural	Inters
264	Decreto	957	5	6	2019	Por el cual se adiciona el capítulo 13 al Título 1 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1074 de 2015, Decreto Único del Sector Comercio, Industria y Turismo y se reglamenta el artículo 2° de la Ley 590 de 2000, modificado por el artículo 43 de la Ley 1450 de 2011	Inters
265	Decreto	918			2019	Por el cual se reglamenta el Premio Colombiano a la Calidad para la Exportación y se modifica la Sección 1 del Capítulo 9 del Título 1 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1074 de 2015 -Decreto Único Reglamentario del Sector Comercio, Industria y Turismo	Inters
266	Decreto	755	30	4	2019	Por el cual se modifican los artículos 2.6.7.2.3. y 2.6.7.2.7. del Capítulo 2 Título 7 Parte 6 Libro 2 del Decreto 1 068 de 2015, Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público, los cuales regulan la línea de redescuento con tasa compensada de la Financiera de Desarrollo Territorial S.A.-FINDETER para el financiamiento de la infraestructura para el desarrollo sostenible	Inters
267	Decreto	704	24	4	2019	Por el cual se modifica el Decreto 1068 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público, en lo relacionado con la gestión y administración de riesgo de liquidez de las cooperativas de ahorro y crédito, las cooperativas multiactivas e integrales con sección de ahorro y crédito, los fondos de empleados y las asociaciones mutuales.	Inters
268	Decreto	697	24	4	2019	Por el cual se reglamenta el artículo 38 de la Ley 1862 de 2017 y se adiciona el Decreto 1070 del 2015 "Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de Defensa	Inters



269	Decreto	673	24	4	2019	Por el cual se adiciona un inciso al artículo 2.3.6.3.5.15. de la sección 5, del capítulo 3, del título 6, de la parte 3, del libro 2, del Decreto Único Reglamentario del Sector Vivienda, Ciudad y Territorio, Decreto 1077 del 26 de mayo de 2015, en lo relativo a las reglas de difusión en casos excepcionales	Interse
270	Decreto	632	12	4	2019	Por el cual se modifica, adiciona y deroga algunas disposiciones de la Subsección 1 de la Sección 7 del Capítulo 7 del Título 1 de la Parte 2 del Decreto 1079 de 2015 Único Reglamentario del Sector Transporte.	Interse
271	Decreto	494	20	3	2019	Por el cual se adiciona una parte al Libro 3 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con la asignación de competencias administrativas para el cobro de las cuotas partes pensionales activas de las entidades liquidadas, adscritas o vinculadas al Ministerio de Salud y Protección Social	Sec
272	Decreto	475	19	3	2019	Por el cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de Función Pública, en lo relacionado con la capacitación y estímulos de los servidores de la Unidad Administrativa Especial de Aeronáutica Civil -Aerocivil	Interse
273	Decreto	439	19	3	2019	Por el cual se modifica el Decreto 1070 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de Defensa, en lo relacionado con las Subvenciones a SATENA S.A.	Interse
274	Decreto	384	13	3	2019	Por el cual se ordena la publicación del Proyecto de Acto legislativo No. 211 de 2018 Cámara -033 de 2018 Senado "POR EL CUAL SE MODIFICA EL ARTICULO 351 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA" (Primera Vuelta)	Acto Legis
275	Decreto	383	13	3	2019	Por el cual se ordena la publicación del Proyecto de Acto legislativo No. 081 de 2018 Cámara -031 de 2018 Senado POR EL CUAL SE MODIFICA EL ARTICULO 122 DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA (Primera Vuelta)	Acto Legis
276	Decreto	342	5	3	2019	Por el cual se adiciona la Sección 6 de la Subsección 1 del Capítulo 2 del Título 1 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1082 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación Nacional.	Interse
277	Decreto	338	4	3	2019	Por el cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Único Reglamentario del Sector de Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Control Interno y se crea la Red Anticorrupción	Interse



278	Decreto	282	21	2	2019	Por medio del cual se adiciona el Capítulo 7 al Título 6 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1077 de 2015 Único Reglamentario del Sector Vivienda, Ciudad y Territorio, reglamentando los artículos 8 y 9 de la Ley 1796 de 2016 en relación con las medidas de protección al comprador de vivienda nueva	Inter
279	Decreto	138	6	2	2019	Por el cual se modifica la Parte VI "Patrimonio Arqueológico" del Decreto 1080 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Cultura	Inter
280	Decreto	134	5	2	2019	Por medio del cual se modifica el artículo 2.2.1.1.1 del Decreto 1067 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Relaciones Exteriores	Inter
281	Decreto	109	4	2	2019	Por el cual se modifica el artículo 2.11.4.2 del Título 4 de la Parte 11 del Libro 2 del Decreto 1071 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo Agropecuario, Pesquero y Desarrollo Rural	Inter
282	Decreto	74	29	1	2019	Por el cual se ordena la publicación del Proyecto de Acto legislativo No. 044 de 2018, acumulado con el Proyecto de Acto legislativo No. 067 de 2018 Cámara -025 de 2018 Senado "POR EL CUAL SE MODIFICA EL ARTICULO 323 DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y SE ESTABLECE LA SEGUNDA VUELTA PARA LA ELECCIÓN DE ALCALDE MAYOR DE BOGOTA, DISTRITO CAPITAL" (Primera Vuelta)	Acto Legis
283	Decreto	73	29	1	2019	Por el cual se ordena la publicación del Proyecto de Acto legislativo No. 072 de 2018 Cámara -030 de 2018 Senado "POR MEDIO DEL CUAL SE ADICIONA UN INCISO AL NUMERAL 17 DEL ARTICULO 150 DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA" (Primera Vuelta)	Acto Legis
284	Decreto	44	16	1	2019	Por el cual se ordena la publicación del Proyecto de Acto Legislativo No. 008 de 2018 Senado (Acumulado con el PAL 09/2018 Senado) -248 de 2018 Cámara "POR MEDIO DEL CUAL SE ADOPTA UNA REFORMA POLITICA y ELECTORAL" (Primera Vuelta)	Acto Legis
285	Decreto	43	16	1	2019	Por el cual se ordena la publicación del Proyecto de Acto Legislativo No. 269 de 2018 Cámara -010 de 2018 Senado "POR EL CUAL SE OTORGA LA CATEGORIA DE DISTRITO ESPECIAL PORTUARIO, BIODIVERSO, INDUSTRIAL y TURISTICO AL MUNICIPIO DE BARRANCABERMEJA EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER" (Primera Vuelta)	Acto Legis



286	Decreto	2497	29	12	2018	Por el cual se modifica el Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con las condiciones generales de operación de la administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud ADRES y el giro de los recursos de las rentas territoriales	Sec
287	Decreto	2468	28	12	2018	Por el cual se adiciona el inciso 2 al artículo 2.6.7.4.4. del Capítulo 4, Título 7, Parte 6, Libro 2 del Decreto 1068 de 2015, Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público, que regula una línea de redescuento con tasa compensada de la Financiera de Desarrollo Territorial S.A.-FINDETER	Inters
288	Decreto	2462	28	12	2018	Por el cual se modifica el Decreto 1076 de 2015, Único Reglamentario del Sector Ambiente y Desarrollo Sostenible, en relación con la exigencia del Diagnóstico Ambiental de Alternativas para los proyectos de exploración y uso de fuentes de energía alternativa virtualmente contaminantes y se dictan otras disposiciones	Inters
289	Decreto	2458	28	12	2018	Por medio del cual se adiciona el Título 7 a la Parte 12 del Libro 2 del Decreto 1071 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo Agropecuario, Pesquero y de Desarrollo Rural, en lo relacionado con el Seguro Agropecuario	Inters
290	Decreto	2438	27	12	2018	Por el cual se adiciona el Título 7 a la Parte 12 del Libro 2 del Decreto 1068 de 2015 Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público y se reglamenta el artículo 29 de la Ley 1393 de 2010	Inters
291	Decreto	2412	24	12	2018	Por el cual se adiciona el capítulo 7, al título 2, de la parte 3, del libro 2, del Decreto Único Reglamentario del Sector Vivienda, Ciudad y Territorio, Decreto 1077 del 26 de mayo de 2015, que reglamenta parcialmente el artículo 88 de la Ley 1753 de 2015, en lo referente al incentivo al aprovechamiento de residuos sólidos y se dictan otras disposiciones	Inters
292	Decreto	2408	24	12	2018	Por el cual se sustituye el Capítulo 6 del Título 2 de la Parte 9 del Libro 2 del Decreto: 780 de 2016 - Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social en cuanto al giro de recursos para las atenciones iniciales de urgencia prestadas en el territorio colombiano a los nacionales de los países fronterizos	Sec
293	Decreto	2258	6	12	2018	Por medio del cual se establecen normas y procedimientos para el Registro de Objetos Lanzados al Espacio Ultraterrestre y se adiciona el Título 9 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1070 de 2015, "Por el cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de Defensa	Inters



294	Decreto	2158	22	11	2018	Por el cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Único Reglamentario del Sector de Función Pública, en lo relacionado con el Premio Nacional de Alta Gerencia y los estímulos e incentivos a la innovación pública	Inters
295	Decreto	2119	15	11	2018	Por medio del cual se reglamenta la prestación del servicio de alojamiento turístico y se modifican la Sección 12 del Capítulo 4 del Título 4 de la Parte 2 del Libro 2 y el párrafo del artículo 2.2.4.7.2. del Decreto 1074 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Comercio, Industria y Turismo	Inters
296	Decreto	2063	1	11	2018	Por el cual se modifican los artículos 2.2.4.1.1.6., 2.2.4.1.1.10., 2.2.4.1.2.1., 2.2.4.1.2.2., 2.2.4.1.2.3., 2.2.4.1.2.4. Y 2.2.4.1.3.4. del Decreto Único Reglamentario del Sector Comercio, Industria y Turismo, Decreto 1074 de 2015."	Inters
297	Decreto	2058	1	11	2018	Por el cual se modifica el Título 2 de la Parte 1 del Libro 2 y el artículo 2.1.5.1 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social	Sec
298	Decreto	1995	31	10	2018	Por el cual se modifica el artículo 2.2.2.38.2.1 en el Capítulo 38 del Título 2, Parte 2 del Libro 2 del Decreto Único Reglamentario del Sector Comercio, Industria y Turismo, Decreto 1074 de 2015	Inters
299	Decreto	1980	30	10	2018	Por el cual se modifican los artículos 2.6.7.2.3. y 2.6.7.2.7. del Capítulo 2, Título 7, Parte 6, Libro 2 del Decreto 1068 de 2015, Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público, los cuales regulan la línea de redescuento con tasa compensada de la Financiera de Desarrollo Territorial S.A.-FINDETER para el financiamiento de la infraestructura para el desarrollo sostenible	Inters
300	Decreto	1913	11	10	2018	Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1068 de 2015 Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público, para reglamentar el funcionamiento y régimen de inversiones del Fondo Nacional de Pensiones de las Entidades Territoriales FONPET y otros patrimonios autónomos públicos destinados a la garantía y pago de pensiones	Inters
301	Decreto	1844	1	10	2018	Por medio del cual se adiciona el capítulo 9 del título 8 de la parte 2 del libro 2 del Decreto 1070 de 2015, "Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de Defensa": para reglamentar parcialmente el Código Nacional de Policía y Convivencia, en lo referente a la prohibición de poseer, tener, entregar, distribuir o comercializar drogas o sustancias prohibidas	Inters



302	Decreto	1647	27	8	2018	Por medio del cual se adiciona un párrafo al artículo 2.2.34.1.6 del Decreto 1083 de 2015, Único Reglamentario del Sector de Función Pública	Inters
303	Decreto	1622	21	8	2018	Por medio del cual se prorroga el plazo señalado en el Decreto 1466 de 2018 "Por medio del cual cesan transitoriamente los efectos jurídicos de los artículos 2.2.13.2.2, 2.2.13.2.3 Y del párrafo del artículo 2.2.5.1.3 del Decreto 1083 de 2015, Único Reglamentario del Sector de Función Pública	Inters
304	Decreto	1487	6	8	2018	Por el cual se modifican los artículos 2.4.1.2.6. y 2.4.1.2.7. del Decreto 1066 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo del Interior, para la protección de los servidores públicos del Sistema Integral de Verdad, Justicia, Reparación y no Repetición	Inters
305	Decreto	1485	6	8	2018	Por el cual se adiciona un Título a la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1081 de 2015, "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único del Sector Presidencia de la República", en relación con las reglas de la convocatoria pública para la conformación de las ternas que debe presentar el Presidente de la República para la elección de los Magistrados de la Comisión Nacional de Disciplina Judicial	Inters
306	Decreto	1482	6	8	2018	Por medio del cual se reglamenta el funcionamiento del Fondo para la Modernización, Descongestión y Bienestar de la Administración de Justicia y se adiciona el Decreto 1069 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Justicia y del Derecho	Inters
307	Decreto	1466	6	8	2018	Por medio del cual cesan transitoriamente los efectos Junaicos de los artículos 2.2.13.2.2, 2.2.13.2.3 Y del párrafo del artículo 2.2.5.1.3 del Decreto 1083 de 2015, Único Reglamentario del Sector de Función Pública	Inters
308	Decreto	1455	6	8	2018	Por el cual se adiciona un Título a la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1069 de 2015 "Por el cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Justicia y del Derecho", se reglamenta parcialmente la Ley 1908 de 2018 y se establecen disposiciones para su implementación	Inters
309	Decreto	1451	6	8	2018	Por el cual se modifica el Capítulo I del Título 4 de la Parte 3 del Libro 2 del Decreto 1068 de 2015, Decreto Único reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público, en lo relacionado con el Fondo de Estabilización de los Precios de los Combustibles	Inters



310	Decreto	1413	3	8	2018	Por el cual se adiciona un capítulo al Libro 2, Parte 2, Título 2 del Decreto Único del Sector Comercio, Industria y Turismo, Decreto 1074 de 2015 y se reglamenta el párrafo del artículo 18 de la Ley 1480 de 2011	Inters
311	Decreto	1412	3	8	2018	Por el cual se adiciona el Título 3 Parte 1 del Libro 1 del Decreto 1074 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Comercio, Industria y Turismo	Inters
312	Decreto	1390	2	8	2018	Por el cual se adiciona un Capítulo al Título 9, de la Parte 2, del Libro 2, del Decreto 1076 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Ambiente y Desarrollo Sostenible, en lo relacionado con la Tasa Compensatoria por Aprovechamiento Forestal Maderable en bosques naturales y se dictan otras disposiciones	Inters
313	Decreto	1372	2	8	2018	Por el cual se adiciona el Capítulo 4, al Título 1, de la Parte 5, del Libro 2 del Decreto 1066 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo del Interior, para regular el Espacio Nacional de Consulta Previa de las medidas legislativas y administrativas de carácter general, susceptibles de afectar directamente a las comunidades negras, afrocolombianas raizales y palenqueras, y se dictan otras disposiciones	Inters
314	Decreto	1370	2	8	2018	Por el cual se dictan disposiciones relacionadas con los límites de exposición de las personas a los campos electromagnéticos generados por estaciones de radiocomunicaciones y se subroga el capítulo 5 del título 2 de la parte 2 del libro 2 del Decreto 1078 de 2015, Decreto Único Reglamentario del sector de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones	Inters
315	Decreto	1366	31	7	2018	Por el cual se modifica el párrafo del artículo 2.2.1.7.9.6 del capítulo 7, Título 1 de la parte 2, del libro 2 del Decreto 1074 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Comercio, Industria y Turismo, número	Inters
316	Decreto	1356	31	7	2018	Por medio del cual se adiciona el Decreto 1084 de 2015, Único Reglamentario del Sector de Inclusión Social y Reconciliación, y se reglamenta el literal c del artículo 9 de la Ley 1804 de 2016, sobre el seguimiento y evaluación de la Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia de Cero a Siempre	Inters
317	Decreto	1355	31	7	2018	Por el cual se modifica el Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con el manejo de los recursos de propiedad de las entidades territoriales destinados al aseguramiento de la población afiliada al Régimen Subsidiado	Sec



318	Decreto	1353	31	7	2018	Por el cual se Adiciona el capítulo 10 al Título V de la parte 2 del libro 2° del Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de Minas y Energía en lo relacionado con la gestión integral del patrimonio geológico y paleontológico de la Nación y se dictan otras disposiciones	Inters
319	Decreto	1350	31	7	2018	Por el cual se adiciona el Título 3, a la Parte 3, del Libro 2 del Decreto 1066 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo del Interior, denominado de las personas con discapacidad y se adiciona un capítulo sobre medidas para la creación y funcionamiento de las organizaciones de personas con discapacidad que las representen	Inters
320	Decreto	1336	27	7	2018	Por medio del cual se adiciona el Decreto 1084 de 2015, Único Reglamentario del Sector de Inclusión Social y Reconciliación, y se reglamentan los esquemas de financiación y cofinanciación entre la Nación y las entidades territoriales para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia	Inters
321	Decreto	1335	27	7	2018	Por medio del cual se modifica el Decreto 1077 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Vivienda, Ciudad y Territorio, en lo relacionado con el acceso al subsidio familiar de vivienda en especie para áreas urbanas de los integrantes de la Fuerza Pública, que se encuentren en estado de vulnerabilidad y no cuenten con una solución habitacional y se adoptan otras disposiciones	Inters
322	Decreto	1334	27	7	2018	Por el cual se modifica el artículo 2.2.6.3.11. del Decreto 1072 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo, sobre regulación de la cuota de aprendices	Inters
323	Decreto	1333	27	7	2018	Por el cual se sustituye el Título 3 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, se reglamenta las incapacidades superiores a 540 días y se dictan otras disposiciones	Sec
324	Decreto	1299	25	7	2018	Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con la integración del Consejo para la Gestión y Desempeño Institucional y la incorporación de la política pública para la Mejora Normativa a las políticas de Gestión y Desempeño Institucional	Inters
325	Decreto	1289	25	7	2018	Por el cual se adiciona el Capítulo 6 al Título 1 de la Parte 3 del Libro 2 del Decreto 1081 de 2015, Único Reglamentario del Sector de la Presidencia de la República, en lo relacionado con el Fondo Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres	Inters



326	Decreto	1280	25	7	2018	Por el cual se reglamenta el Sistema de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior, el registro calificado de que trata la Ley 1188 de 2008 y los artículos 53 y 54 de la Ley 30 de 1992 sobre acreditación, por lo que se subrogan los Capítulos 2 y 7 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 1075 de 2015 -Único Reglamentario del Sector Educación	Inters
327	Decreto	1273	23	7	2018	Por el cual se modifica el artículo 2.2.1.1.1.7, se adiciona el Título 7 a la Parte 2 del Libro 3 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación al pago y retención de aportes al Sistema de Seguridad Integral y Parafiscales de los trabajadores independientes y modifica los artículos 2.2.4.2.2.13 y 2.2.4.2.2.15 del Decreto 1072 de 2015, Único Reglamentario del Sector Trabajo	Sec
328	Decreto	1272	23	7	2018	«Por el cual se modifica el Decreto 1075 de 2015 - Único Reglamentario del Sector Educación-, se reglamenta el reconocimiento y pago de Prestaciones Económicas a cargo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio y se dictan otras disposiciones»	Inters
329	Decreto	1262	19	7	2018	Por el cual se modifica el inciso cuarto del artículo 2.2.6.2.7. del Capítulo 2 del Título VI de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1073 de 2015 Único Reglamentario del Sector Administrativo de Minas y Energía	Inters
330	Decreto	1250		7	2018	Por el cual se establecen para el año 2018 los costos de la supervisión y control, realizados por la Superintendencia Nacional de Salud a las entidades vigiladas	Sec
331	Decreto	1249	18	7	2018	Por el cual se acepta la renuncia al Jefe de Control Interno de la Superintendencia Nacional de Salud	Sec
332	Decreto	1232	17	7	2018	Por el cual se adiciona el Capítulo 2, del Título 2, de la Parte 5, del Libro 2 del Decreto 1066 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo del Interior, para establecer medidas especiales de prevención y protección de los derechos de los Pueblos Indígenas en Aislamiento o Estado Natural y se crea y organiza el Sistema Nacional de Prevención y Protección de los derechos de los Pueblos Indígenas en Aislamiento o Estado Natural.	Inters



333	Decreto	1207	12	7	2018	Por el cual se reglamenta el artículo 164 de la Ley 142 de 1994 y se adiciona una sección al Decreto 1077 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Vivienda, Ciudad y Territorio, en lo relacionado con las inversiones ambientales de las empresas de servicios del sector de agua potable y saneamiento básico, y se dictan otras disposiciones	Interse
334	Decreto	1181	11	7	2018	Por medio del cual se modifican parcialmente las disposiciones de que tratan los artículos 2.2.1.1.1., 2.2.1.2.1.17, 2.2.1.2.4.6, 2.2.1.2.4.9., 2.2.1.2.4.12. Y se adicionan los artículos 2.2.1.2.4.18 y 2.2.1.2.4.19 al Decreto 1067 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de Relaciones Exteriores"	Interse
335	Decreto	1167	11	7	2018	Por el cual se modifica el artículo 2. 15. 1. 1. 16 del Decreto 1071 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo Agropecuario, Pesquero y de Desarrollo Rural, relacionado con las zonas microfocalizadas	Interse
336	Decreto	1166	11	7	2018	Por el cual se adiciona un Capítulo al Título 5 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1069 de 2015, Por el cual se expide el Decreto Reglamentario Único del Sector Justicia y del Derecho, y se reglamenta el Sistema Autónomo de Asesoría y Defensa que se ofrecerá respecto a los trámites y actuaciones previstas en la Ley 1820 de 2016, ante el Sistema Integral de Verdad, Justicia, Reparación y No Repetición -SIVJRNR-.	Interse
337	Decreto	1149	6	7	2018	Por el cual se modifica el artículo 2.2.2.45.24 del Capítulo 45 Título 2 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1074 de 2015, Decreto Único del Sector Comercio, Industria y Turismo	Interse
338	Decreto	1125	29	6	2018	Por el cual se modifica el numeral 2 del artículo 2.2.8.4.4 del Decreto 1078 de 2015, Decreto Único Reglamentario del sector de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones	Interse
339	Decreto	1090	28	6	2018	Por el cual se adiciona el Decreto 1076 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Ambiente y Desarrollo Sostenible, en lo relacionado con el Programa para el Uso Eficiente y Ahorro de Agua y se dictan otras disposiciones	Interse
340	Decreto	1081	27	6	2018	Por el cual se modifica el numeral 3 del artículo 2.10.4.5. y se adiciona un párrafo al artículo 2.10.4.12 del Decreto 1071 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo Agropecuario, Pesquero y de Desarrollo Rural	Interse



341	Decreto	1038	21	6	2018	Por el cual se adiciona el Decreto 1083 de 2015, Único Reglamentario del Sector de Función Pública, en lo relacionado con los requisitos de ingreso, selección, capacitación y estímulos para los empleos de los municipios priorizados en el Decreto Ley 893 de 2017	Inters
342	Decreto	1037	21	6	2018	Por el cual se adiciona un numeral al Parágrafo del artículo 2.2.11.1.5 del Decreto 1083 de 2015, Único Reglamentario del Sector de Función Pública	Inters
343	Decreto	1020	14	6	2018	Por el cual se modifican los artículos 2.6.7.2.3. y 2.6.7.2.7. del Capítulo 2, Título 7, Parte 6, Libro 2 del Decreto 1068 de 2015, Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público, los cuales regulan la línea de redescuento con tasa compensada de la Financiera de Desarrollo Territorial S.A.-FINDETER para el financiamiento de la infraestructura para el desarrollo sostenible	Inters
344	Decreto	1009	14	6	2018	Por el medio del cual se corrigen unos yerros en el Decreto 1080 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Cultura	Inters
345	Decreto	1008	14	6	2018	Por el cual se establecen los lineamientos generales de la política de Gobierno Digital y se subroga el capítulo 1 del título 9 de la parte 2 del libro 2 del Decreto 1078 de 2015, Decreto Único Reglamentario del sector de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones	Inters
346	Decreto	1007	14	6	2018	Por el cual se modifica el Capítulo 8 del Título 9 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1076 de 2015,. Decreto Único Reglamentario del Sector Ambiente y Desarrollo Sostenible, en lo relacionado con la reglamentación de los componentes generales del incentivo de pago por servicios ambientales y la adquisición y mantenimiento de predios en áreas y ecosistemas estratégicos que tratan el Decreto Ley 870 de 2017 y los artículos 108 y 111 de Ley 99 de 1993, modificados por los artículos 174 de la Ley 1753 de 2015 y 210 de la Ley 1450 de 2011, respectivamente.	Inters
347	Decreto	991	12	6	2018	Por el cual se modifica parcialmente el Decreto Único Reglamentario 1074 de 2015 en diversas materias relacionadas con los procesos concursales	Inters
348	Decreto	990	12	6	2018	Por el cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Único Reglamentario del Sector de Función Pública, en lo relacionado con el Registro en el Banco de Éxitos	Inters



349	Decreto	988	7	6	2018	Por el cual se adicionan unas disposiciones al Título 12 del Decreto 1082 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación Nacional, en lo relacionado con el funcionamiento del Consejo de Política Económica y Social (CON PES)	Inters
350	Decreto	962	5	6	2018	Por el cual se adiciona el Título 11 a la Parte 11 del Libro 2 del Decreto 1068 de 2015. Decreto Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público, relacionado con normas de buen gobierno No aplicables a organizaciones de economía solidaria que prestan servicios de ahorro y crédito, y se dictan otras disposiciones	Inters
351	Decreto	961	5	6	2018	Por el cual se incorporan en el Decreto 1068 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público, algunas disposiciones relacionadas con el sector de economía solidaria que presta servicios de ahorro y crédito, y se dictan otras disposiciones	Inters
352	Decreto	948	31	5	2018	Por el cual se modifican los artículos 3.2.3.9. y 3.2.3.11. del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con los plazos para la utilización obligatoria de la planilla electrónica	Sec
353	Decreto	943	30	5	2018	Por el cual se modifica y adiciona la Sección 1, Capítulo 6 del Título 11 del Libro 2 del Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de Minas y Energía, 1073 de 2015, relacionado con la prestación del servicio de alumbrado público	Inters
354	Decreto	932	28	5	2018	Por el cual se modifica el Decreto 1069 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Justicia	Inters
355	Decreto	931	28	5	2018	Por el cual se crea el Sistema de Trazabilidad Vegetal y se incluye como Título 11 de la Parte 13 del Libro 2 del Decreto 1071 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo Agropecuario, Pesquero y de Desarrollo Rural	Inters
356	Decreto	857	24	5	2018	Por el cual se modifica el artículo 2.2.2.45.55. del Capítulo 45 Título 2 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1074 de 2015, Decreto Único del Sector Comercio, Industria y Turismo	Inters
357	Decreto	815	8	5	2018	Por el cual se modifica el Decreto 1 083 de 2015, Único Reglamentario del Sector de Función Pública, en lo relacionado con las competencias laborales generales para los empleos públicos de los distintos niveles jerárquicos	Inters



358	Decreto	762	7	5	2018	Por el cual se adiciona un capítulo al Título 4 a la Parte 4, del Libro 2, del Decreto 1066 de 2015, Único Reglamentario del Sector Interior, para adoptar la Política Pública para la garantía del ejercicio efectivo de los derechos de las personas que hacen parte de los sectores sociales LGBTI y de personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas	Inters
359	Decreto	761	7	5	2018	Por el cual se adiciona un Título a la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1069 de 2015 "Por el cual se expide el Decreto Único Reglamentario Único del Sector Justicia y del Derecho, se adiciona el Decreto 1068 de 2015, "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector ,Hacienda y Crédito Público" y se dictan disposiciones transitorias para la puesta en funcionamiento de la Comisión para el Esclarecimiento de la Verdad, la Convivencia y la No Repetición	Inters
360	Decreto	756	4	5	2018	Por el cual se adiciona un párrafo al artículo 2.14.16.1 del Decreto 1071 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo Agropecuario, Pesquero y de Desarrollo Rural en lo relacionado a los programas especiales de dotación de tierras	Inters
361	Decreto	738	30	4	2018	Por el cual se adiciona el artículo 2.4.2.8. al Título" de la Parte IV del Libro" del Decreto 1080 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Cultura, a efectos de reglamentar el párrafo único del artículo 102 de la Ley 1617 de 2013	Inters
362	Decreto	710	21	4	2018	Por el cual se modifican unos artículos del Título 12 de la Parte 8 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social en relación con la evaluación de tecnologías para propósitos de control de precios de medicamentos nuevos	Sec
363	Decreto	704	20	4	2018	Por el cual se crea la Comisión Intersectorial para el Desarrollo de la Economía Digital y se adiciona un artículo en el título 2 de la parte 1 del libro 1 del Decreto Único Reglamentario del sector TIC, Decreto 1078 de 2015	Inters
364	Decreto	703	20	4	2018	Por el que se efectúan unos ajustes al Decreto 1076 de 2015, por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Ambiente y Desarrollo Sostenible y se dictan otras disposiciones	Inters



365	Decreto	694	19	4	2018	Por el cual se dictan disposiciones relacionadas con el bloqueo de equipos terminales móviles utilizados al interior de centros carcelarios y/o penitenciarios para la planificación, comisión, ejecución y/o direccionamiento de delitos, se adicionan unos artículos al capítulo 1 del título 1 de la parte 2 del libro 2 del Decreto 1069 de 2015, Decreto Único reglamentario del sector de justicia y del derecho y se adiciona el numeral 5 al artículo 18 del Decreto 2055 de 2014	Interse
366	Decreto	691	19	4	2018	Por el cual se modifica el artículo 2.1.2.2.8 del Decreto 1071 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo Agropecuario, Pesquero y de Desarrollo Rural, en lo relacionado con la definición y calificación de pequeño productor para los fines de la Ley 16 de 1990, y se deroga el artículo 2.1.2.2.9 del mismo	Interse
367	Decreto	683	18	4	2018	Por el cual se deroga el Capítulo 2 del Título 3 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1072 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo y el Decreto 583 de 2016	Interse
368	Decreto	682	18	4	2018	Por el cual se sustituye el Capítulo 3 del Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con las condiciones para la autorización de funcionamiento, habilitación y permanencia de las entidades responsables del aseguramiento en salud	Sec
369	Decreto	667	18	4	2018	Por el cual se agrega una sección al capítulo 41 del título 2 de la parte 2 del libro 2 del Decreto Único Reglamentario del Sector Comercio, Industria y Turismo, número 1074 de 2015	Interse
370	Decreto	660	17	4	2018	Por el cual se adiciona el Capítulo 7, del Título 1, de la Parte 4, del Libro 2 del Decreto 1066 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo del Interior, para crear y reglamentar el Programa Integral de Seguridad y Protección para Comunidades y Organizaciones en los Territorios; y se dictan otras disposiciones	Interse
371	Decreto	636	11	4	2018	Por el cual se modifica el artículo 2.2.4.4.10.13. del Decreto Único Reglamentario del Sector Comercio, Industria y Turismo, Decreto 1074 de 2015	Interse
372	Decreto	631	9	4	2018	Por el cual se modifica el artículo 2.8.11; 11.1 Y se adiciona el numeral 15 al artículo 2.8.11.9.1. del Decreto 780 de 2016	Sec



373	Decreto	590	2	4	2018	Por el cual se adiciona el Capítulo 12 al Título 1 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto Único Reglamentario del Sector Comercio, Industria y Turismo, Decreto 1074 de 2015, estableciéndose un Programa de Fomento para la Industria de Astilleros	Interse
374	Decreto	585	2	4	2018	Por el cual se adiciona un Capítulo, se derogan algunos artículos del Decreto 1069 de 2015 Decreto Único Reglamentario del Sector Justicia y del Derecho, y se reglamentan los artículos 81 y 82 del Decreto Ley 19 de 2012	Interse
375	Decreto	570	23	3	2018	Por el cual se adiciona el Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de Minas y Energía, 1073 de 2015, en lo relacionado con los lineamientos de política pública para la contratación a largo plazo de proyectos de generación de energía eléctrica y se dictan otras disposiciones	Interse
376	Decreto	522	15	3	2018	Por el cual se adiciona el Decreto 1069 de 2015, "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Justicia", y se reglamenta parcialmente la Ley 1820 de 2016	Interse
377	Decreto	437	6	3	2018	Por el cual se adiciona el Capítulo 4 al Título 2 de la Parte 4 del Libro 2 del Decreto 1066 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo del Interior, denominado Política Pública Integral de Libertad Religiosa y de Cultos	Interse
378	Decreto	433	5	3	2018	Por el cual se adiciona el Título 12 a la Parte 8 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social en relación con la evaluación de tecnología para propósitos de control de precios de medicamentos nuevos	Sec
379	Decreto	418	2	3	2018	Por el cual se reconoce el Día del Docente Orientador y se adiciona un artículo al Decreto 1075 de 2015 -Único Reglamentario del Sector Educación	Interse
380	Decreto	416	2	3	2018	Por el cual se reglamenta el párrafo 10 transitorio del artículo 361 de la Constitución Política adicionado por el Acto Legislativo 04 de 2017	Acto Legis
381	Decreto	410	1	3	2018	Por el cual se adiciona el Título 4 a la Parte 4 del Libro 2 del Decreto 1066 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo del Interior, sobre sectores sociales LGBTI y personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas, Capítulo 1 sobre prevención de la discriminación por razones de orientación sexual e identidad de género, mediante la promoción de la acción afirmativa #AquíEntranTodos	Interse



382	Decreto	362	22	2	2018	Por el cual se adiciona el Título 5 a la Parte 2 del Libro 2 al Decreto 1081 de 2015, Reglamentario Único del Sector Presidencia de la República, con el fin de reglamentar el Decreto Ley 896 de 2017	Inters
383	Decreto	359	22	2	2018	Por el cual se incorpora la Parte XI al Libro Segundo del Decreto Único Reglamentario n.o 1080 de 2015, para reglamentar los artículos 200 y 201 de la Ley 1819 de 2016 y el artículo 41 de la Ley 1379 de 2010 en materia cultural	Inters
384	Decreto	300	19	2	2018	Por el cual se modifica el Decreto 1070 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de Defensa, en lo relacionado con las Subvenciones a SATENA SA	Inters
385	Decreto	284	15	2	2018	Por el cual se adiciona el Decreto 1076 de 2015, Único Reglamentario del Sector Ambiente y Desarrollo Sostenible, en lo relacionado con la Gestión Integral de los Residuos de Aparatos Eléctricos y Electrónicos -RAEE Y se dictan otras disposiciones	Inters
386	Decreto	209	26	1	2018	Por el cual se adiciona el Capítulo 11 al Título 1 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1071 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo Agropecuario, Pesquero y de Desarrollo Rural, relacionado con la administración y ejecución de los subsidios de vivienda de interés social rural y prioritario rural	Inters
387	Decreto	121	19	1	2018	Por el cual se ordena la publicación del Proyecto de Acto legislativo No. 01 de 2017 Senado -170 de 2017 Cámara "POR MEDIO DEL CUAL SE MODIFICAN LOS ARTICULOS 328 Y 356 DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA" (Primera Vuelta)	Acto Legis
388	Decreto	90	18	1	2018	Por el cual se modifican los artículos 2.2.2.26.1.2 y 2.2.2.26.3.1 del Decreto 1074 de 2015 -Decreto Único Reglamentario del Sector Comercio, Industria y Turismo	Inters
389	Decreto	51	16	1	2018	Por el cual se modifica parcialmente el Decreto 1083 de 2015, Único Reglamentario del Sector de Función Pública, y se deroga el Decreto 1737 de 2009	Inters
390	Decreto	50	16	1	2018	Por el cual se modifica parcialmente el Decreto 1076 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Ambiente y Desarrollo Sostenible en relación con los Consejos Ambientales Regionales de la Macrocuencas (CARMAC), el Ordenamiento del Recurso Hídrico y Vertimientos y se dictan otras disposiciones"	Inters



391	Decreto	26	9	1	2018	Por medio del cual se adiciona el Título 7 en la parte 2 del libro 2 del Decreto 1067 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de Relaciones Exteriores	Inters
392	Decreto	2265	29	12	2017	Por el cual se modifica el Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social adicionando el artículo 1.2.1.10, Y el Título 4 a la Parte 6 del Libro 2 en relación con las condiciones generales de operación de la ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones	Sec
393	Decreto	2262	29	12	2017	Por el cual se modifica el artículo 2.4.6.1.3.3. del Decreto 1075 de 2015 -Único Reglamentario del Sector Educación	Inters
394	Decreto	2256	29	12	2017	Por el cual se adiciona un artículo al Capítulo 1, Título 2, Parte 2, Libro 2 del Decreto 1081 de 2015, Único Reglamentario de la Presidencia de la República, en lo relacionado con los gastos que pueden ser asumidos con cargo al presupuesto del Fondo de Programas Especiales para la Paz	Inters
395	Decreto	2253	29	12	2017	Por el cual se reglamenta el artículo 365 de la Ley 1819 de 2016 y se adiciona el Decreto Único del Sector Administrativo de Minas y Energía, 1073 de 2015, en relación con el incentivo a las inversiones en hidrocarburos y minería	Inters
396	Decreto	2252	29	12	2017	Por el cual se adiciona el Capítulo 6, del Título 1, de la Parte 4, del Libro 2 del Decreto 1066 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo del Interior, sobre la labor de gobernadores y alcaldes como agentes del Presidente de la República en relación con la protección individual y colectiva de líderes y lideresas de organizaciones y movimientos sociales y comunales, y defensores y defensoras de derechos humanos que se encuentren en situación de riesgo	Inters
397	Decreto	2246	29	12	2017	Por el cual se proroga la vigencia de los artículos 2.2.1.7.6.7. y 2.2.1.7.6.8, incorporados al Decreto 1074 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Comercio, Industria y Turismo	Inters
398	Decreto	2245	29	12	2017	Por el cual se reglamenta el artículo 206 de la Ley 1450 de 2011 y se adiciona una sección al Decreto 1076 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Ambiente y Desarrollo Sostenible, en lo relacionado con el acotamiento de rondas hídricas	Inters



399	Decreto	2231	27	12	2017	Por el cual se modifican algunas disposiciones del Decreto 1077 de 2015 Único Reglamentario del Sector Vivienda, Ciudad y Territorio, relativas a la garantía del derecho a la vivienda para la población víctima de desplazamiento forzado y se dictan otras disposiciones	Inters
400	Decreto	2228	27	12	2017	Por el cual se modifica el artículo 2.1.5.1 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social en relación con los afiliados al Régimen Subsidiado	Sec
401	Decreto	2199	26	12	2017	Por el cual se adiciona el Capítulo 3, al Título 2, de la Parte 3, del Libro 2 del Decreto 1081 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Presidencia, relacionado con el ingreso al proceso de reintegración de los desmovilizados postulados a la Ley 975 de 2005	Inters
402	Decreto	2194	26	12	2017	Por el cual se modifica el artículo 2.2.2.4.1 del Decreto Único Reglamentario del Sector de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, Decreto 1078 de 2015	Inters
403	Decreto	2193	26	12	2017	Por el cual se modifica el artículo 2.10.5.3 del Título 5 de la Parte 10 del Libro 2 del Decreto 1071 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo Agropecuario, Pesquero y de Desarrollo Rural, y se adiciona el artículo 2.10.6.5 al Título 6 de la Parte 10 del mismo decreto	Inters
404	Decreto	2171	22	12	2017	Por el cual se modifica el artículo 2.8.1.10.1 del Decreto 1068 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público, en lo relacionado con la ordenación del gasto en el Congreso de la República	Inters
405	Decreto	2161	21	12	2017	Por medio del cual se modifican parcialmente las disposiciones de que tratan los artículos 2.2.1.1.1. Y 2.2.1.2.3.5. Y se adiciona el artículo 2.2.1.2.3.12. al Decreto 1067 de 2015, por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de Relaciones Exteriores, que regula las concurrencias de las Misiones Diplomáticas y las Circunscripciones de las Oficinas Consulares de Colombia acreditadas en el exterior	Inters
406	Decreto	2158	20	12	2017	Por el cual se adiciona el Capítulo 9 al Título 4 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1074 de 2015, Decreto Único Reglamentario del sector Comercio, Industria y Turismo y se reglamentan programas y descuentos para promover el turismo de interés social	Inters



407	Decreto	2149	20	12	2017	Por medio del cual se crea el Sistema Nacional de Depuración de Datos y Archivos de Inteligencia y Contrainteligencia, se adiciona el Capítulo 12 al Título 3, de la Parte 2, del Libro 2 del Decreto 1070 de 2015 "Por el cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de Defensa", y se dictan otras disposiciones	Inters
408	Decreto	2113	15	12	2017	Por el cual se adiciona un Capítulo al Título 3 de la Parte 13 del Libro 2 del Decreto 1071 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo Agropecuario, Pesquero y de Desarrollo Rural	Inters
409	Decreto	2105	14	12	2017	«Por el cual se modifica parcialmente el Decreto 1075 de 2015, Único Reglamentario del Sector Educación, en relación con la jornada única escolar, los tipos de cargos del -sistema especial de carrera docente y su forma de provisión, los concursos docentes y la actividad laboral docente en el servicio educativo de los niveles de preescolar, básica y media.»	Inters
410	Decreto	2079	7	12	2017	Por el cual se adiciona un párrafo transitorio al artículo 2.3.5.1.2.1.6. y al artículo 2.3.5.1.2.1.7. del capítulo 1 del título 5 de la parte 3 del libro 2 del Decreto Único Reglamentario del Sector Vivienda, Ciudad y Territorio, Decreto 1077 de 2015	Inters
411	Decreto	2078	7	12	2017	Por el cual se adiciona el Capítulo 5, del Título 1, de la Parte 4, del Libro 2 del Decreto 1066 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo del Interior, sobre la ruta de protección colectiva de los derechos a la vida, la libertad, la integridad y la seguridad personal de grupos y comunidades	Inters
412	Decreto	2013	30	11	2017	Por medio del cual se modifica el Decreto 1077 de 2015 Único Reglamentario del Sector Vivienda, Ciudad y Territorio en lo relacionado con la vigencia y prórroga de las licencias urbanísticas	Inters
413	Decreto	2011	30	11	2017	Por el cual se adiciona el Capítulo 2 al Título 12 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de Función Pública, en lo relacionado con el porcentaje de vinculación laboral de personas con discapacidad en el sector 'público	Inters
414	Decreto	1997	30	11	2017	Por el cual se adoptan las medidas para el giro e incorporación de los recursos que sobrepasen el cubrimiento del pasivo pensional territorial y lo relativo a las entidades territoriales con nula o baja incidencia del conflicto armado, a los que se refiere el párrafo 4 del artículo 361 de la Constitución Política adicionado por el Acto Legislativo 04 de 2017	Acto Legis



415	Decreto	1983	30	11	2017	Por el cual se modifican los artículos 2.2.3.1.2.1, 2.2.3. 1.2.4 Y 2.2.3. 1.2.5 del Decreto 1069 de 2015, Único Reglamentario del sector Justicia y del Derecho, referente a las reglas de reparto de la acción de tutela	Interse
416	Decreto	1949	28	11	2017	Por el cual se modifica y adiciona el Decreto Único Reglamentario No 1073 de 2015, en cuanto se reglamentan los mecanismos para el trabajo bajo el amparo de un título en la pequeña minería y se toman otras determinaciones	Interse
417	Decreto	1875	17	11	2017	Por el cual se adiciona un Capítulo al Título 2 de la Parte 2 del Libro 2, se crea la Ventanilla Única Empresarial -VUE; y se adiciona un párrafo al Artículo 2.2.2.38.6.4 del Decreto 1074 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Comercio, Industria y Turismo.	Interse
418	Decreto	1869	15	11	2017	Por medio del cual se sustituye el Título 12 del Decreto 1082 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación, en lo relacionado con el funcionamiento del Consejo de Política Económica y Social (CONPES).	Interse
419	Decreto	1848	8	11	2017	Por el cual se adiciona la Sección 2 al Capítulo 4 del Título 2 de la Parte 5 del Libro 2. del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social en relación con el Sistema de Habilitación de las Entidades Promotoras de Salud Indígenas -EPSI, aplicables durante el periodo de transición al Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural -SISPI-y se dictan otras disposiciones	Sec
420	Decreto	1832	7	11	2017	Por medio del cual se modifica el Decreto 1081 de 2015 -Decreto Reglamentario Único del Sector de la Presidencia de la República, en lo que hace referencia a la Comisión Intersectorial de Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario.	Interse
421	Decreto	1800	7	11	2017	Por el cual se adiciona un artículo al Título 21 de la Parte 14 del Libro 2 del Decreto 1071 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo Agropecuario, Pesquero y de Desarrollo Rural relacionado con el Fondo Nacional Agrario	Interse
422	Decreto	1765	30	10	2017	Por el cual se modifican los artículos 3.2.3.9. y 3.2.3.11. del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con los plazos para la utilización obligatoria de la planilla electrónica	Sec
423	Decreto	1740	25	10	2017	Por medio del cual se adiciona el Título 4 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1066 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo del Interior, relacionado con orden público y en especial sobre la prohibición y restricción para el expendio y consumo de bebidas embriagantes	Interse



424	Decreto	1686	17	10	2017	Por medio del cual se modifica el Decreto 1081 de 2015 -Decreto Reglamentario Único del Sector de la Presidencia de la República, en lo que hace referencia a las Comisiones Regionales de Moralización	Inters
425	Decreto	1620	4	10	2017	Por el cual se modifica el Título 1 de la Parte 3 del Libro 2 del Decreto 1066 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo del Interior, para modificar el capítulo 4 sobre circunscripción internacional, y adicionar un capítulo sobre procesos electorales en el exterior	Inters
426	Decreto	1603	3	10	2017	Por el cual se establecen para el año 2017 los costos de la supervisión y control, realizados por la Superintendencia Nacional de Salud a las entidades vigiladas, con excepción de las que legalmente se encuentran exentas de asumir tal obligación, a efectos de determinar el cálculo y fijar la tarifa de la tasa que deben cancelar	Sec
427	Decreto	1581	28	9	2017	Por el cual se adiciona el Título 3 a la Parte 4, del Libro 2 del Decreto 1066 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo del Interior, para adoptar la política pública de prevención de violaciones a los derechos a la vida, integridad, libertad y seguridad de personas, grupos y comunidades, y se dictan otras disposiciones	Inters
428	Decreto	1580	28	9	2017	Por el cual se modifica el Decreto 1068 de 2015, Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público en lo relativo a los requisitos para autorizar juegos de suerte y azar en la modalidad de localizados.	Inters
429	Decreto	1578	28	9	2017	Por el cual se reglamenta el Decreto Ley 882 de 2017 y se adiciona el Decreto 1075 de 2015, Único Reglamentario del Sector Educación, en relación con el concurso de méritos para el ingreso al sistema especial de carrera docente en zonas afectadas por el conflicto, priorizadas y reglamentadas por el Ministerio de Educación Nacional	Inters
430	Decreto	1575	28	9	2017	Por el cual se adoptan medidas para implementar el Sistema. Penal Acusatorio en la Jurisdicción Penal Militar y Policial, y se modifica parcialmente el Decreto 1070 de 2015 "Por el cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de Defensa"	Inters
431	Decreto	1543	16	9	2017	Por el cual se reglamenta el Fondo de Energías No Convencionales y Gestión Eficiente de la Energía, FENOGE, adicionando una Sección 5 al Capítulo 3 del Título 111 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de Minas y Energía 1073 de 2015	Inters



432	Decreto	1535	15	9	2017	Por medio del cual se adiciona la Parte 5, Título 1 al Libro 2 del Decreto 1081 de 2015, Único Reglamentario de la Presidencia de la República, en la cual se reglamenta la recepción, administración y los mecanismos y términos para permitir la transferencia de los bienes al patrimonio autónomo de acuerdo con lo establecido en el Decreto Ley 903 de 2017 y el Decreto 1407 de 2017	Inter
433	Decreto	1534	15	9	2017	Por el cual se reglamenta el funcionamiento del Órgano Colegiado de Administración y Decisión - OCAD PAZ y la Asignación para la Paz a los que se refiere el Acto Legislativo No. 04 del 8 de septiembre de 2017	Acto Legis
434	Decreto	1499	11	9	2017	Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015	Inter
435	Decreto	1460	4	9	2017	Por el cual se modifican los artículos 2.6.7.2.3., 2.6.7.2.6 Y 2.6.7.2.7. del Capítulo 2, Título 7, Parte 6, Libro 2 del Decreto 1068 de 2015, Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público, los cuales regulan la línea de redescuento con tasa compensada de la Financiera de Desarrollo Territorial S.A.-FINDETER para el financiamiento de la infraestructura para el desarrollo sostenible	Inter
436	Decreto	1454	4	9	2017	Por el cual se adiciona un Título a la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 1070 de 2015, "Por el cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de Defensa", en lo relacionado con el incremento del Presupuesto Per cápita para el Sector Defensa (PPCD) y del porcentaje del aporte para los servicios médicos derivados de Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional (ATEP) para el Subsistema de Salud de la Policía Nacional, conforme ala dispuesto en la Ley 352 de 1997	Inter
437	Decreto	1442	31	8	2017	Por el cual se modifica el Decreto 1068 de 2015 Decreto Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público, en lo relacionado con e/Programa FRECH NO VIS	Inter
438	Decreto	1413	25	8	2017	Por el cual se adiciona el título 17 a la parte 2 del libro 2 del Decreto Único Reglamentario del sector de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, Decreto 1078 de 2015, para reglamentarse parcialmente el capítulo IV del título 111 de la Ley 1437 de 2011 y el artículo 45 de la Ley 1753 de 2015, estableciendo lineamientos generales en el uso y operación de los servicios ciudadanos digitales	Inter



439	Decreto	1411	25	8	2017	Por el cual se crea la Comisión Intersectorial para el Aprovechamiento de Activos Públicos (CAAP), se dictan disposiciones para su funcionamiento y se adiciona el Título 3 de la Parte 1 del Libro 1 del Decreto 1068 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público	Inters
440	Decreto	1389	24	8	2017	Por el cual se adiciona el Título III Contratación de la Parte VII Patrimonio Cultural Sumergido del Libro 11 Régimen reglamentario del Sector Cultura del Decreto Único Reglamentario del Sector Cultura 1080 de 2015	Inters
441	Decreto	1377	18	8	2017	Por el cual se adiciona un artículo al Capítulo 5 del Título 5 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública, en lo relacionado con las comisiones al exterior	Inters
442	Decreto	1364	15	8	2017	Por el cual se adiciona el Decreto 1069 de 2015 - Único Reglamentario del Sector Justicia y se reglamenta parcialmente el Decreto Ley 903 de 2017 en relación con la entrega del inventario de los bienes y activos de las FARC-EP	Inters
443	Decreto	1297	31	7	2017	Por el cual se adiciona el Capítulo 3 al Título 5 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con "las medidas preventivas de toma de posesión de las entidades sometidas a inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud	Sec
444	Decreto	1284	31	7	2017	Por medio del cual se adiciona el Título 8 a la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1070 de 2015 "Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de Defensa", para reglamentar parcialmente el Código Nacional de Policía y Convivencia	Inters
445	Decreto	1269	28	7	2017	Por el cual se adiciona la Sección 2 al Capítulo 5 al Título 5 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1069 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Justicia, por el cual se dictan disposiciones sobre tratamientos penales especiales respecto a miembros de la Fuerza P(ública, reglamentando la Ley 1820 de 2016, y se dictan otras disposiciones	Inters
446	Decreto	1268	26	7	2017	Por el cual se reglamenta el Portal Central de Transparencia Fiscal (PCTF) en virtud del artículo 239 de la Ley 1753 de 2015 y se adiciona una sección al Libro 2, Parte 8, título 1, Capítulo 8, del Decreto 1068 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público	Inters



447	Decreto	1252	19	7	2017	Por el cual se adiciona el Capítulo 5 al Título 5 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1069 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Justicia, por el cual se dictan disposiciones sobre amnistía, indulto y tratamientos penales diferenciados, reglamentando la Ley 1820 de 2016 y el Decreto Ley 277 de 2017 y se dictan otras disposiciones	Inters
448	Decreto	1225	18	7	2017	Por el cual se ordena la publicación del proyecto de Acto Legislativo No. 013 de 2017 Senado -265 de 2017 Cámara "POR MEDIO DE LA CUAL SE MODIFICAN LOS ARTÍCULOS 186, 234 Y 235 DE LA CONSTITUCIÓN POIÍTICA Y SE IMPLEMENTAN EL DERECHO A LA DOBLE INSTANCIA Y A IMPUGNAR LA PRIMERA SENTENCIA CONDENATORIA" (Primera Vuelta)	Acto Legis
449	Decreto	1203	12	7	2017	Por medio del cual se modifica parcialmente el Decreto 1077 de 2015 Único Reglamentario del Sector Vivienda, Ciudad y Territorio y se reglamenta la Ley 1796 de 2016, en lo relacionado con el estudio, trámite y expedición de las licencias urbanísticas y la función pública que desempeñan los curadores urbanos y se dictan otras disposiciones	Inters
450	Decreto	1155	7	7	2017	Por el cual se modifican los artículos 2.2.9.6.1,9" 2.2.9.6.1,10. Y 2.2.9.6.1,12. del Libro 2, Parte 2, Título 9, Capítulo 6, Sección 1, del Decreto 1076 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Ambiente y Desarrollo Sostenible, en lo relacionado con la Tasa por Utilización de Aguas y se dictan otras disposiciones	Inters
451	Decreto	1115	29	6	2017	Por el cual se modifica el artículo 2.2.2.26.3.1 del Decreto 1074 de 2015 -Decreto Único Reglamentario del Sector Comercio, Industria y Turismo	Inters
452	Decreto	1102	27	6	2017	Por el cual se adiciona y modifica el Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de Minas y Energía, 1073 de 2015, respecto de la adopción de medidas relacionadas con la Comercialización de Minerales	Inters
453	Decreto	979	9	6	2017	Por el cual se adiciona el Capítulo 13 al Título 3 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1069 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Justicia y se adopta el Plan Decenal del Sistema de Justicia 2017-2027	Inters
454	Decreto	969	8	6	2017	Por medio del cual se modifica el artículo 2.6.1.6.1 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, adicionado mediante el Decreto 1829 de 2016	Seco



455	Decreto	938	5	6	2017	Por el cual se sustituye el Título 2 de la Parte 12 del Libro 2 del Decreto 1068 de 2015 Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público para incorporar la reglamentación de los artículos 316 y 317 de la Ley 1819 de 2016	Inters
456	Decreto	923	31	5	2017	Por el cual se modifican los artículos 3.2.2.1 y 3.2.3.9 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social	Sec
457	Decreto	911	30	5	2017	Por el cual se adiciona un literal al artículo 2.2.6.13.2.9.1.de la Subsección 9 de la Sección 2 del Capítulo 13 del Título 6 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1069 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Justicia y del Derecho.	Inters
458	Decreto	910	30	5	2017	Por el cual se adiciona el Título 7 a la Parte 4 del Libro 2 del Decreto 1070 del 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de Defensa, sobre Facilitación Marítima	Inters
459	Decreto	866	25	5	2017	Por el cual se sustituye el Capítulo 6 del Título 2 de la Parte 9 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social en cuanto al giro de recursos para las atenciones iniciales de urgencia prestadas en el territorio colombiano a los nacionales de los países fronterizos	Sec
460	Decreto	762	12	5	2017	Por medio del cual se sustituyen los artículos 2.4.5 al 2.4.14 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, y se derogan los numerales 1 y 3 Y los párrafos 1 y 2 del artículo 2.2.5.1.1 del Decreto 1082 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación Nacional	Sec
461	Decreto	728	5	5	2017	Por el cual se adiciona el capítulo 2 al título 9 de la parte 2 del libro 2 del Decreto Único Reglamentario del sector TIC, Decreto 1078 de 2015, para fortalecer el modelo de Gobierno Digital en las entidades del orden nacional del Estado colombiano, a través de la implementación de zonas de acceso público a Internet inalámbrico	Inters
462	Decreto	718	4	5	2017	Por el cual se adiciona el artículo 2.1.13.9 del Decreto 780 de 2016 Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.	Sec
463	Decreto	703	3	5	2017	Por el cual se modifica el Decreto 1070 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de Defensa, en lo relacionado con las Subvenciones a SATENA S.A.	Inters
464	Decreto	670	25	4	2017	Por el cual se modifica parcialmente el Decreto Único Reglamentario del Sector Comercio, Industria y Turismo 1074 de 2015	Inters



465	Decreto	648	19	4	2017	Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentaria Único del Sector de la Función Pública	Inters
466	Decreto	639	19	4	2017	Por el cual se adiciona una sección al capítulo 41 del título 2 de la parte 2 del libro 2 del Decreto 1074 de 2015, Decreto Único Reglamenta(j) del Sector Comercio, Industria y Turismo, para reglamentar el artículo 3 de la Ley 1780 de 2016.	Inters
467	Decreto	614	10	4	2017	Por el cual se modifica el artículo 2.3.2.5.5.5 transitorio, del Capítulo 5, del Título 2, de la Parte 3, del Libro 2, del Decreto Único Reglamentario del Sector Vivienda, Ciudad y Territorio, Decreto 1077 del 26 de mayo de 2015 en lo relativo al periodo que tienen los municipios y distritos para ajustar los esquemas operativos de la actividad de aprovechamiento existentes al momento de entrada en vigencia del Decreto 596 de 2016	Inters
468	Decreto	613	10	4	2017	Por el cual se reglamenta la Ley 1787 de 2016 Y se subroga el Título 11 de la Parte 8 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, en relación con el acceso seguro e informado al uso médico y científico del cannabis	Sec
469	Decreto	586	5	4	2017	Por el cual se adiciona el Capítulo 4 al Título 4 Parte 12 del Libro 2 del Decreto Único Reglamentario 1068 de 2015 del Sector Hacienda y Crédito Público	Inters
470	Decreto	585	5	4	2017	Por el cual se adiciona al Libro 2, Parte 2, Título 8, del Decreto 1076 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Ambiente y Desarrollo Sostenible, un Capítulo 3A relacionado con el Consejo Nacional del Agua	Inters
471	Decreto	484	24	3	2017	Por el cual se modifican unos artículos del Título 16 del Decreto 1083 de 2015, Único Reglamentario del Sector de Función Pública	Inters
472	Decreto	454	16	3	2017	Por el cual se modifican los artículos 2.2.6.1.3.12. y 2.2.6.1.3.17. del Decreto 1072 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo y se adicionan al capítulo 1 del título 6 de la parte 2 del libro 2 del mismo Decreto, las secciones 8 y 9	Inters
473	Decreto	445	16	3	2017	Por el cual se adiciona el Título 6 a la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 1068 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público y se reglamenta el parágrafo 4° del artículo 163 de la Ley 1753 de 2015, sobre depuración definitiva de la cartera de imposible recaudo de las entidades públicas del orden nacional.	Inters



474	Decreto	441	16	3	2017	Por el cual se sustituye el Título 8 del Libro 2 de la Parte 2 del Decreto 1082 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación Nacional, con el fin de reglamentar el artículo 24 de la Ley 1176 de 2007 respecto del instrumento de focalización de los servicios sociales, y se dictan otras disposiciones	Interse
475	Decreto	415	13	3	2017	Por el cual adiciona al Título 4 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1076 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Ambiente y Desarrollo Sostenible, un Capítulo 3 en el que se establece el Plan de Ordenación y Manejo Integrado de la Unidad Ambiental Costera -POMIAC-Caribe Insular, en el Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	Interse
476	Decreto	356	3	3	2017	Por el cual se modifica la Sección 3 del Capítulo 12 del Título 6 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1069 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Justicia y del Derecho	Interse
477	Decreto	344	1	3	2017	Por el cual se adiciona el Título 5 a la Parte 11 del Libro 2 del Decreto 1068 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público, relacionado con normas aplicables a los Fondos de Empleados para la prestación de servicios de ahorro y crédito	Interse
478	Decreto	320	28	2	2017	Por el cual se adiciona el Título 7 a la Parte 1 del Libro 1 del Decreto 1068 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público y se reglamenta la composición y funcionamiento de la Comisión de estudio del gasto público y de inversión en Colombia de que trata el artículo 361 de la Ley 1819 de 2016	Interse
479	Decreto	303	23	2	2017	Por el cual se adiciona un párrafo al artículo 2.2.2.4.6. del Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública	Interse
480	Decreto	294	22	2	2017	Por el cual se modifica los artículos 2.1.10.6.2. Y 2.1.10.6.8 del Capítulo 6 del Título 10 de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social	Seco
481	Decreto	290	22	2	2017	Por el cual se adiciona un párrafo al artículo 2.2.7.3.1, se modifica el párrafo único y se adiciona el párrafo 2 al artículo 2.2.7.3.2, se adicionan los artículos 2.2.7.3.5 Y 2.2.7.3.6 Y se modifica el artículo 2.2.7.6.10, en el título 7 del libro 2 de la parte 2 del Decreto Único Reglamentario del sector TIC, Decreto 1078 de 2015"	Interse



482	Decreto	270	14	2	2017	Por el cual se modifica y se adiciona el Decreto 1081 de 2015, Decreto Único Reglamentario de la Presidencia de la República, en relación con la participación de los ciudadanos o grupos de interesados en la elaboración de proyectos específicos de regulación	Inters
483	Decreto	229	14	2	2017	Por el cual se establecen las condiciones y requisitos para la inscripción y actualización en el Registro Nacional de Turismo y se modifican en su integridad las secciones 1,2 Y 3 del capítulo 1 del título 4 de la parte 2 del libro 2 del Decreto 1074 de 2015, Decreto Único Reglamentario del sector Comercio, Industria y Turismo	Inters
484	Decreto	176	3	2	2017	Por el cual se modifica el Decreto 1068 de 2015, Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público en lo relativo a las modalidades de los juegos de lotería tradicional o de billetes, apuestas permanentes o chance y rifas.	Inters
485	Decreto	120	26	1	2017	Por el cual se adiciona un párrafo al artículo 2.15.3 de la Parte 15 del Libro 2 del Decreto 1068 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público	Inters
486	Decreto	117	26	1	2017	Por el cual se adiciona el Decreto Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público	Inters
487	Decreto	52	12	1	2017	Por medio del cual se modifica el artículo 2.2.4.6.37. del Decreto 1072 de 2015 Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo, sobre la transición para la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST)	Inters
488	Decreto	40	12	1	2017	Por el cual se adiciona un nuevo Capítulo al Título 1 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1 069 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Justicia y del Derecho, y se reglamentan los Centros Especiales de Reclusión a que se refieren los artículos 23 A, 24 Y25 de la Ley 65 de 1993 modificados por los artículos 15, 16 Y17 de la Ley 1709 de 2014	Inters
489	Decreto	27	12	1	2017	Por el cual se adoptan medidas para implementar el Sistema Penal Acusatorio en la Jurisdicción Penal Militar y Policial, y se modifica parcialmente el Decreto 1070 de 2015 "Por el cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de Defensa	Inters



490	Decreto	2152	26	12	2016	Por el cual se adiciona un artículo al Título 2 Recursos de las Cajas de Compensación Familiar - CCF de la Parte 6 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con el uso de los recursos del artículo 46 de la Ley 1438 de 2011 recaudados en las vigencias 2012,2013 y 2014	Sec
491	Decreto	2141	23	12	2016	Por medio del cual se adiciona una sección al Decreto 1076 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Ambiente y Desarrollo Sostenible, en lo relacionado con el ajuste a la tasa retributiva	Inters
492	Decreto	2140	22	12	2016	Por el cual se reglamenta el artículo 211 de la Ley 1753 de 2015 y se adiciona el Decreto 1073 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de Minas y Energía", en relación con el otorgamiento de subsidios con recursos del Sistema General de Regalías para financiar los costos de las redes internas y otros gastos asociados a la conexión al servicio de gas combustible por redes	Inters
493	Decreto	2117	22	12	2016	Por el cual se modifican los artículos 2.1.13.9, 2.5.2.2.1.7 Y 2.5.2.2.1.10 Y se adicionan unos artículos en la Sección 1, Capítulo 2, Título 2, Parte 5, Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en lo relacionado con los procesos de reorganización institucional y las condiciones financieras y de solvencia de las Entidades Promotoras de Salud EPS	Sec
494	Decreto	2104	22	12	2016	Por el cual se modifica el Decreto 1068 de 2015 Decreto Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público, en lo relacionado con juegos promocionales	Inters
495	Decreto	2101	22	12	2016	Por el cual se adiciona un título 5, denominado Normas de Información Financiera para Entidades que no cumplen la Hipótesis de Negocio en Marcha, a la Parte 1 del Libro 1 del Decreto 2420 de 2015, Único Reglamentario de las Normas de Contabilidad, Información Financiera y de Aseguramiento de la Información, y se dictan otras disposiciones	Inters
496	Decreto	2099	22	12	2016	Por el cual se modifica el Decreto Único Reglamentario del Sector Ambiente y Desarrollo Sostenible, Decreto 1076 de 2015, en lo relacionado con la "Inversión Forzosa por la utilización del agua tomada directamente de fuentes naturales" y se toman otras determinaciones	Inters



497	Decreto	2083	19	12	2016	Por el cual se modifica el artículo 2.1.5.1 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social	Sec
498	Decreto	2051	15	12	2016	Por el cual se adiciona un Capítulo al Título I de la Parte 15 del Decreto 1071 de 2015 Único Reglamentario del Sector Administrativo, Agropecuario, Pesquero y de ' Desarrollo Rural, en lo relacionado con el Registro Único de Predios y Territorios Abandonados -RUPTA	Inters
499	Decreto	2038	12	12	2016	Por el cual se modifica el artículo 2.4.1.1.11 del Decreto 1075 de 2015 -Único Reglamentario del Sector Educación	Inters
500	Decreto	1990	6	12	2016	Por medio del cual se modifica el artículo 3.2.1.5., se adicionan artículos al Título 3 de la Parte 2 del Libro 3 y se sustituyen los artículos 3.2.2.1., 3.2.2.2. Y 3.2.2.3 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud, en relación con las reglas de aproximación de los valores contenidos en la planilla de autoliquidación de aportes; se fijan plazos y condiciones para la autoliquidación y pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales, respectivamente	Sec
501	Decreto	1975	6	12	2016	Por el cual se adiciona el Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de Minas y Energía, 1073 de 2015, en lo relacionado con integración de áreas y prórrogas de contratos de concesión	Inters
502	Decreto	1964	6	12	2016	Por el cual se modifican los artículos 2.2.4.4.12.4. y 2.2.4.7.2. del Decreto 1074 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Comercio, Industria y Turismo	Inters
503	Decreto	1957	6	12	2016	Por el cual se modifica el artículo 2.2.2.45.23 del Capítulo 45 Título 2 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1074 de 2015, Decreto Único del Sector Comercio, Industria y Turismo	Inters
504	Decreto	1937	30	11	2016	Por el cual se adiciona el Capítulo 6 al Título 10 de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en lo relacionado con las condiciones para el aseguramiento en salud de los miembros de las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia -Ejército del Pueblo -FARC-EP y se dictan otras disposiciones	Sec
505	Decreto	1830	10	11	2016	Por el cual se corrige un yerro en los artículos 3 y 8 de la Ley 1787 de 2016 «Por medio de la cual se reglamenta el Acto Legislativo 02 de 2009»	Acto Legis



506	Decreto	1829	10	11	2016	Por medio del cual se adiciona el Capítulo 6 al Título 1 de la Parte 6 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud, en relación con la firmeza de los reconocimientos y giros de los recursos del aseguramiento en salud, el reintegro de recursos pagados por afiliación a prevención o cesión obligatoria, así como la corrección o ajuste a periodos compensados	Sec
507	Decreto	1777	10	11	2016	Por el cual se crea la Comisión Intersectorial de Extinción de Dominio y se adiciona un artículo al Título 3 de la Parte 1 del Libro 1 del Decreto 1068 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público	Inters
508	Decreto	1766	10	11	2016	Por el cual se modifican unos artículos de los Capítulos 1 y 2 del Título 5 de la Parte 13 del Libro 2 del Decreto Único del Sector Administrativo Agropecuario, Pesquero y de Desarrollo Rural 1071 de 2015	Inters
509	Decreto	1759	8	11	2016	Por el cual se modifica el artículo 2.2.2.26.3.1 del Decreto 1074 de 2015 -Decreto Único Reglamentario del Sector Comercio, Industria y Turismo	Inters
510	Decreto	1743	1	11	2016	Por el cual se reglamenta el artículo 160 de la ley 1753 de 2015 y se adiciona el título 3 a la parte 2 del libro 2 del Decreto 1170 de 2015 Único del Sector Administrativo de Información Estadística	Inters
511	Decreto	1676	21	10	2016	Por el cual se modifican los artículos 2.1.1.2 y 2.2.1.2.4.1 .1 del Decreto 1082 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación Nacional, en lo relacionado con el ámbito de aplicación del DUR y la aplicación de Acuerdos Comerciales en Procesos de Contratación	Inters
512	Decreto	1674	21	10	2016	Por el cual se adiciona un capítulo al Título 4 de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto 1081 de 2015, "por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único del Sector Presidencia de la República", en relación con la indicación de las Personas Expuestas Políticamente -PEP-, a que se refiere el artículo 52 de la Convención de las Naciones Unidas Contra la Corrupción, aprobada mediante Ley 970 de 2005, y se dictan otras disposiciones	Inters
513	Decreto	1669	21	10	2016	Por el cual se adicionan unos artículos a la Sección 7 del Capítulo 1 del Título 6 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1072 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo, que reglamenta la seguridad social de los estudiantes que hagan parte de los programas de incentivo para las prácticas laborales y judicatura en el sector público	Inters



514	Decreto	1668	21	10	2016	Por el cual se modifica la sección 2 del capítulo 6 del título 1 de la parte 2 del libro 2 del Decreto 1072 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo, referente a la contratación de mano de obra local en municipios donde se desarrollen proyectos de exploración y producción de hidrocarburos, y el artículo 2.2.6.1.2.26. del mismo decreto.	Inters
515	Decreto	1666	21	10	2016	Por el cual se adiciona el Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de Minas y Energía, 1073 de 2015, relacionado con la clasificación minera	Inters
516	Decreto	1648	21	10	2016	Por el cual se adiciona un Capítulo al Título 9, de la Parte 2, del Libro 2, del Decreto 1076 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Ambiente y Desarrollo Sostenible, en lo relacionado con la Tasa Compensatoria por la utilización permanente de la Reserva Forestal Protectora Bosque Oriental de Bogotá, y se dictan otras disposiciones	Inters
517	Decreto	1588	11	10	2016	Por el cual se adiciona un párrafo al artículo 2.4.3.2.3 del Capítulo 2 del Título 3 de la Parte 4, del Libro 2 del Decreto 1070 de 2015, "Por el cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de Defensa	Inters
518	Decreto	1563	30	9	2016	Por el cual se adiciona al capítulo 2 del título 4 de la parte 2 del libro 2 del Decreto 1072 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo, una sección 5 por medio de la cual se reglamenta la afiliación voluntaria al sistema general de riesgos laborales y se dictan otras disposiciones	Inters
519	Decreto	1550	29	9	2016	Por el cual se adiciona el Título 3 a la Parte 10, del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con la distinción "Cruz Cívica del Mérito Asistencial y Sanitario Jorge Bejarano	Sec
520	Decreto	1536	29	9	2016	Por el cual se modifica el Título 4 de la Parte 6 del Libro 2 del Decreto Número 1068 de 2015 en lo concerniente al Formulario Único Territorial, se reglamentan los Artículos 31 de la Ley 962 de 2005 y 188 de la Ley 1753 de 2015, y se dictan otras disposiciones	Inters
521	Decreto	1530	29	9	2016	Por el cual se modifica el numeral segundo y los párrafos 1 y 2 del artículo 2.6.2.2 y los artículos 2.7.1.2.2 Y 2. 7.1.2.3 del Decreto Único Reglamentario del Sector Cultura 1080 de 2015, en temas relacionados con el Patrimonio Arqueológico y el Patrimonio Cultural Sumergido	Inters



522	Decreto	1524	29	9	2016	Por el cual se modifica parcialmente el artículo 2.1.3.5 del Decreto 1071 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo, Agropecuario, Pesquero y de Desarrollo Rural	Interse
523	Decreto	1517	22	9	2016	Por el cual se crea el Registro Único Nacional de Desintegración Física de Vehículos e Ingreso de Nuevos Vehículos de Transporte Terrestre Automotor de Carga -RUNIS TAC -y se adicionan unos artículos a la Sección 7 del Capítulo 7 del Título 1 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1079 de 2015	Interse
524	Decreto	1500	15	9	2016	Por el cual se modifica el artículo 2.6.1.4.3,10 de la sección 3 del capítulo 4 del título 1 de la parte 6 del libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con la verificación de requisitos para el reconocimiento de los gastos e indemnizaciones cubiertos por la Subcuenta ECAT del FOSYGA	Seco
525	Decreto	1495	15	9	2016	Por el cual se modifican los artículos 2.9.2.5.2, 2.9.2.5.3 Y 2.9.2.5.8 del Capítulo 5, Título 2, Parte 9 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social	Seco
526	Decreto	1434	1	9	2016	Por el cual se establecen unas equivalencias para los empleos de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES	Seco
527	Decreto	1432	1	9	2016	Por el cual se modifica la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social	Seco
528	Decreto	1430	1	9	2016	Por el cual se establece el sistema de nomenclatura, clasificación y remuneración de los empleos públicos de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES	Seco
529	Decreto	1429	1	9	2016	Por el cual se modifica la estructura de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES-y se dictan otras disposiciones	Seco
530	Decreto	1427	1	9	2016	Por medio del cual se reglamenta el artículo 20 de la Ley 1797 de 2016 y se sustituyen las secciones 5 y 6 del Capítulo 8 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social	Seco
531	Decreto	1421	1	9	2016	Por el cual se adiciona y modifica el Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de Minas y Energía, 1073 de 2015, respecto de la adopción de medidas relacionadas con el Beneficio y Comercialización de minerales y se adiciona y modifica el Decreto Único Reglamentario del Sector Ambiente y Desarrollo Sostenible, 1076 de 2015, respecto del licenciamiento ambiental para plantas de beneficio"	Interse



532	Decreto	1385	24	8	2016	Por el cual se adiciona una Subsección a la Sección 7 del Capítulo 2 del Título 1 de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto 1077 de 2015, en relación con el criterio de focalización para el acceso al subsidio familiar de vivienda para áreas urbanas en especie a los hogares que pertenezcan a pueblos y comunidades indígenas en atención a su situación de vulnerabilidad.	Difer
533	Decreto	1376	24	8	2016	Por el cual se adiciona al Capítulo 1 del Título 6 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1072 de 2015, la Sección 7 que reglamenta la financiación de práctica laboral, judicatura y relación docencia de servicio en el área de la salud para adquirir experiencia laboral.	Sec
534	Decreto	1370	22	8	2016	Por medio del cual se sustituye un artículo y se adiciona al Capítulo 5 del Título 1 de la Parte 6 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud una disposición, en relación con la operación de la Cuenta de Alto Costo	Sec
535	Decreto	1351	22	8	2016	Por el cual se adiciona un capítulo al Libro 2, Parte 2, Título 3, del Decreto 1074 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Comercio, Industria y Turismo, y se dictan otras disposiciones	Inters
536	Decreto	1350	22	8	2016	Por el cual se modifica el artículo 2.2.2.45.16 del Capítulo 45 del Libro 2, Parte 2, Título 2 del Decreto Único del Sector Comercio, Industria y Turismo, Decreto 1074 de 2015"	Inters
537	Decreto	1349	22	8	2016	Por el cual se adiciona un capítulo al, Decreto Único Reglamentario del Sector Comercio, Industria y Turismo, Decreto 1074 de 2015, referente a la circulación de la factura electrónica como título valor y se dictan otras disposiciones	Inters
538	Decreto	1348	22	8	2016	Por el cual se reglamentan la revelación de información y la gestión de riesgos en la venta y administración de operaciones de libranza efectuadas al amparo de la Ley 1527 de 2012, se adiciona un capítulo al título 2 de la parte 2 del libro 2 y se modifica la sección 2 del capítulo 49 del título 2 de la parte 2 del libro 2 del Decreto Único Reglamentario del Sector Comercio, Industria y Turismo, número 1074 de 2015.	Inters
539	Decreto	1342	19	8	2016	Por el cual se modifican los capítulos 4 y 6 del Título 6 de la Parte 8 del Libro 2 del Decreto 1068 de 2015, Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público, en lo relativo al trámite para el pago de los valores dispuestos en sentencias, laudos arbitrales y conciliaciones hasta tanto entre en funcionamiento el Fondo de Contingencias de que trata el artículo 194 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo	Inters



540	Decreto	1325	12	8	2016	Por medio del cual se modifican parcialmente y se derogan algunas disposiciones generales de Control, Vigilancia y Verificación Migratoria, de que trata la sección 2 del capítulo 11 del título 1 de la parte 2 del libro 2 del Decreto 1067 de 2015	Difer
541	Decreto	1314	10	8	2016	Por el cual se crea la Comisión Intersectorial de Garantías para las Mujeres Líderesas y Defensoras de los Derechos Humanos	Difer
542	Decreto	1310	10	8	2016	Por el cual se modifica el Decreto 1079 de 2015, en relación con el Plan Estratégico de Seguridad Vial	Inters
543	Decreto	1295	10	8	2016	Por el cual se reglamenta el premio José Francisco Socarrás al mérito afrocolombiano, en la Educación, la Medicina, la Ciencia, la Cultura y la Política y se adiciona el Decreto 1075 de 2015, Único Reglamentario del Sector Educación	Inters
544	Decreto	1289	10	8	2016	Por el cual se modifica parcialmente el Título 1, Capítulo 1, Sección 1, artículos 2.3.1.1.1.3, 2.3.1.1.1.5 y 2.3.1.1.1.8 del Decreto 1070 de 2015 Por el cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de Defensa	Inters
545	Decreto	1273	3	8	2016	Por el cual se adiciona una Parte al Libro 2 del Decreto 1071 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo Agropecuario, Pesquero y de Desarrollo Rural relacionada con las Zonas de Interés de Desarrollo Rural, Económico y Social (Zidres)"	Inters
546	Decreto	1272	3	8	2016	Por el cual se adiciona un capítulo al Título 9 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1076 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Ambiente y Desarrollo Sostenible, en lo relacionado con la tasa compensatoria por caza de fauna silvestre y se dictan otras disposiciones	Inters
547	Decreto	1255	1	8	2016	Por el cual se establecen para el año 2016 los costos de la supervisión y control, realizados por la Superintendencia Nacional de Salud a las entidades vigiladas, con excepción de las que legalmente se encuentran exentas de asumir tal obligación, a efectos de determinar el cálculo y fijar la tarifa de la tasa que deben cancelar	Sec
548	Decreto	1216	25	7	2016	Por medio del cual se modifica el Decreto 1081 de 2015 -Decreto Reglamentario Único del Sector de la Presidencia de la República, en lo que hace referencia al Sistema Nacional de Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario y la Comisión Intersectorial de Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario	Inters



549	Decreto	1189	19	7	2016	Por el cual se adiciona un título al Decreto 1081 de 2015, por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único del Sector Presidencia de la República", en relación con el trámite de convocatoria para la integración de las ternas de candidatos a magistrados de la Comisión Nacional de Disciplina Judicial, a cargo del Presidente de la República"	Inters
550	Decreto	1184	19	7	2016	Por el cual se adiciona el Capítulo 5 al Título 10, Parte 1, Libro 2, del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social	Sec
551	Decreto	1172	19	7	2016	Por el cual se modifica la Sección 4 " Sanciones", del Capítulo 2 del Título I del Libro 2 del Decreto 1073 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de Minas y Energía y se dictan otras disposiciones	Inters
552	Decreto	1167	19	7	2016	Por el cual se modifican y se suprimen algunas disposiciones del Decreto 1069 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Justicia y del Derecho	Inters
553	Decreto	1166	19	7	2016	Por el cual se adiciona el capítulo 12 al Título 3 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1069 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Justicia y del Derecho, relacionado con la presentación, tratamiento y radicación de las peticiones presentadas verbalmente.	Inters
554	Decreto	1142	15	7	2016	Por el cual se modifican algunas disposiciones contenidas en el Capítulo 11 del Título 1 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1069 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Justicia y del Derecho, y se adoptan otras disposiciones	Inters
555	Decreto	1117	11	7	2016	Por el cual se modifican los artículos 2.2.4.10.2., 2.2.4.10.3. Y 2.2.4.10.5. Y se adicionan los artículos 2.2.4.10.8. Y 2.2.4.10.9. del Decreto 1072 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo, referentes a los requisitos y términos de inscripción para el ejercicio de intermediación de seguros en el ramo de riesgos laborales.	Inters
556	Decreto	1104	11	7	2016	Par el cual se modifica el artículo 2.6.3.4.2.1 del Decreto 1068 de 2015 -Decreto Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público	Inters
557	Decreto	1053	27	6	2016	Por el cual se modifica el numeral 2 del artículo 2.2.8.4.4 del Decreto 1078 de 2015, Decreto Único Reglamentario del sector de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones	Inters



558	Decreto	1036	24	6	2016	Por el cual se adiciona un capítulo al Libro 2, Parte 2, Título 3 del Decreto No. 1066 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Interior, con el fin de adoptar la Estrategia Nacional para la Lucha Contra la Trata de Personas, 2016-2018	Inters
559	Decreto	958	15	6	2016	Por medio del cual se reglamenta el artículo 67 de la Ley 1474 de 2011 y se agrega un capítulo al Título 4 de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto 1081 de 2015, por el cual se expide el Decreto Reglamentario Único del Sector Presidencia de la República	Inters
560	Decreto	947	10	6	2016	Por el cual se adicionan unas disposiciones a la Parte 10 del Libro 2 del Decreto 1071 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo Agropecuario, Pesquero y de Desarrollo Rural	Inters
561	Decreto	942	10	6	2016	Por el cual se adiciona un Capítulo al Título 2 de la Parte 6 del Libro 2 del Decreto 1070 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de Defensa, en lo relacionado con las subvenciones a Satena S.A.	Inters
562	Decreto	915	1	6	2016	Por el cual se reglamenta el Decreto Ley 1278 de 2002 en materia de concursos de ingreso al sistema especial de carrera docente, se subroga un capítulo y se modifican otras disposiciones del Decreto 1075 de 2015 -Único Reglamentario del Sector Educación	Inters
563	Decreto	879	27	5	2016	Por el cual se adiciona un Capítulo al Decreto 1070 de 2015, "Por el cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de Defensa", con relación a la distinción "Reservista de Honor".	Inters
564	Decreto	878	27	5	2016	el cual se adoptan medidas para implementar el Sistema Penal Acusatorio en la Jurisdicción Penal Militar, y se modifica parcialmente el Decreto 1070 de 2015 "Por el cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de Defensa	Inters
565	Decreto	857	23	5	2016	Por el cual se adiciona la Parte 19 al Libro 2 del Decreto 1068 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público, en lo relacionado con el Fondo Nacional para el Desarrollo de la Infraestructura	Inters
566	Decreto	843	20	5	2016	Por el cual se simplifica el procedimiento para la renovación y modificación de los registros sanitarios de los medicamentos de síntesis química y gases medicinales y se dictan medidas para garantizar la disponibilidad y control de los medicamentos en el país	Sec



567	Decreto	812	17	5	2016	Por el cual se modifica el artículo 2.7.1.1 .4. del Decreto 1066 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo del Interior	Inters
568	Decreto	780	6	5	2016	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social	Sec
569	Decreto	740	4	5	2016	Por el cual se adiciona el Título 13 a la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1082 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación Nacional, con el fin de reglamentar parcialmente la Ley 1454 de 2011 y los artículos 198 y 199 de la Ley 1753 de 2015 sobre los Contratos Plan y el Fondo Regional para los Contratos Plan	Inters
570	Decreto	705	27	4	2016	Por el cual se establecen disposiciones sobre el proceso de regulación de precios de medicamentos a nivel nacional	Sec
571	Decreto	679	27	4	2016	Por el cual se adiciona un capítulo al libro 2 de la parte 2 del título 2 del Decreto Único del sector Comercio, Industria y Turismo, Decreto 1074 de 2015, y se reglamenta el artículo 19 de la Ley 1480 de 2011	Inters
572	Decreto	642	18	4	2016	Por medio el cual se adiciona el Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo del Deporte, Decreto 1085 de 2015, en lo que hace referencia al Día Internacional del Deporte para el Desarrollo y la Paz y el Día Mundial de la Actividad Física	Inters
573	Decreto	596	11	4	2016	Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1077 de 2015 en lo relativo con el esquema de la actividad de aprovechamiento del servicio público de aseo y el régimen transitorio para la formalización de los recicladores de oficio, y se dictan otras disposiciones	Inters
574	Decreto	587	11	4	2016	Por el cual se adiciona un capítulo al libro 2 de la parte 2 del título 2 del Decreto Único del sector Comercio, Industria y Turismo, Decreto 1074 de 2015, y se reglamenta el artículo 51 de la Ley 1480 de 2011	Inters
575	Decreto	583	8	4	2016	Por el cual se adiciona al título 3 de la parte 2 del libro 2 del Decreto 1072 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo, un capítulo 2 que reglamenta el artículo 63 de la Ley 1429 de 2010 y el artículo 74 de la Ley 1753 de 2015	Inters
576	Decreto	567	8	4	2016	Por el cual se modifican algunos artículos del Capítulo 2, del Título 1, de la Parte 4, del Libro 2, del Decreto 1066 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo del Interior	Inters



577	Decreto	507	30	3	2016	Por el cual se adiciona una sección al capítulo 11 del Título 3 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1069 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Justicia y del Derecho, relacionado con la indemnización de perjuicios a las víctimas de violaciones de derechos humanos en virtud de lo dispuesto por determinados órganos internacionales de Derechos Humanos, contenida en la Ley 288 de 1996"	Inters
578	Decreto	501	30	3	2016	Por el cual se adiciona el Decreto Único Reglamentario del Sector Educación para reglamentar la Jornada Única en los establecimientos educativos oficiales y el Programa para la Implementación de la Jornada Única y el Mejoramiento de la Calidad de la Educación Básica y Media, conforme a lo dispuesto en los artículos 57 y 60 de la Ley 1753 de 2015	Inters
579	Decreto	490	28	3	2016	Por el cual se Reglamenta el Decreto Ley 1278 de 2002 en materia tipos de empleos del Sistema Especial de Carrera Docente y su provisión, se dictan otras disposiciones y se adiciona el Decreto 1075 de 2015 -Único Reglamentario del Sector Educación	Inters
580	Decreto	474	17	3	2016	Por el cual se adiciona el Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de Minas y Energía, 1073 de 2015, en lo relacionado con medidas tendientes al uso racional y eficiente de la energía eléctrica respecto de la publicidad exterior visual	Inters
581	Decreto	458	16	3	2016	Por el cual se modifica el párrafo 2 del artículo 2.2.2.17.2.4. del Decreto Único Reglamentario del Sector Comercio, Industria y Turismo, Decreto 1074 de 2015	Inters
582	Decreto	440	11	3	2016	Por el cual se modifica el Decreto 1071 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo Agropecuario, Pesquero y de Desarrollo Rural, en lo relacionado con la Parte 15, Unidad Administrativa Especial de Gestión de Restitución de Tierras Despojadas	Inters
583	Decreto	415	7	3	2016	Por el cual se adiciona el Decreto Único Reglamentario del sector de la Función Pública, Decreto Numero 1083 de 2015, en lo relacionado con la definición de los lineamientos para el fortalecimiento institucional en materia de tecnologías de la información y las comunicaciones.	Inters
584	Decreto	413	7	3	2016	Por el cual se adicionan unos artículos al Título 6 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1083 de 2015, Único Reglamentario del Sector de Función Pública	Inters



585	Decreto	388	7	3	2016	Por el cual se adiciona el Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de Minas y Energía, 1073 de 2015, con el fin de adoptar medidas tendientes a garantizar la prestación eficiente del servicio público domiciliario de energía eléctrica en circunstancias extraordinarias	Interse
586	Decreto	335	24	2	2016	Por el cual se corrige un yerro en el artículo 69 la Ley 1474 de 2011, "Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública".	Acto Legis
587	Decreto	330	24	2	2016	Por medio del cual se promulga la "Convención para Reducir los Casos de Apatridia", adoptada en Nueva York el 30 de agosto de 1961.	Difer
588	Decreto	325	24	2	2016	Por medio del cual se promulga el "Convenio Sobre el Trabajo Decente para las Trabajadoras y los Trabajadores Domésticos, 2011 (No. 189)", adoptado en Ginebra, Confederación Suiza, en la 1 Oa Reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo el 16 de junio de 2011.	Intern
589	Decreto	308	24	2	2016	Por medio del cual se adopta el Plan Nacional de Gestión de Riesgo de Desastres	Interse
590	Decreto	304	24	2	2016	Por el cual se modifica el literal v) del artículo 2.2.6.13.2.9.1., de la Subsección 9 de la Sección 2 del Capítulo, 13 del Título 6 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1069 de 2015, Decreto Unico Reglamentario del Sector Justicia y del Derecho	Interse
591	Decreto	298	24	2	2016	Por el cual se establece la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Cambio Climático y se dictan otras disposiciones	Interse
592	Decreto	269	18	2	2016	Por el cual se corrige un yerro en el artículo 22 de la Ley 1776 de 2016, "Por la cual se crean y se desarrollan las Zonas de Interés de Desarrollo Rural, Económico y Social, Zidres"	Terr
593	Decreto	267	18	2	2016	Por el cual se corrige un yerro del Decreto Ley 2366 del 7 de diciembre de 2015 "Por el cual se crea la Agencia de Renovación del Territorio (ART), se determina su objeto y estructura	Interse
594	Decreto	213	10	2	2016	Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1082 de 2015, Unico Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación Nacional, en lo relacionado con la distribución de los recursos de la participación para Agua Potable y Saneamiento Básico y Propósito General del Sistema General de Participaciones y se dictan otras disposiciones	Interse



595	Decreto	207	10	2	2016	Por el cual se ordena la publicación del Proyecto de Acto Legislativo No. 04 de 2015 Senado -157 de 2015 Cámara "POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECEN INSTRUMENTOS JURIDICOS PARA LOS DESARROLLOS NORMATIVOS NECESARIOS PARA FACILITAR Y ASEGURAR LA IMPLEMENTACIÓN DEL ACUERDO FINAL PARA LA TERMINACIÓN DEL CONFLICTO Y LA CONSTRUCCIÓN DE UNA PAZ ESTABLE Y DURADERA" (Primera Vuelta)	Acto Legis
596	Decreto	204	10	2	2016	Por el cual se adiciona un Capítulo al Título 1 de la Parte 2 del libro 2 del Decreto 1069 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Justicia y del Derecho, y se definen las competencias de la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPEC) y del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) para el cumplimiento de las obligaciones derivadas de la Ley 1709 de 2014	Inters
597	Decreto	171	1	2	2016	Por medio del cual se modifica el artículo 2.2.4.6.37 del capítulo 6 del Título 4 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1072 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo, sobre la transición para la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).	Inters
598	Decreto	159	1	2	2016	Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1068 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público, en lo relacionado con el Sistema de Seguro de Crédito a la Exportación con garantía de la Nación y se dictan otras disposiciones	Inters
599	Decreto	156	1	2	2016	Por el cual se corrige un yerro del Decreto 1070 de 2015, por el cual se expide el Decreto Unico Reglamentario del Sector Administrativo de Defensa".	Inters
600	Decreto	56	15	1	2016	Por el cual se adiciona el Decreto 1080 de 2015 Único Reglamentario del Sector Cultura, para reglamentar el numeral 8 del artículo 99 de la ley 1617 de 2013, sobre los criterios mínimos generales que tendrán en cuenta los Distritos Especiales para la promoción de la inversión en sus áreas históricas	Inters
601	Decreto	54	15	1	2016	Por el cual se adiciona el Decreto Único Reglamentario del sector de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, 1078 de 2015, para reglamentar los criterios para la formulación, presentación, aprobación, ejecución y verificación de las obligaciones de hacer como forma de pago por el uso del espectro radioeléctrico	Inters



602	Decreto	53	15	1	2016	Por el cual se reglamenta el artículo 99 de la Ley 1769 de 2015 y se adiciona el decreto 1073 de 2015, único reglamentario del sector administrativo de minas y energía, en relación con recursos del Fondo de Energía Social, FOES	Inters
603	Decreto	52	15	1	2016	Por el cual se reglamenta la reelección por evaluación de los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial	Sec
604	Decreto	38	12	1	2016	Por el cual se reglamentan las Zonas Estratégicas para el Transporte (ZET) y se adiciona el Título 8 a la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1079 de 2015.	Terr
605	Decreto	36	12	1	2016	Por el cual se modifican los artículos 2.2.2.1.16 al 2.2.2.1.23 y se adicionan los artículos 2.2.2.1.24 al 2.2.2.1.32 del capítulo 1 del título 2 de la parte 2 del libro 2 del Decreto 1072 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo, y se reglamentan los artículos 482, 483 Y 484 del Código Sustantivo de Trabajo.	Inters
606	Decreto	24	12	1	2016	Por el cual se reglamenta la Ley 1700 de 2013 sobre las actividades de comercialización en red o mercadeo multinivel en Colombia y se adiciona un capítulo al título 2 de la parte 2 del libro 2 del Decreto Único Reglamentario del Sector Comercio, Industria y Turismo, número 1074 de 2015, Y se dictan otras disposiciones.	Inters
607	Decreto	17	8	1	2016	Por el cual, se adiciona al título 2 de la parte 2 del libro 2 del Decreto 1072 de 2015, Decreto Unico Reglamentario del sector Trabajo, un capítulo 9 que reglamenta el procedimiento para la convocatoria e integración de tribunales de arbitramento en el Ministerio del Trabajo.	Inters
608	Decreto	13	6	1	2016	Por el cual se adiciona y modifica el Decreto Único del Sector Administrativo Agropecuario, Pesquero y de Desarrollo Rural, reglamentando el parágrafo tercero del artículo 106 de la Ley 1753 de 2015.	Inters
609	Decreto	303	20	2	2015	Por el cual se reglamenta la Ley 1408 de 2010	Intersectori
610	Decreto	1069	12	6	2014	"Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 985 de 2005"	Inters
611	Decreto	3047	7	1	2013	Por el cuál se establecen reglas sobre movilidad entre regímenes para afiliados focalizados en los niveles I y II en el SISBEN	Inters
612	Decreto	735	13	4	2012	por el cual se reglamenta el artículo 17 de la Ley 1255 de 2008 y se fijan las condiciones para la prohibición del ingreso a Colombia de aves vivas y productos aviares de riesgo, procedentes de países o zonas en las cuales se haya registrado influenza aviar y/o enfermedad de Newcastle	salud -



613	Decreto	248	1	2	2011	Por medio del cual se promulga el "Convenio entre el Gobierno de la República de Colombia y el Gobierno de la República Popular China sobre Cooperación Fitosanitaria", hecho en Beijing el 6 de abril de 2005.	Interse
614	Decreto	4107	2	11	2011	Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social.	Sa
615	Decreto	4635	9	12	2011	Por el cual se dictan medidas de asistencia, atención, reparación integral y de restitución de tierras a las víctimas pertenecientes a comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras.	Víctimas- g
616	Decreto	4634	9	12	2011	Por el cual se dictan medidas de asistencia, atención, reparación integral y restitución de tierras a las víctimas pertenecientes al pueblo Rrom o Gitano	Víctimas- g
617	Decreto	4633	20	12	2011	Por medio del cual se dictan medidas de asistencia, atención, reparación integral y de restitución de derechos territoriales a las víctimas pertenecientes a los pueblos y comunidades indígenas	Víctimas- g
618	Decreto	4800	20	12	2011	por el cual se reglamenta la Ley 1448 de 2011 y se dictan otras disposiciones. Compilado por el Decreto Único Reglamentario 1084 de 2015 se estipuló que las directrices del enfoque psicosocial deberán ser un componente transversal a todas las acciones de Atención, Asistencia y Reparación Integral, para ello, definió que el diseño de las mismas estaría a cargo de la Unidad de Atención y Reparación Integral a Víctimas [en adelante UARIV], las cuales contendrán "(...) los lineamientos que respondan a la necesidad de materializar el enfoque psicosocial desde una perspectiva de reparación integral en todas las acciones, planes y programas de atención, asistencia y reparación integral que se implementen en el marco de la ley 1448 de 2011. Estas directrices deben ser adoptadas por las entidades que conforman el Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a Víctimas, de acuerdo con sus competencias"	asistencia, atención y víct
619	Decreto	2957	6	8	2010	Por el cual se expide un marco normativo para la protección integral de los derechos del grupo étnico Rom o Gitano.	Protección integral de los Rom o
620	Decreto	1011	3	4	2006	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.	Sa



621	Decreto	330	27	2	2001	Por el cual se expiden normas para la constitución y funcionamiento de Entidades Promotoras de Salud, conformadas por cabildos y/o autoridades tradicionales indígenas.	Indiq
622	Decreto	1616	25	9	1995	por el cual se aclara el Decreto 1757 del 3 de agosto de 1994.	sa
623	Decreto	1108	31	5	1994	Por el cual se sistematizan, coordinan y reglamentan algunas disposiciones en relación con el porte y consumo de estupefacientes y sustancias psicotrópicas	Inters
624	Decreto	1757	3	8	1994	por el cual se organizan 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.	sa

No.	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE LA NORMA	FECHA DE EMISIÓN			DESCRIPCIÓN - EPÍGRAFE DEL DOCUMENTO	TEM
			DÍA	MES	AÑO		
1	CONPES	4044	3	9	2021	Declaración de importancia estratégica de los proyectos de inversión relacionados con la Política Pública de Catastro Multipropósito: Actualización y Gestión Catastral Nacional, e Implementación del Sistema Nacional Catastral Multipropósito Desde el De	Amb
2	CONPES	4044	3	9	2021	Anexo A. PAS Documento CONPES 4044	Amb
3	CONPES	4042	9	8	2021	Política Nacional Antilavado de Activos, Contra la Financiación del Terrorismo y Contra la Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva	Causas
4	CONPES	4042	9	8	2021	Anexo A. PAS Documento CONPES 4042	Causas
5	CONPES	4040	9	8	2021	Pacto Colombia con las Juventudes: Estrategia para Fortalecer el Desarrollo Integral de la Juventud	Difer
6	CONPES	4040	9	8	2021	Anexo A. PAS Documento CONPES 4040	Difer
7	CONPES	4039	26	7	2021	Declaración de importancia estratégica del proyecto del Programa Vías para conectar territorios, el crecimiento sostenible y la reactivación	Terr
8	CONPES	4038	19	7	2021	Declaración de importancia estratégica del proyecto Mejoramiento de la Capacidad Instalada Asociada a la Prestación de Servicios de Salud Nacional que permita la construcción y dotación del Hospital Regional de Alta Complejidad Carolina Larrarte - Nues	Sec
9	CONPES	4038	19	7	2021	Anexo A. PAS Documento CONPES 4038	Sec
10	CONPES	4037	19	7	2021	Declaración de importancia estratégica del proyecto Apoyo al desarrollo de proyectos a través del fondo regional para los contratos plan, ahora pactos territoriales	Terr
11	CONPES	4037	19	7	2021	Anexo A. PAS Documento CONPES 4037	Terr



12	CONPES	4031	11	6	2021	Anexo A. PAS Documento CONPES 4031	Difer
13	CONPES	4031	11	6	2021	Política Nacional de Atención y Reparación Integral a Las Víctimas	Difer
14	CONPES	4023	11	2	2021	Política para la reactivación, la repotenciación y el crecimiento sostenible e incluyente: Nuevo compromiso por el futuro de Colombia	Inters
15	CONPES	4023	11	2	2021	Anexo A. PAS Documento CONPES 4023	Inters
16	CONPES	4023	11	2	2021	Anexo B. Documentos CONPES en ejecución relacionados con la política	Inters
17	CONPES	4023	11	2	2021	Resumen ejecutivo Documento CONPES 4023	Inters
18	CONPES	4021	21	12	2020	Política Nacional para el Control de la Deforestación y la Gestión Sostenible de los Bosques	Inters
19	CONPES	4021	21	12	2020	Anexo A. PAS Documento CONPES 4021	Inters
20	CONPES	4019	18	12	2020	Declaración de importancia estratégica del proyecto Saneamiento de Vertimientos en Cuencas Priorizadas del Territorio Nacional – Saneamiento de Vertimientos de la Cuenca Otún-Consota.	Inters
21	CONPES	4019	18	12	2020	Anexo A. PAS Documento CONPES 4019	Inters
22	CONPES	4013	30	11	2020	Declaración de importancia estratégica del proyecto de inversión Apoyo para Fomentar el acceso con calidad a la educación superior a través de incentivos a la demanda en Colombia	Inters
23	CONPES	4013	30	11	2020	Anexo A. PAS Documento CONPES 4013	Inters
24	CONPES	4011	30	11	2020	Política Nacional de Emprendimiento	Inters
25	CONPES	4011	30	11	2020	Anexo A. PAS Documento CONPES 4011	Inters
26	CONPES	4010	30	11	2020	Declaración de importancia estratégica del Compromiso por Colombia: Programa Vías para la Legalidad y la Reactivación, Visión 2030	Inters
27	CONPES	4008	26	10	2020	Política Nacional de Información para la Gestión Financiera Pública	Inters
28	CONPES	4008	26	10	2020	Anexo A. PAS Documento CONPES 4008	Inters
29	CONPES	4007	26	10	2020	Estrategia para el fortalecimiento de la Gobernanza en el Sistema de Administración del Territorio	Inters
30	CONPES	4007	26	10	2020	Anexo A. PAS Documento CONPES 4007	Inters
31	CONPES	4005	28	9	2020	Política Nacional de Inclusión y Educación Financiera.	Inters
32	CONPES	4005	28	9	2020	Anexo A. PAS Documento CONPES 4005	Inters
33	CONPES	4004	28	9	2020	Economía circular en la gestión de los servicios de agua potable y manejo de aguas residuales	Inters
34	CONPES	4004	28	9	2020	Anexo A. PAS Documento CONPES 4004	Inters
35	CONPES	4001	5	8	2020	Declaración de importancia estratégica del Proyecto nacional acceso universal a las tecnologías de la información y las comunicaciones en zonas rurales o apartadas	Inters
36	CONPES	4001	5	8	2020	Anexo A. PAS Documento CONPES 4001	Inters



37	CONPES	3999	5	8	2020	Estrategia de respuesta inicial ante los efectos de la pandemia del COVID-19 sobre la salud pública, los hogares, el aparato productivo y las finanzas públicas	Sec
38	CONPES	3999	14	8	2020	3999_Fe de erratas	Sec
39	CONPES	3992	14	4	2020	Estrategia para la Promoción de la Salud Mental en Colombia	Inters
40	CONPES	3992	14	4	2020	Anexo A. PAS Documento CONPES 3992	Inters
41	CONPES	3991	14	4	2020	Política Nacional de Movilidad Urbana y Regional	Inters
42	CONPES	3991	14	4	2020	Anexo A. PAS Documento CONPES 3991	Inters
43	CONPES	3989	31	3	2020	Concepto favorable a la Nación para contratar un empréstito externo con la banca multilateral hasta por la suma de USD 50 millones, o su equivalente en otras monedas, destinado al financiamiento del Programa de Agua Potable y Saneamiento en La Guajira	Terr
44	CONPES	3988	31	3	2020	Tecnologías para Aprender: Política nacional para impulsar la innovación en las prácticas educativas a través de las tecnologías digitales	Inters
45	CONPES	3988	31	3	2020	Anexo A. PAS Documento CONPES 3988	Inters
46	CONPES	3986	12	3	2020	Estrategia para la implementación del mecanismo de compensación del impuesto a las ventas (IVA) a favor de la población más pobre y vulnerable	Finan
47	CONPES	3986	12	3	2020	Anexo A. PAS Documento CONPES 3986	Finan
48	CONPES	3984	20	2	2020	Extensión de la vigencia de la medida correctiva de asunción temporal de la competencia de la prestación de los servicios de salud, educación, alimentación escolar y agua potable y saneamiento básico en el departamento de La Guajira	Terr
49	CONPES	3984	20	2	2020	Anexo B. 3984	Terr
50	CONPES	3984	20	2	2020	Anexo C. 3984	Terr
51	CONPES	3984	20	2	2020	Anexo D. 3984	Terr
52	CONPES	3984	20	2	2020	Anexo E. 3984	Terr
53	CONPES	3977	9	12	2019	Declaración importancia estratégica Programa Cobertura a Tasa de Interés, Programa Mi Casa Ya y Semillero de Propietarios	Inters
54	CONPES	3976	2	12	2019	Concepto favorable Nación para contratar empréstitos externos con la banca multilateral hasta por USD 300 millones, destinados al financiamiento del "Programa para mejorar la sostenibilidad del sistema de salud en Colombia con enfoque inclusivo"	Sec
55	CONPES	3965	14	7	2019	Marco de Gasto de Mediano Plazo 2020-2023	Finan
56	CONPES	3963	28	6	2019	Política para la Modernización del Sector Transporte Automotor de Carga	Inters
57	CONPES	3963	28	6	2019	Anexo A. PAS Documento CONPES 3963	Inters
58	CONPES	3958	26	3	2019	Estrategia para la implementación de la política pública de catastro multipropósito	Terr



59	CONPES	3958	26	3	2019	Anexo A. PAS Documento CONPES 3958	Terr
60	CONPES	3957	8	1	2019	Política Nacional de Laboratorios	Inters
61	CONPES	3957	8	1	2019	Anexo A PAS Documento CONPES 3957	Inters
62	CONPES	3956	8	1	2019	Política de Formalización Empresarial	Inters
63	CONPES	3956	8	1	2019	Anexo A PAS Documento CONPES 3956	Inters
64	CONPES	3950	23	11	2018	Estrategia para la atención de la migración desde Venezuela	Difer
65	CONPES	3950	23	11	2018	Anexo A. Plan de Acción y Seguimiento_3050	Difer
66	CONPES	3947	29	10	2018	Estrategias de actuación y coordinación para reducir las afectaciones ante la eventual ocurrencia de un fenómeno de variabilidad climática: El Niño 2018 - 2019	Inters
67	CONPES	3947	29	10	2018	Anexo A Plan de Acción y Seguimiento (PAS) 3947	Inters
68	CONPES	3944	4	8	2018	3944_Adenda	Difer
69	CONPES	3944	4	8	2018	Estrategia para el Desarrollo Integral del Departamento de La Guajira y sus pueblos indígenas	Difer
70	CONPES	3944	4	8	2018	Anexo B Documento CONPES 3944	Difer
71	CONPES	3944	4	8	2018	Anexo A Plan de Acción y Seguimiento 3944	Difer
72	CONPES	3943	31	7	2018	Política para le mejoramiento del aire	Inters
73	CONPES	3943	31	7	2018	Anexo A. Plan de Acción y Seguimiento 3943	Inters
74	CONPES	3942	27	7	2018	Contrato Plan para la Paz y el Posconflicto entre la nación y el departamento de Guainía	Terr
75	CONPES	3942	27	7	2018	Anexo A. Matriz de proyectos Cpaz Guainía 3942	Terr
76	CONPES	3941	27	7	2018	Contrato Plan para la Paz y el Posconflicto entre la nación y el departamento del Valle del Cauca	Terr
77	CONPES	3941	27	7	2018	Anexo A. Matriz de proyectos Cpaz Valle del Cauca 3941	Terr
78	CONPES	3940	17	7	2018	Delimitación de la Zona de Interés de Desarrollo Rural, Económico y Social en el municipio de Puerto López (Meta)	Terr
79	CONPES	3940	17	7	2018	Anexo B. Documento CONPES 3940	Terr
80	CONPES	3940	17	7	2018	Anexo A. Documento CONPES 3940	Terr
81	CONPES	3940	17	7	2018	Anexo A. Documento CONPES 3940	Terr
82	CONPES	3940	17	7	2018	Anexo B. Documento CONPES 3940	Terr
83	CONPES	3938	13	7	2018	Marco de Gasto de Mediano Plazo 2019-2022	Finan
84	CONPES	3937	13	7	2018	Declaración de importancia estratégica del proyecto de inversión "Fortalecimiento de la Reducción del riesgo de desastres, en le marco de la Ley 1523 de 2012, por fenómeno de erosión costera en la ciudad de Cartagena"	Terr
85	CONPES	3937	13	7	2018	Anexo A Plan de Acción y Seguimiento (PAS) 3937	Terr
86	CONPES	3934	10	7	2018	Política de Crecimiento Verde	Inters
87	CONPES	3934	10	7	2018	Anexos Documento CONPES 3934	Inters
88	CONPES	3934	10	7	2018	Anexo A Plan de Acción y Seguimiento (PAS) 3934	Inters



89	CONPES	3932	29	6	2018	Lineamientos para la articulación del Plan Marco de Implementación del Acuerdo Final con los instrumentos de planeación, programación y seguimiento a políticas públicas del orden nacional y territorial	Inters
90	CONPES	3932	29	6	2018	3932_Anexo A_Plan de Acción y Seguimiento (PAS)	Inters
91	CONPES	3932	29	6	2018	3932_Anexo B_Plan Marco de Implementación (PMI)	Inters
92	CONPES	3931	22	6	2018	Política Nacional para la Reincorporación Social y Económica de Exintegrantes de las FARC-EP	Difer
93	CONPES	3931	22	6	2018	AnexoB_3931	Difer
94	CONPES	3931	22	6	2018	Anexo A. Plan de Acción y Seguimiento_3931	Difer
95	CONPES	3918	15	3	2018	Estrategia para la implementación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en Colombia	Inters
96	CONPES	3918	15	3	2018	Anexos Documento CONPES 3918	Inters
97	CONPES	3918	15	3	2018	Plan de Acción y Seguimiento (PAS)	Inters
98	CONPES	3917	7	2	2018	Áreas de referencia como insumo para la identificación de las Zonas de Interés de Desarrollo Rural, Económico y Social (Zidres)	Terr
99	CONPES	3915	16	1	2018	Lineamientos de política y estrategias para el desarrollo regional sostenible del Macizo colombiano	Terr
100	CONPES	3915	16	1	2018	PAS Documento CONPES 3915	Terr
101	CONPES	3914	5	1	2018	Modificación del Documento CONPES 3880 Declaración de importancia estratégica del proyecto de inversión Apoyo para fomentar el acceso con calidad a la educación superior a través de incentivos a la demanda en Colombia	Inters
102	CONPES	3908	7	11	2017	3908_Anexo_Plan de Acción y Seguimiento (PAS)	Inters
103	CONPES	3908	7	11	2017	Declaración de importancia estratégica del proyecto Construcción, adecuación y dotación de escenarios deportivos, recreativos, lúdicos y de actividad física en Colombia	Inters
104	CONPES	3895	8	8	2017	Contrato plan para la paz y el posconflicto entre la nación y el departamento de Meta	Terr
105	CONPES	3895	8	8	2017	3895_AnexoA.Matriz-de-proyectos	Terr
106	CONPES	3894	8	8	2017	Contrato plan para la paz y el posconflicto entre la nación y el departamento de Guaviare	Terr
107	CONPES	3894	8	8	2017	Contrato plan para la paz y el posconflicto entre la nación y el departamento de Guaviare	Terr
108	CONPES	3893	8	8	2017	Contrato plan para la paz y el posconflicto entre la nación y el departamento de Caquetá	Terr
109	CONPES	3889	16	6	2017	Declaración de importancia estratégica del proyecto Vías para el Chocó: Transversal Quibdó-Medellín y Transversal Central del Pacífico	Terr



110	CONPES	3887	30	5	2017	Distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones para la atención integral de la primera infancia, vigencia 2017	Difer
111	CONPES	3887	30	5	2017	3887 Anexo C. Distribución SGP para la primera infancia 2017	Difer
112	CONPES	3886	8	5	2017	Lineamientos de política y Programa Nacional de Pago por Servicios Ambientales para la construcción de paz y su Plan de Acción y Seguimiento (PSA)	Inters
113	CONPES	3885	8	5	2017	Contrato plan para la paz y el posconflicto entre la nación y los departamentos de Bolívar y Sucre	Terr
114	CONPES	3885	8	5	2017	3885 Anexo A. Matriz-de-proyectos	Terr
115	CONPES	3883	21	2	2017	3883_Anexo C. Informe de seguimiento del sector de alimentación escolar	Inters
116	CONPES	3883	21	2	2017	3883_Anexo D. Informe de seguimiento del sector de agua potable y saneamiento básico	Inters
117	CONPES	3883	21	2	2017	Adopción de la medida correctiva de asunción temporal de la competencia de la prestación de los servicios de salud, educación, alimentación escolar, y agua potable y saneamiento básico en el departamento de La Guajira, en aplicación del Decreto 028/2008	Terr
118	CONPES	3883	21	2	2017	3883_Anexo A. Informe de seguimiento del sector de salud	Terr
119	CONPES	3883	21	2	2017	3883_Anexo B. Informe de seguimiento del sector de educación	Terr
120	CONPES	3877	5	12	2016	Declaración de importancia estratégica del Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios (Sisbén IV)	Inters
121	CONPES	3877	5	12	2016	3877_Anexo_Plan de Acción y Seguimiento (PAS)	Inters
122	CONPES	3874	21	11	2016	Política Nacional para la Gestión Integral de Residuos Sólidos	Inters
123	CONPES	3871	3	11	2016	Declaración de importancia estratégica del proyecto construcción y ampliación de infraestructura para generación de cupos en los establecimientos de reclusión del orden nacional	Difer
124	CONPES	3870	24	10	2016	Programa nacional para la formulación y actualización de planes de ordenamiento territorial: POT Modernos	Inters
125	CONPES	3868	5	10	2016	Política de gestión del riesgo asociado al uso de sustancias químicas	Inters
126	CONPES	3868	5	10	2016	3868_Anexo_Plan de Acción y Seguimiento (PAS)	Inters
127	CONPES	3867	23	9	2016	Estrategia de preparación institucional para la paz y el posconflicto	Inters
128	CONPES	3867	23	9	2016	3867_Anexo-A_Plan de Acción y Seguimiento (PAS)	Inters
129	CONPES	3866	8	8	2016	Política Nacional de Desarrollo Productivo	Inters
130	CONPES	3866	8	8	2016	3866_Anexo_Plan de Acción y Seguimiento (PAS)	Inters



131	CONPES	3861	14	6	2016	Distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones para la atención integral de la primera infancia, vigencia 2016, y orientaciones para su inversión	Difer
132	CONPES	3861	14	6	2016	3861_Anexo A	Difer
133	CONPES	3859	13	6	2016	Política para la adopción e implementación de un catastro multipropósito rural-urbano	Terr
134	CONPES	3859	13	6	2016	3859_Anexo_Plan de Acción y Seguimiento (PAS)	Terr
135	CONPES	3858	3	6	2016	Modificación al documento CONPES 3750: importancia estratégica del proyecto apoyo financiero al plan de inversiones en infraestructura para fortalecer la prestación de los servicios de acueducto y alcantarillado en el municipio de Santiago de Cali	Inters
136	CONPES	3857	25	4	2016	Lineamientos de política para la gestión de la red terciaria	Inters
137	CONPES	3857	25	4	2016	3857_Anexo_Plan de Acción y Seguimiento (PAS)	Inters
138	CONPES	3855	11	4	2016	Adenda al Documento CONPES 3855	Inters
139	CONPES	3855	11	4	2016	Gestión eficiente de la demanda de energía en zonas no interconectadas: proyecto piloto archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	Inters
140	CONPES	3784	25	11	2013	Lineamientos de política pública para la prevención de riesgos, la protección y garantía de los derechos de las mujeres víctimas del conflicto armado	Inters
141	CONPES	161	12	3	2013	Equidad de género para las mujeres. Contribuir a garantizar el pleno goce de los derechos de las mujeres colombianas aplicando los principios de igualdad y no discriminación"	Inters

No.	TIPO DE DOCUMENTO	Norma que Ratifica	DÍA			DESCRIPCIÓN - EPÍGRAFE DEL DOCUMENTO	TEM.
1	Tratado ratificado por Colombia		5	3	2018	Protocolo de Nagoya-Kuala Lumpur	Nagoya – Kuala Lumpur s Compensación Suplemen Cartagena Sobre Segurida
2	Tratado ratificado por Colombia		16	8	2017	Convenio de Minamata	Convenio de Minamata so proteger la salud humana emisiones y liberaciones a compuestos de mercurio. materia de información pú fomento de la participaci capacidades.
3	Tratado ratificado por Colombia		4	11	2016	Acuerdo de París	Acuerdo de París [De la C Cambio Climático]
4	Tratado	Ley 1665 de 2013	16	7	2013	Estatuto de la Agencia Internacional de Energías Renovables	Se adopto por medio de la medio de la cual se aprue Agencia Internacional de E (Irena)", hecho en Bonn, A 2009.



5	Tratado		12	9	2006	Acuerdo entre la República de Colombia y la Organización para la Prohibición de las Armas Químicas sobre los Privilegios e Inmunities de a OPAQ	El Acuerdo entre la República de Colombia y la Organización para la Prohibición de las Armas Químicas sobre los Privilegios e Inmunities de a OPAQ, se incorporó por medio de la Ley 1605 DE 2006
6	Tratado ratificado por Colombia		16	2	2005	Protocolo de Kyoto	El Protocolo establece medidas para la reducción de las emisiones de gases de efecto invernadero para los países desarrollados, reconociendo que son los responsables de los elevados niveles de gases de efecto invernadero actualmente en la atmósfera. Adoptado por medio de la Ley 1159 DE 2004
7	Tratado ratificado por Colombia		24	2	2004	Convenio de Rotterdam	Convenio de Rotterdam Previa a Ciertos Plaguicidas Peligrosos Objeto de Comercio Internacional por objetivo promover la cooperación y los esfuerzos conjuntos del comercio internacional de plaguicidas químicos peligrosos a fin de proteger la salud humana y el medio ambiente. El convenio establece un procedimiento de consentimiento previo informado para la importación de productos químicos peligrosos. Ratificado por la Ley 1159 DE 2004
8	Tratado ratificado por Colombia		16	5	2004	Convenio de Estocolmo	Convenio de Estocolmo sobre Contaminantes Orgánicos Persistentes para la salud humana y el medio ambiente. El convenio requiere que las partes tomen medidas para eliminar o reducir la producción, importación, exportación y uso de COPs e incluir información al acceso a la información ambiental para la formación del público y la participación en el desarrollo de planes de acción. Ratificado por la Ley 1196 DE 2004
9	Tratado ratificado por Colombia		11	9	2003	Protocolo de Cartagena	Protocolo de Cartagena sobre Bioseguridad del Convenio sobre Diversidad Biológica. El Protocolo busca proteger la biodiversidad a través de la administración de organismos vivos modificados entre países de origen y países de destino que resulten de la aplicación de la biotecnología moderna y establece un procedimiento fundamentado previo para la toma de decisiones acerca de la importación de organismos vivos modificados a su territorio. Ratificado por la Ley 1159 DE 2004
10	Tratado	C-578/2002; Ley 742 DE 2002 y Decreto 2764 DE 2002	17	7	1998	Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional	El Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional acogido en el país por el Decreto 2764 DE 2002 y la Sentencia - C-578/2002; Ley 742 DE 2002
11	Tratado ratificado por Colombia		26	12	1996	UNCCD	Convención Internacional sobre Lucha contra la Desertificación en Los Países Áridos, Semiáridos o Desertificación grave o Desertificación grave. Ratificada por la Ley 1159 DE 2004
12	Tratado ratificado por Colombia		21	3	1994	CMNUCC	Convención Marco De Las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático. El objetivo del Convenio es estabilizar las concentraciones de gases de efecto invernadero en la atmósfera a un nivel que evite interferencias antropógenas peligrosas en el clima. La Convención establece un mecanismo para los esfuerzos intergubernamentales para enfrentar los desafíos provocados por el cambio climático. Ratificada por la Ley 1159 DE 2004



13	Tratado ratificado por Colombia		29	12	1993	CDB	Convenio sobre la Diversidad Biológica. En el Convenio se reconoce el papel que desempeña la mujer en la conservación y utilización sostenible de la diversidad biológica y afirma la necesidad de la participación de la mujer en todos los niveles de la formulación, ejecución de políticas encaminadas a la conservación de la diversidad biológica.
14	Tratado ratificado por Colombia		5	5	1992	Convenio de Basilea	Convenio de Basilea sobre Movimientos Transfronterizos de Residuos Peligrosos y su Eliminación. El objetivo es evitar los efectos perjudiciales de los movimientos transfronterizos de residuos peligrosos y la disminución de la generación de residuos y la promoción de la gestión adecuada de los desechos peligrosos y la promoción de la gestión adecuada de los movimientos transfronterizos de residuos peligrosos, y la aplicación de las disposiciones del Convenio para los movimientos transfronterizos de residuos peligrosos. Adoptado por la Ley 253 de 1992.
15	Tratado ratificado por Colombia		1	1	1989	Protocolo de Montreal	El Protocolo De Montreal que Agotan La Capa De Ozono. Su objetivo es aplicar límites a las actividades que destruyen la capa de ozono. El Protocolo contribuye tanto a la protección de la capa de ozono mundial contra el cambio climático como a la eliminación de la mayoría de las sustancias que destruyen la capa de ozono. Adoptado por el Protocolo de Montreal de 1987.
16	Tratado ratificado por Colombia		22	9	1988	Convenio de Viena	Convenio de Viena para la Protección de la Capa de Ozono. El Convenio tiene por objeto promover la cooperación a nivel nacional, regional, sistemática, investigación científica y tecnológica, información sobre el impacto de las actividades humanas en la capa de ozono y la adopción de medidas legislativas o administrativas que puedan prevenir, reducir o eliminar las actividades que puedan perjudicar la capa de ozono.
17	Tratado	LEY 29 DE 1988	5	5	1987	Convenio entre el Gobierno de la Republica de Colombia y el Centro Internacional de Agricultura Tropical	Se ratifica por medio de la Ley 29 de 1988, por medio de la cual se aprueba el Convenio entre el Gobierno de la República de Colombia y el Centro Internacional de Agricultura Tropical suscrito en Bogotá el 5 de febrero de 1987.
18	Tratado	Setencia C.-710/1998; Ley 438 DE 1998 y Decreto 246 DE 2011	30	7	1986	Convenio entre el Gobierno de la República de Colombia y la Universidad para la Paz para la Creación de un Centro Mundial de Investigación y Capacitación para la Solución de Conflictos	El tratado suscrito en Bogotá el 5 de febrero de 1986, por el cual se crea el Centro Mundial de Investigación y Capacitación para la Solución de Conflictos. El tratado es acogido por la Setencia C.-710/1998; Ley 438 de 1998 y el Decreto 246 de 2011.
19	Tratado	Ley 27 de 1986 y el Decreto 1034 DE 1987	2	9	1981	Convenio Complementario del Acuerdo Básico de Cooperación Técnica entre el Gobierno de la República de Colombia y el Gobierno de la República Federativa del Brasil, Sobre Cooperación Técnica, Científica y Tecnológica en el Área de Saneamiento Básico y Protección del Medio Ambiente	El Tratado se ratificó por medio de la Ley 27 de 1986 y el Decreto 1034 de 1987.



20	Tratado ratificado por Colombia		1	7	1975	CITES	Convención sobre el Comercio Internacional de Especies Amenazadas de Extinción. Tiene por objetivo velar por que el comercio internacional de especímenes silvestres no constituya un peligro para la supervivencia. Cerca de 30.000 especies animales y 30.000 especies vegetales incluidas en los tres apéndices. Por ende, amparadas por
21	Tratado	Ley 19 de 1959	22	7	1946	Constitución de la Organización Mundial de la Salud en el Marco de la Conferencia Internacional de la Salud de Naciones Unidas	Se aprueba la constitución de la Organización Mundial de la Salud por medio de la Ley 19 de 1959.
22	Tratado	Ley 2136 de 2021	26	12	1935	CONVENCIÓN SOBRE CONDICIONES DE LOS EXTRANJEROS	El Tratado se ratificó - por el Decreto 1000 de 1935 - y establece las definiciones para la reglamentación y control integral migratoria del extranjero. El Tratado dicta otras disposiciones.
23	Tratado	Ley 18 de 1913	18	7	1911	Acuerdos sobre patentes y privilegios de invención	el tratado se prueba por medio de la Ley 18 de 1913.
24	Convenio fundamental	C182	28	1	2005	C182 - Convenio sobre las peores formas de trabajo infantil, 1999 (núm. 182)	El Convenio deberá adoptar medidas eficaces para conseguir la eliminación de las peores formas de trabajo infantil con carácter de urgencia.
25	Convenio fundamental	C182	28	1	2005	C182 - Convenio sobre las peores formas de trabajo infantil, 1999 (núm. 182)	Adoptar medidas inmediatas para conseguir la prohibición y eliminación de las peores formas de trabajo infantil con carácter de urgencia.
26	Convenio fundamental	C138	2	2	2001	C138 - Convenio sobre la edad mínima, 1973 (núm. 138)	El Convenio se compromete a asegurar la admisión de los niños y elevar el nivel de admisión al empleo o a la formación profesional de modo que haga posible el más completo desarrollo mental de los menores.
27	Convenio fundamental	C087	16	11	1976	C087 - Convenio sobre la libertad sindical y la protección del derecho de sindicación, 1948 (núm. 87)	Convenio sobre la libertad sindical y el derecho de sindicación
28	Convenio fundamental	C098	16	11	1976	C098 - Convenio sobre el derecho de sindicación y de negociación colectiva, 1949 (núm. 98)	Convenio sobre el derecho de sindicación y negociación colectiva
29	Convenio fundamental	C111	4	4	1969	C111 - Convenio sobre la discriminación (empleo y ocupación), 1958 (núm. 111)	Convenio sobre la discriminación en el empleo y ocupación
30	Convenio fundamental	C029	4	3	1969	C029 - Convenio sobre el trabajo forzoso, 1930 (núm. 29)	el Convenio se obliga a suprimir, en la medida posible, el empleo del trabajo forzoso en todas sus formas.
31	Convenio fundamental	C100	7	6	1963	C100 - Convenio sobre igualdad de remuneración, 1951 (núm. 100)	Convenio sobre igualdad de remuneración. La remuneración comprende el salario ordinario, básico o mínimo, el emolumento en dinero o en especie, el pago al empleador, directa o indirectamente, y el concepto del empleo de hombre o mujer. La igualdad de remuneración masculina y la mano de obra de igual valor designa las remuneraciones fijadas sin discriminación.
32	Convenio fundamental	C105	7	6	1963	C105 - Convenio sobre la abolición del trabajo forzoso, 1957 (núm. 105)	Obliga a suprimir y a no hacer uso de trabajo forzoso u obligatorio.
33	Convenio De gobernanza (prioritarios)	C144	9	11	1999	C144 - Convenio sobre la consulta tripartita (normas internacionales del trabajo), 1976 (núm. 144)	El Convenio, la expresión "representativas" significa las organizaciones representativas de empleadores y trabajadores que gocen del derecho a la negociación colectiva.
34	Convenio De gobernanza (prioritarios)	C129	16	11	1976	C129 - Convenio sobre la inspección del trabajo (agricultura), 1969 (núm. 129)	Convenio sobre la inspección del trabajo (agricultura), 1969. A los fines del presente Convenio, la expresión "empresa agrícola" significa una empresa que se dedica a la agricultura, silvicultura, horticultura, tra



							productos agrícolas por el cualquier otra forma de ac
35	Convenio De gobernanza (prioritarios)	C081	13	11	1967	C081 - Convenio sobre la inspección del trabajo, 1947 (núm. 81)	El presente Convenio deb de inspección del trabajo industriales.
36	Convenio Técnico	C189	9	5	2014	C189 - Convenio sobre las trabajadoras y los trabajadores domésticos, 2011 (núm. 189)	se aplica a todos los traba trabajador doméstico des género femenino o género trabajo doméstico en el m trabajo
37	Convenio Técnico	C161	25	1	2001	C161 - Convenio sobre los servicios de salud en el trabajo, 1985 (núm. 161)	servicios de salud en el tra servicios investidos de fun preventivas y encargados a los trabajadores y a sus empresa <b>representantes de los tr</b> <b>empresa designa a las p</b> <b>como tales en virtud de</b> <b>práctica nacionales.</b>
38	Convenio Técnico	C162	25	1	2001	C162 - Convenio sobre el asbesto, 1986 (núm. 162)	se aplica a todas las activi trabajadores estén expues de su trabajo
39	Convenio Técnico	C151	8	12	2000	C151 - Convenio sobre las relaciones de trabajo en la administración pública, 1978 (núm. 151)	deberá aplicarse a todas por la administración públi les sean aplicables dispos otros convenios internacio
40	Convenio Técnico	C154	8	12	2000	C154 - Convenio sobre la negociación colectiva, 1981 (núm. 154)	Se aplica a todas las rama
41	Convenio Técnico	C174	9	12	1997	C174 - Convenio sobre la prevención de accidentes industriales mayores, 1993 (núm. 174)	tiene por objeto la preven mayores que involucren su limitación de las consecue accidentes.
42	Convenio Técnico	C167	6	9	1994	C167 - Convenio sobre seguridad y salud en la construcción, 1988 (núm. 167)	se aplica a todas las activi decir, los trabajos de edifi los trabajos de montaje y cualquier proceso, operac obras, desde la preparació conclusión del proyecto.
43	Convenio Técnico	C170	6	9	1994	C170 - Convenio sobre los productos químicos, 1990 (núm. 170)	se aplica a todas las rama en las que se utilizan prod
44	Convenio Técnico	C169	7	8	1991	C169 - Convenio sobre pueblos indígenas y tribales, 1989 (núm. 169)	(a) a los pueblos tribale independientes, cuyas cor culturales y económicas le sectores de la colectividad regidos total o parcialmen costumbres o tradiciones especial; (b) a los pueblos en paí considerados indígenas p de poblaciones que habita región geográfica a la que época de la conquista o la establecimiento de las act que, cualquiera que sea s conservan todas sus prop económicas, culturales y p adoptado por la Ley Ley 2
45	Convenio Técnico	C160	23	3	1990	C160 - Convenio sobre estadísticas del trabajo, 1985 (núm. 160)	se obliga a recoger, comp estadísticas básicas del tr recursos



46	Convenio Técnico	C159	7	12	1989	C159 - Convenio sobre la readaptación profesional y el empleo (personas inválidas), 1983 (núm. 159)	Deberá considerar que la profesional es la de permir obtenga y conserve un em en el mismo, y que se pro la reintegración de esta pe
47	Convenio Técnico	C006	13	4	1983	C006 - Convenio sobre el trabajo nocturno de los menores (industria), 1919 (núm. 6)	Convenio sobre el trabajo (industria), 1919
48	Convenio Técnico	C136	16	11	1976	C136 - Convenio sobre el benceno, 1971 (núm. 136)	e aplica a todas las activi trabajadores estén expues que contengan benceno
49	Convenio Técnico	C099	4	3	1969	C099 - Convenio sobre los métodos para la fijación de salarios mínimos (agricultura), 1951 (núm. 99)	obliga a establecer o a con adecuados que permitan f salarios para los trabajado empresas agrícolas y en c
50	Convenio Técnico	C101	4	3	1969	C101 - Convenio sobre las vacaciones pagadas (agricultura), 1952 (núm. 101)	Convenio sobre las vacac (agricultura), 1952
51	Convenio Técnico	C106	4	3	1969	C106 - Convenio sobre el descanso semanal (comercio y oficinas), 1957 (núm. 106)	el presente Convenio debe medio de la legislación na no se apliquen por organis de la fijación de salarios, p sentencias arbitrales o por esté de acuerdo con la pra apropiado habida cuenta c
52	Convenio Técnico	C030	4	3	1969	C030 - Convenio sobre las horas de trabajo (comercio y oficinas), 1930 (núm. 30)	Convenio sobre las horas (oficinas), 1930
53	Convenio Técnico	C052	7	6	1963	C052 - Convenio sobre las vacaciones pagadas, 1936 (núm. 52)	Convenio sobre las vacaci
54	Convenio Técnico	C095	7	6	1963	C095 - Convenio sobre la protección del salario, 1949 (núm. 95)	plica a todas las personas deba pagarse un salario.
55	Convenio Técnico	C001	20	6	1933	C001 - Convenio sobre las horas de trabajo (industria), 1919 (núm. 1)	Convenio sobre las horas
56	Convenio Técnico	C002	20	6	1933	C002 - Convenio sobre el desempleo, 1919 (núm. 2)	El presente Convenio com Internacional del Trabajo, posible, que no deberán e todos los datos estadístic disponibles sobre el desem cualquier información rela o en proyecto, destinadas desempleo. Siempre que deberán recogerse de ma comunicados dentro de lo expiración del período a q
57	Convenio Técnico	C003	20	6	1933	C003 - Convenio sobre la protección de la maternidad, 1919 (núm. 3)	Convenio sobre la protecc
58	Convenio Técnico	C011	23	6	1933	C011 - Convenio sobre el derecho de asociación (agricultura), 1921 (núm. 11)	El Convenio se obliga a a personas ocupadas en la derechos de asociación y trabajadores de la industri disposición legislativa o de efecto menoscabar dichos respecta a los trabajado
59	Convenio Técnico	C012	20	6	1933	C012 - Convenio sobre la indemnización por accidentes del trabajo (agricultura), 1921 (núm. 12)	El presente Convenio se c los asalariados agrícolas e reglamentos que tengan p víctimas de accidentes so trabajo o durante la ejecuc
60	Convenio Técnico	C013	20	6	1933	C013 - Convenio sobre la cerusa (pintura), 1921 (núm. 13)	El presente Convenio se c de las excepciones previsi empleo de cerusa, de sulfi otro producto que conteng trabajos de pintura interior excepción de las estacion establecimientos industria la cerusa, del sulfato de pl producto que contenga di declarado necesario por la



							competentes, previa consulta a las partes interesadas de empleador
61	Convenio Técnico	C014	20	6	1933	C014 - Convenio sobre el descanso semanal (industria), 1921 (núm. 14)	Sobre el descanso semanal
62	Convenio Técnico	C017	20	6	1933	C017 - Convenio sobre la indemnización por accidentes del trabajo, 1925 (núm. 17)	Se obliga a garantizar a la víctima del trabajo, o a sus derechos, indemnización cuyas condiciones sean iguales a las previstas en el presente Convenio.
63	Convenio Técnico	C018	20	6	1933	C018 - Convenio sobre las enfermedades profesionales, 1925 (núm. 18)	El Convenio se obliga a garantizar a los enfermos profesionales y a sus derechohabientes una indemnización que cubra los principios generales de su legislación, la indemnización por accidentes del trabajo y la indemnización por enfermedades profesionales.
64	Convenio Técnico	C019	20	6	1933	C019 - Convenio sobre la igualdad de trato (accidentes del trabajo), 1925 (núm. 19)	El Convenio se obliga a garantizar a cualquier otro Miembro que sea víctima de un accidente en el territorio de aquél, o a su mismo trato que otorgue a la víctima en materia de indemnización.
65	Convenio Técnico	C020	20	6	1933	C020 - Convenio sobre el trabajo nocturno (panaderías), 1925 (núm. 20)	Convenio sobre el trabajo nocturno
66	Convenio Técnico	C022	20	6	1933	C022 - Convenio sobre el contrato de enrolamiento de la gente de mar, 1926 (núm. 22)	El Convenio se aplica a todos los que dediquen a la navegación y que estén matriculados en el país de origen, o haya ratificado el presente Convenio armadores, capitanes y gente de buques.
67	Convenio Técnico	C023	20	6	1933	C023 - Convenio sobre la repatriación de la gente de mar, 1926 (núm. 23)	Convenio se aplica a todos los que dediquen a la navegación y que estén matriculados en el país de origen, o haya ratificado el presente Convenio armadores, capitanes y gente de buques.
68	Convenio Técnico	C024	20	6	1933	C024 - Convenio sobre el seguro de enfermedad (industria), 1927 (núm. 24)	el presente Convenio se aplica a todos los seguros de enfermedad obligatorios o a los menos equivalentes a las condiciones del presente Convenio.
69	Convenio Técnico	C025	20	6	1933	C025 - Convenio sobre el seguro de enfermedad (agricultura), 1927 (núm. 25)	el presente Convenio se aplica a todos los seguros de enfermedad obligatorios o a los menos equivalentes a las condiciones del presente Convenio.
70	Convenio Técnico	C026	20	6	1933	C026 - Convenio sobre los métodos para la fijación de salarios mínimos, 1928 (núm. 26)	mantener métodos que permitan determinar los salarios mínimos de los empleados en industrias o servicios (especialmente en las industrias o servicios que no exista un régimen de salarios, por medio de comités de salarios, y en las que los salarios sean excepcionalmente bajos.
71	Convenio		31	5	2012	Convenio complementario al acuerdo básico de cooperación técnica entre el gobierno de la República de Colombia y el gobierno de la República federativa del Brasil para la implementación del proyecto de investigación y desarrollo para la producción y control de calidad de productos biológicos en Colombia	Cooperación internacional



72	Convenio		26	10	2011	Convenio complementario al acuerdo básico de cooperación técnica entre la República de Colombia y la República Federativa del Brasil para la implementación del proyecto "apoyo técnico para el fortalecimiento de la política de seguridad alimentaria y nutricional de Colombia"	Cooperación internacional
73	Convenio		26	10	2011	Convenio complementario al acuerdo básico de cooperación técnica entre el gobierno de la República de Colombia y el gobierno de la República federativa del Brasil para la implementación del proyecto "ciudades intermedias y sustentables en Brasil y Colombia hacia la definición de estrategias compartidas para el desarrollo de un hábitat social en equilibrio con el territorio"	Cooperación internacional
74	Convenio		26	10	2011	Convenio complementario al acuerdo básico de cooperación técnica entre el Gobierno de la República de Colombia y el Gobierno de la República Federativa del Brasil para la implementación del proyecto "apoyo para la formulación del plan nacional para la prevención y erradicación de la explotación sexual de niños, niñas y adolescentes 2012-2018"	Cooperación internacional
75	Convenio	Número 514-009	22	1	2008	Convenio de donación del objetivo estratégico número 514-009 para reintegración exitosa de personas internamente desplazadas y apoyo a otros grupos vulnerables enmienda No. Cuatro entre el Gobierno de la República de Colombia y el Gobierno de los Estados Unidos de América	Cooperación internacional
76	Convenio	No. 514-010	29	9	2006	Convenio de Donación del Objetivo Estratégico Número 514-010 para Entorno Social y Económico Mejorado para los Procesos de Desmovilización Y Reintegración Enmienda Uno entre el Gobierno de la República de Colombia y el Gobierno de los Estados Unidos de América	Las partes celebraron un Acuerdo Marco Estratégico el 30 de agosto de 2006 para el "Entorno Social y Económico Mejorado para los Procesos de Desmovilización Y Reintegración (Programa)";
77	Convenio	Ley 1137 de 2007 y el Decreto 248 de 2011	6	4	2005	Convenio entre el Gobierno de la República de Colombia y el Gobierno de la República Popular China sobre Cooperación Fitosanitaria	Promulga el "Convenio entre el Gobierno de la República de Colombia y el Gobierno de la República Popular China sobre Cooperación Fitosanitaria" hecho en Beijing el 6 de agosto de 2005 mediante la Ley 1137 de 2007
78	Convenio		20	2	2004	Convenio Complementario del Convenio Básico de Cooperación Técnica y Científica entre el Gobierno de la República de Colombia y el Gobierno de la República del Perú Relativo al Intercambio de Experiencias sobre Formación Profesional y Competencia Laboral	Cooperación internacional
79	Convenio	33-2004	23	1	2004	Convenio para el Acompañamiento al Proceso de Paz en Colombia	Convenio entre el Gobierno de la República de Colombia y la Secretaría de Estado de los Estados Unidos Americanos para el Acompañamiento al Proceso de Paz en Colombia



80	Convenio		21	5	2003	Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT OMS)	El objetivo de este Convenio es proteger a las generaciones futuras contra las devastadoras consecuencias sociales, ambientales y económicas del tabaco y de la exposición a los carcinógenos proporcionando un marco de control del tabaco que habilita el control nacional, regional e internacional y reducir de manera continua la prevalencia del consumo de humo de tabaco Ratificado por la Sentencia 1109 de 2006
81	Convención	Ley 12 de 1991	22	1	1991	La Convención sobre los Derechos del Niño	La Convención sobre los Derechos del Niño adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989 y ratificada por el Congreso mediante la Ley 12 de 1991
82	Convención	Leyes 984 /2005-4685/2007-1257/2008	3	9	1981	Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer - CEDAW	Considerando que la Carta de las Naciones Unidas reafirma la fe en los derechos fundamentales, en la dignidad de la persona humana y en la igualdad de los hombres y mujeres
83	Acuerdo	No.DCI-ALA/2010/022-248	15	9	2016	ADDENDUM No.2 al Convenio de Financiación No.DCI-ALA/2010/022-248 nuevos territorios de paz	Cooperación internacional
84	Acuerdo		25	5	2015	Acuerdo entre la república de Colombia y la república del Perú para la prevención, investigación, persecución del delito de la trata de personas y para la asistencia y protección a sus víctimas	Las Partes tendrán como política y estratégico las actividades de cooperación conjunta, para la investigación, persecución de las personas y la asistencia y del mismo. Para tal efecto, las Partes se comprometen a la conformidad con su derechos y obligaciones derivadas de los instrumentos internacionales de los cuales son parte, a través del intercambio de información y actividades de investigación y cooperación bilateral establecida por las Naciones Unidas con la Organización Transnacional para prevenir, reprimir y sancionar la trata de Personas, especialmente
85	Acuerdo		16	9	2014	Acuerdo entre el Gobierno de la Republica de Colombia y el Gobierno de la Republica de Costa Rica Complementario al Convenio de Cooperación Técnica y Científica para el Establecimiento de un Programa de Fortalecimiento Social y Apoyo a la Paz	Las partes Contratantes se comprometen a fomentar, con base en el presente programa de Cooperación Técnica y Científica, la conformidad Con los objetivos económicos y social
86	Acuerdo		22	3	2005	Canje de notas que constituye un acuerdo complementario al acuerdo básico de cooperación técnica entre el Gobierno de la República de Colombia y el Gobierno de la República Federativa del Brasil para la salud en la frontera	Cooperación internacional
87	Acuerdo		26	8	2004	Acuerdo entre la República de Colombia y la República de Venezuela Complementario al Convenio Básico de Cooperación Técnica y Científica entre la República de Colombia y la República de Venezuela Suscrito el 4 de abril 1989 para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud en las Áreas Fronterizas	Cooperación internacional



88	Acuerdo		9	5	2002	Canje de notas que constituye un acuerdo sobre el proyecto "Reducción de los impactos ambientales causados por la minería a pequeña escala en Bucaramanga" entre el gobierno de la República de Colombia y el gobierno de la República federal de Alemania.	Cooperación internacional
89	Acuerdo		21	10	1997	Canje de Notas que Constituyen un Acuerdo sobre el Proyecto "Plan de Prevención y Protección Contra Incendios Forestales de Colombia" entre el Gobierno de la Republica de Colombia y el Gobierno de la República Popular de China	Cooperación internacional
90	Acuerdo		2	3	1993	Acuerdo administrativo entre el gobierno de la República de Colombia y el Gobierno del Reino de los Países Bajos relativo al proyecto "Fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud"	Cooperación internacional Los fines de este acuerdo objetivos previstos por el "Acuerdo técnica entre la República de Colombia los Países Bajos" suscrito en la ciudad de artículo xii establece "este acuerdo entrara en vigencia en la fecha en que perjuicio de las actividades de cooperación adelantadas previamente al inicio del del periodo mencionado e independientemente este acuerdo o bien en la fecha en que haya terminado cualquiera de las partes tarde se presente". No obstante lo anterior establezca la terminación del acuerdo
91	Acuerdo		7	12	1992	Canje de notas que constituye un acuerdo sobre la entrada sin visa al país a los extranjeros que ingresen sin ánimo de establecerse en Colombia entre el gobierno de la república de Colombia y el gobierno de la Republica de Paraguay	Bilateral - Visas
92	Acuerdo		31	5	1988	Protocolo colombo-español de asistencia técnica en el sector de la infraestructura sanitaria y de obras públicas en programas de integración popular. Hecho en Madrid.	Acuerdo Colombia - España
93	Acuerdo	Decreto 488 de 1987	20	5	1987	Acuerdo complementario del convenio básico de cooperación técnica y científica entre el gobierno de la República de Colombia y el gobierno de la republica de chile sobre educación y capacitación a distancia	Ratificado por el Decreto 488 de 1987
94	Protocolo		27	8	1998	Protocolo de Kioto	Convención marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático
95	Protocolo	Ley 985 de 2005	9	12	1998	Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños, que complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional	Adoptado por medio de la Ley 985 de 2005
96	Declaración		14	6	1992	Declaracion de Rio	Declaración de Río sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo
97	Declaración		16	6	1972	Declaración de Estocolmo sobre el medio ambiente humano	Declaración de Estocolmo sobre el Medio Ambiente Humano Adopción: Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente Humano
98	Reglamento				2005	Reglamento Sanitario Internacional	La finalidad y el alcance del Reglamento es prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger a las personas de las enfermedades, proteger a las comunidades de las enfermedades y controlarlas y darle una respuesta proporcionada y estricta para la salud pública y evitando al mismo tiempo el comercio internacional de bienes



							innecesarias con el tráfico internacionales
99	sentencia	T-045	2	2	2010	Destaca la necesidad de una atención psicosocial para la prestación integral de los servicios de salud dadas las necesidades y particularidades, en especial a los impactos generados a la exposición de eventos traumáticos de las víctimas del conflicto armado	prestación de los servicios valoración médica especial que incluya tanto el diagnóstico profesionales en salud mental (psiquiatras) como salud física profesionales expertos en víctimas, para lo cual puede cualquiera de las organizaciones presente proceso, para de y el tratamiento a seguir e estos profesionales deber continuo al estado de salud afectadas hasta que se re normales de salud.
100	Sentencia	C-864	3	9	2008		Señala que "existen dentro como realidades fácticas, ciertas condiciones que de un grupo culturalmente diverso "protección constitucional" como un pueblo tribal objeto Convenio 169 de la OIT.
101	Sentencia	T-025	22	12	2004	Declara la existencia de un Estado de cosas institucionales para la población desplazada, e impartió ordenes encaminadas a superar la vulneración masiva y continua de los derechos la Víctimas del Conflicto Armado en Colombia.	DECLARAR la existencia inconstitucional en la situa desplazada debido a la fal gravedad de la afectación reconocidos constitucional la ley, de un lado, y el volu efectivamente destinado a de tales derechos y la cap implementar los correspon constitucionales y legales.
102	Sentencia	T-1340/01	11	12	2001	Cupos Especiales de Acceso a Universidad de Miembros de Comunidades Indígenas - Constitucionalidad	La Constitución de 1991, especial del Estado a favor indígena, mediante ésta, s todos los derechos que se ciudadanos, prohibiendo o discriminación en su contr de proteger la diversidad o ciertos derechos radicados ente colectivo, esto con el material en favor de este q proteger la igualdad ante cultural de la Nación. El p étnica y cultural, sustenta cupo a su favor, pues la c indígenas es diferente de colombianos, particularme religión y costumbres e igu tratamiento especial otorg Universidad de Nariño es recoge el singular tratamie del Estado a favor de la d cual lejos de ser violatorio Constitución Política, se a teleológicamente su búsq favor de regiones margina patria- y en pro del enrique Nación Colombiana
103	Recomendación General	Recomendación general N° 27	16	8	2000	Recomendación General No. 27 - Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial - Naciones Unidas	Recomendación general N Eliminación de la Discriminación de los roma sesiones, U.N. Doc. HRI/C



104	Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera	Punto 5	12	11	2016	Punto 5 del "Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera"	señala que "Las víctimas t resarcidas por los daños o conflicto. Restablecer los o transformar sus condicione fin del conflicto es parte fu construcción de la paz est numeral 5.1.3.4, se hace n del Estado de garantizar la Psicosocial, con medidas a nivel individual (Punto 5. Nacional de Rehabilitación Convivencia y la No Repe Nacional de Rehabilitación objetivo es aumentar la cc elevar la calidad de las es comunitaria para la recons (Punto 5.1.3.4.2.).
105	ODS	ODS	25	9	2015	Objetivos de Desarrollo Sostenible (2015)	Lideres mundiales adopta objetivos globales para er el planeta y asegurar la pr parte de una nueva agenc Cada objetivo tiene metas alcanzarse en los próximo



## Anexo 2. Prioridades y Metas por Momento de Curso de Vida.

Curso de vida	Metas	Indicador
Transversal	A 2031, el 100% de las personas que acceden a servicios de salud reciben educación y comunicación en salud para el ejercicio de una sexualidad libre, placentera y autónoma, sin discriminación o violencia, la superación de las barreras de acceso a servicios de salud y la identificación de signos de alarma.	Proporción de personas que cumplen con un ciclo educativo grupal por momento de curso de vida
Materno perinatal	A 2031, se logra que el 95% de las madres gestantes ingresan a control prenatal	Número de Mujeres en gestación que inician el CPN antes de la semana 10/Número de mujeres en gestación que inician al CPN * 100
	A 2031, aumentar el 80% del uso de métodos modernos de anticoncepción en mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años).	Proporción de mujeres con provisión de método anticonceptivo postparto o postaborto antes del alta
Primera infancia	A 2031, se logra que el 95% de los recién nacidos accedan a valoración integral y adaptación neonatal completa	Resolución 202 de 2021 permite hacer seguimiento a la cobertura de tamización, así como el resultado de la tamización de 4 líneas: i) Cobertura de tamizaje de hipotiroidismo; ii) Cobertura de tamizaje para cardiopatía congénita; iii) Cobertura de tamizaje visual; iv) Cobertura de tamizaje para auditivo (esta última en progresividad para RN con menor riesgo de hipoacusia)
		Proporción de recién nacidos con atención para el seguimiento entre 3 y 5 días.
		Cobertura de vacunación de BCG en niños y niñas recién nacidos
Primera infancia	A 2031, el 100% de los Niños y niñas se desarrollan adecuadamente desde el punto de vista físico-motor, socio-emocional y cognitivo. teniendo en cuenta su singularidad y diversidad	Tasa de mortalidad perinatal y Tasa de mortalidad neonatal tardía. Tasa de incidencia de sífilis congénita. Porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer Metas de resultados de impacto como: i) Tasa de mortalidad en la niñez; ii) Tasa de mortalidad infantil y iii) Tasa ajustada de mortalidad infantil
		Porcentaje de niñas y niños con consulta de crecimiento y desarrollo Cobertura de personas con atención por enfermería, medicina general o especializada de acuerdo al esquema definido por momento de curso de vida.  Proporción de niñas y niños en primera infancia con desarrollo esperado o normal para la edad



	<p>A 2031, el 100% de Niños y niñas tendrán adecuado estado nutricional de acuerdo a su edad</p>	<p>Porcentaje de niñas y niños con adecuado estado nutricional</p> <p>Existen varios indicadores asociados a este resultado, están priorizados para el seguimiento a la implementación de las RPMS y RIAMP los siguientes indicadores asociados a resultados de impacto:</p> <p>i) Proporción de menores de 5 años con Peso Adecuado para la Talla; ii) Proporción de menores de 5 años con Talla Adecuada para la Edad y iii) Proporción de personas con índice de masa corporal normal</p>
	<p>A 2031, el 100% de las niñas y niños con condiciones óptimas de salud visual</p>	<p>Porcentaje de niñas y niños con tamizaje de agudeza visual</p> <p>Actualmente la valoración de agudeza visual se realiza desde los 3 años de edad y hace parte de la consulta por profesional para la valoración integral. El registro de resultado está definido en Resolución 202 de 2021 como i) agudeza visual lejana ojo derecho y ii) agudeza visual ojo izquierdo. En caso que se defina hacer seguimiento, establecer si se refiere a niños y niñas en primera infancia, infancia o ambas.</p>
	<p>A 2031, el 100% de los Niños y niñas con adecuado estado de salud bucal sin daño o pérdida de dentición por enfermedades prevenibles</p>	<p>Porcentaje de niños y niñas que asisten por lo menos a dos valoraciones de salud bucal al año Cobertura de personas con valoración de la salud bucal de acuerdo al esquema definido por momento de curso de vida</p>
	<p>A 2031, el 100% de los niños que acceden a servicios de salud tienen una Identificación temprana de alteraciones en el recién nacido</p>	<p>Porcentaje de recién nacidos con TSH</p> <p>La fuente establecida por la Resolución 202 de 2021 permite hacer seguimiento a la cobertura de tamizaje así como el resultado del tamizaje en sus 4 líneas: i) Cobertura de tamizaje de hipotiroidismo; ii) Cobertura de tamizaje para cardiopatía congénita; iii) Cobertura de tamizaje visual; iv) Cobertura de tamizaje para auditivo (esta última en progresividad para RN con menor riesgo de hipoacusia)</p>
	<p>A 2031, el 100% de los recién nacidos con consulta de recién nacido a las 72 horas posteriores al nacimiento</p>	<p>Proporción de recién nacidos con atención para el seguimiento entre 3 y 5 días.</p>
	<p>A 2031, el 100% de niñas y niños que acceden a servicios de salud, reciben información, educación y comunicación en el fomento de factores protectores hacia estilos de vida saludable</p>	<p>Proporción de personas que cumplen con un ciclo educativo grupal por momento de curso de vida</p>



Transversal	A 2031, el 100% de las IPS tendrán historia clínica electrónica, interoperable	Numero de Instituciones prestadoras de salud con historia clínica única electrónica interoperable
	A 2031, el 100% de los programas integrales de atención incorporan acciones que promuevan el autocuidado en salud	Número de programas con procesos de autocuidado  Especificar indicador y vincularlo a las intervenciones hoy definidas para todo el curso de la vida en el marco de la RPMS
	A 2031, el sistema de vigilancia en salud pública estará integrado e implementado en el 100% de las ET	Evaluación la gestión de las instituciones en relación a la vigilancia en salud pública
	A 2031, el 100% de las EAPB habrán implementado las RIA	% de EAPB que estén implementando las RIA
Infancia	A 2031, se logra que el 95% de los recién nacidos accedan a valoración integral	Porcentaje de recién nacidos con TSH
		Cobertura de vacunación de BCG en niños y niñas recién nacidos
		Tasa de mortalidad neonatal
	A 2031, el 100% de los Niños y niñas se desarrollan adecuadamente desde el punto de vista físico-motor, socio-emocional y cognitivo. teniendo en cuenta su singularidad y diversidad	Cobertura de personas con atención por enfermería, medicina general o especializada de acuerdo al esquema definido por momento de curso de vida.
	A 2031, el 100% de Niños y niñas tendrán adecuado estado nutricional de acuerdo a su edad	Porcentaje de niñas y niños con adecuado estado nutricional
	A 2031, el 100% de las niñas y niños con condiciones óptimas de salud visual	Porcentaje de niñas y niños con tamizaje de agudeza visual
	A 2031, el 100% de los Niños y niñas con adecuado estado de salud bucal sin daño o pérdida de dentición por enfermedades prevenibles	Porcentaje de niños y niñas que asisten por lo menos a dos valoraciones de salud bucal al año
	A 2031, el 100% de niñas y niños que acceden a servicios de salud, reciben información, educación y comunicación en el fomento de factores protectores hacia estilos de vida saludable	Proporción de niñas y niños que reciben información, educación y comunicación en el fomento de factores protectores hacia estilos de vida saludable
Adolescencia	A 2031, el 100% de los adolescentes se desarrollan adecuadamente desde el punto de vista físico-motor, socio-emocional y cognitivo. teniendo en cuenta su singularidad y diversidad	Cobertura de personas con atención por enfermería, medicina general o especializada de acuerdo al esquema definido por momento de curso de vida. Esto aplica en todos los momentos de curso de vida desde primera infancia hasta vejez
	A 2031, el 100% de los adolescentes tendrán adecuado estado nutricional de acuerdo a su edad	Porcentaje de adolescentes con adecuado estado nutricional
	A 2031, el 100% de los adolescentes con condiciones óptimas de salud visual	Porcentaje de adolescentes con tamizaje de agudeza visual



	A 2031, el 100% de los adolescentes con adecuado estado de salud bucal sin daño o pérdida de dentición por enfermedades prevenibles	Cobertura de personas con valoración de la salud bucal de acuerdo al esquema definido por momento de curso de vida
	A 2031, el 100% de los adolescentes que acceden a servicios de salud, reciben información, educación y comunicación en el fomento de factores protectores hacia estilos de vida saludable	Proporción de personas que cumplen con un ciclo educativo grupal por momento de curso de vida
Adultos	A 2031, el 85% de los adultos habrán accedido a una consulta al año para detección temprana de alteraciones en su estado de salud	Cobertura de personas con atención por enfermería, medicina general o especializada de acuerdo al esquema definido por momento de curso de vida. Esto aplica en todos los momentos de curso de vida desde primera infancia hasta vejez
	A 2031, el 70% de los adultos habrán accedido a una consulta de valoración de la salud bucal anual	Cobertura de personas con valoración de la salud bucal de acuerdo al esquema definido por momento de curso de vida
	A 2031, el 60% de los adultos habrán accedido a una consulta de oftalmología anual	Porcentaje de personas mayores de 40 años con al menos una consulta anual por oftalmología u optometría  La valoración de la salud visual se realiza en el marco de la consulta por profesional para la valoración integral (donde entre otras se mide agudeza visual). El registro de resultado está definido en Resolución 202 de 2021 como i) agudeza visual lejana ojo derecho y ii) agudeza visual lejana ojo izquierdo.
	A 2031, el 95% de los adultos usarán un método de planificación familiar	Porcentaje de adultos con suministro de método de planificación familiar Proporción de personas en edad fértil, atendidas en los servicios de salud con suministro de métodos anticonceptivos modernos.
	A 2031, el 100% de los adultos que accedan a servicios de salud serán tamizados para detectar alteraciones de la salud mental	Proporción de adultos tamizados para detección de alteraciones en salud mental
	A 2031, el 100% de los adultos que acceden a servicios de salud, reciben información, educación y comunicación en el fomento de factores protectores hacia estilos de vida saludable	Proporción de adultos que reciben información, educación y comunicación en el fomento de factores protectores hacia estilos de vida saludable



Vejez	A 2031, el 95% de los adultos mayores habrán accedido a una consulta al año para detección temprana de alteraciones en su estado de salud	<p>Porcentaje de adultos mayores con al menos una consulta anual para detección temprana de alteraciones en su estado de salud</p> <p>El esquema de atención por cada momento de curso de vida es diferente. El indicador está definido como: Cobertura de personas con atención por enfermería, medicina general o especializada de acuerdo al esquema definido por momento de curso de vida. Esto aplica en todos los momentos de curso de vida desde primera infancia hasta vejez</p>
	A 2031, el 85% de los adultos mayores habrán accedido a una consulta de valoración de la salud bucal anual	Cobertura de personas con valoración de la salud bucal de acuerdo al esquema definido por momento de curso de vida
	A 2031, el 85% de los adultos mayores habrán accedido a una consulta de valoración de la capacidad funcional	Actualmente están definidos como indicadores de RPMS los siguientes: i) Proporción de adultos mayores que conservan sus habilidades cognitivas; ii) Personas adultas mayores que conservan su independencia funcional y ii) Proporción de adultos mayores que conservan su autonomía. Esto requiere un ajuste en fuente, ya que, aunque son instrumentos obligatorios (que deben aplicarse en cada consulta de valoración integral en la vejez) no tienen fuente actualmente. Estos están vinculados a los resultados de impacto: Personas adultas mayores que conservan las habilidades cognitivas y Personas adultas mayores que conservan la independencia funcional
	A 2031, el 85% de los adultos mayores habrán accedido a una consulta de oftalmología anual	<p>Porcentaje de adultos mayores años con al menos una consulta anual por oftalmología u optometría</p> <p>La valoración de la salud visual se realiza en el marco de la consulta por profesional para la valoración integral (donde entre otras se mide agudeza visual). El registro de resultado está definido en Resolución 202 de 2021 como i) agudeza visual lejana ojo derecho y ii) agudeza visual ojo izquierdo.</p>
	A 2031, el 85% de los adultos mayores habrán accedido a una consulta de valoración auditiva anual	Porcentaje de adultos mayores años con al menos una valoración auditiva anual

### Anexo 3. Metas por Prioridades de Eventos en Salud Pública

#### Metas Cardiovascular y Metabólica



Evento en salud	DALYS 2019 (% del total)	Meta DALYS 2031	Prevalencia 2019	Meta Prevalencia 2031	Mortalidad 2019	Meta Mortalidad 2031
Hipertensión arterial	-	-	7,23	A 2031 Colombia reducirá la prevalencia de Hipertensión Arterial en 12% en 10 años	-	-
Diabetes Mellitus (Prevalencia)	4,13	A 2031 Colombia reducirá en 19.1% los DALYS atribuidos a Diabetes Mellitus tipo 2	0,093	A 2031 Colombia reducirá la prevalencia de Diabetes mellitus en 11% en 10 años	2,86	A 2031, A 2031 Colombia reducirá la mortalidad prematura por diabetes mellitus en un 25% en la población de 30 a 70 años
Enfermedad renal crónica	2,26	A 2031 Colombia reducirá en 10.0% los DALYS atribuidos a enfermedad renal crónica	0,0056	A 2031 Colombia reducirá la prevalencia de Enfermedad renal crónica en 4% en 10 años	3,85	A 2031 Colombia reducirá en 15% la mortalidad por enfermedad renal crónica
Cardiopatía hipertensiva	0,71	A 2031 Colombia reducirá en 13.2 % los DALYS atribuidos a cardiopatía hipertensiva	0,17		2,22	A 2031 Colombia reducirá en 20% la mortalidad por cardiopatía hipertensiva
Enfermedad isquémica del corazón	6,21	A 2031 Colombia reducirá en 7.4% los DALYS atribuidos a enfermedad isquémica del corazón	0,000053		16,92	A 2031 Colombia reducirá en 4% la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón
Evento Cerebrovascular	3,02	A 2031 Colombia reducirá en 7.2% los DALYS atribuidos a evento cerebrovascular	0,000048		6,87	A 2031 Colombia reducirá en 5% la mortalidad por evento cerebrovascular

### Cáncer

Evento en salud	DALYS 2019 (% del total)	Meta DALYS 2031	Prevalencia	Meta	Mortalidad 2019	Meta Mortalidad 2031
Cáncer de colon y recto (detección temprana)	1,01	A 2031 Colombia reducirá en 9.8% los DALYS atribuidos a cáncer de colon y recto			2,08	A 2031 Colombia reducirá en 11% la mortalidad por cáncer de colon y recto



Cáncer de cuello uterino (detección temprana)	0,64	A 2031 Colombia reducirá en 3.7% los DALYS atribuidos a cáncer de cuello uterino		0,97	A 2031 Colombia reducirá la mortalidad por cáncer de cuello uterino a 5,3 por 100.000.
Cáncer de mama (detección temprana)	0,88	A 2031 Colombia reducirá en 9% los DALYS atribuidos a cáncer de mama		1,38	A 2031 Colombia reducirá en 3% la mortalidad por cáncer de mama
Cáncer de próstata (detección temprana)	0,65	A 2031 Colombia reducirá en 11.6% los DALYS atribuidos a cáncer de próstata		1,81	A 2031 Colombia reducirá en 12% la mortalidad por cáncer de próstata
Cáncer de pulmón	1,18	A 2031 Colombia reducirá en 8.6% los DALYS atribuidos a cáncer de pulmón		2,57	A 2031 Colombia reducirá en 7% la mortalidad por cáncer de pulmón
Melanoma	0,1	A 2031 Colombia reducirá en 8.7% los DALYS atribuidos a cáncer de melanoma		0,18	A 2031 Colombia reducirá en 7% la mortalidad por cáncer de melanoma
Leucemias	0,77			0,89	
Linfoma Hodgkin	0,058			0,073	
Linfoma no Hodgkin	0,39	A 2031 Colombia reducirá en 4% los DALYS atribuidos a linfoma no Hodgkin		0,61	
Cáncer de cerebro y SNC	0,42			0,53	
Cáncer gástrico	1,33			2,74	
Cáncer de tiroides	0,081	A 2031 Colombia reducirá en 7.3% los DALYS atribuidos a cáncer de tiroides		0,16	A 2031 Colombia reducirá en 8% la mortalidad por cáncer de tiroides
Cáncer de piel no melanoma	0,087	A 2031 Colombia reducirá en 10.5% los DALYS atribuidos a cáncer de piel no melanoma		0,25	A 2031 Colombia reducirá en 15% la mortalidad por cáncer de piel no melanoma

### Salud Mental, Consumo De Sustancias Psicoactivas Y Epilepsia

Evento en salud	DALYS 2019 (% del total)	Meta DALYS 2031	Prevalencia 2019	Meta Prevalencia 2031	Mortalidad 2019	Meta Mortalidad 2031
Trastorno de ansiedad	1,95	A 2031 Colombia reducirá en 11.6% los DALYS atribuidos a Trastorno de ansiedad	0,037	A 2031 Colombia reducirá la prevalencia de último año de Trastorno depresivo en 4% en 10 años	0,05	
Enfermedad de Alzheimer y otras demencias	1,62	A 2031 Colombia reducirá en 15.4% los DALYS atribuidos a Enfermedad de	0,0063		5,56	



		Alzheimer y otras demencias				
Depresión	1,63	A 2031 Colombia reducirá en 4.3% los DALYS atribuidos a Depresión	0,013			
Trastornos por consumo de alcohol	0,98	A 2031 Colombia reducirá en 4.7% los DALYS atribuidos a Trastornos por consumo de alcohol		A 2031 Colombia reducirá en 10% la prevalencia último año del consumo de alcohol en población escolar.	0,05	A 2031, disminuir la tasa de mortalidad por suicidio y lesiones autoinfligidas a 5,0 por 100.000 habitantes.
Epilepsia	0,89	A 2031 Colombia reducirá en 0.9% los DALYS atribuidos a Epilepsia	1,3	A 2031 Colombia reducirá la prevalencia de Epilepsia en 33% en 10 años	0,26	
Esquizofrenia	0,81	A 2031 Colombia reducirá en 4.8% los DALYS atribuidos a Esquizofrenia	0,0029			
Trastorno bipolar	0,71	A 2031 Colombia reducirá en 2.3% los DALYS atribuidos a Trastorno bipolar				
Otros trastornos mentales	0,48	A 2031 Colombia reducirá en 4.8% los DALYS atribuidos a Otros trastornos mentales				
Enfermedad de Parkinson	0,28	A 2031 Colombia reducirá en 12.2% los DALYS atribuidos a Enfermedad de Parkinson			0,79	
Otros trastornos neurológicos	0,26	A 2031 Colombia reducirá en 3.1% los DALYS atribuidos a Otros trastornos neurológicos			0,13	
Trastornos de la alimentación	0,2	A 2031 Colombia reducirá en 3.9% los DALYS atribuidos a Trastornos de la alimentación				



Consumo de tabaco	45	A 2031 Colombia reducirá en 15% los DALYS atribuidos a la prevalencia de consumo de tabaco (incluir)	0,097	A 2031 Colombia reducirá a menos del 5% la prevalencia de último año del consumo de tabaco en la población general.		
Trastorno por consumo de drogas	0,54		7,97	A 2031 Colombia reducirá en 10% la prevalencia de último año del consumo de marihuana en población escolar.	0,051	A 2031 Colombia reducirá en 10% la mortalidad por Trastorno por consumo de drogas

### Enfermedad respiratoria crónica

Evento en salud	DALYS 2019 (% del total)	Meta DALYS 2031	Prevalencia 2019	Meta Prevalencia 2031	Mortalidad 2019	Meta Mortalidad 2031	Incidencia 2019
EPOC	2,47	A 2031 Colombia reducirá en 8.8 % los DALYS atribuidos a EPOC	0,029		6,63	A 2031 Colombia reducirá en 11% la mortalidad por EPOC  A 2031 Colombia reducirá en 20% la mortalidad prematura en personas de 30 a 70 años por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores.	
Asma	0,59		0,035	A 2031 Colombia reducirá en 2% la prevalencia de asma	0,11		

### Salud Bucal, Visual, Auditiva

Evento en salud	DALYS 2019 (% del total)	Meta DALYS 2031	Otras metas



Pérdida auditiva relacionada con la edad	2,26	A 2031 Colombia reducirá en 8.7 % los DALYS atribuidos a pérdida auditiva relacionada con la edad	
Trastornos en cavidad oral			A 2031, incrementar en el 20% la población del país sin caries, con énfasis en la primera infancia, niñez y adolescencia Índice de Caries Dental (COP=0).
			A 2031, incrementar en el 20% la población mayor de 18 años sin pérdida dental por enfermedad bucodental prevenible.
Ceguera y pérdida de la visión	1,33	A 2031 Colombia reducirá en 13.1% los DALYS atribuidos a ceguera	

### Alteraciones Asociadas a la Alimentación

Evento en salud	Línea base	Otras metas
Retraso en talla	10.2% (ENSIN 2015)	A 2031, disminuir la prevalencia por retraso en talla en menores de 5 años.
Mortalidad asociada a desnutrición aguda	DANE 2020 6,72 x 100000 niños menores de 5 años	A 2031, disminuir la tasa de mortalidad asociada a desnutrición aguda en menores de 5 años a <b>5 muertes por cada 100 mil menores</b> de 5 años.
	32 departamentos y 12 distritos	A 2031, contribuir con la implementación plan de acción intersectorial para la garantía progresiva del derecho humano a la alimentación.
Anemia	Anemia en niños y niñas de 6 a 59 meses afecta al 27,5%, sin embargo, el grupo de 6 a 11 meses es el más afectado con una cifra que asciende casi al 60%	A 2031, reducir en un 30% de la anemia en los niños, niñas menores de 5 años
Alteraciones nutricionales		A 2031, Incrementar el porcentaje de la ingesta total de energía proveniente de alimentos mínimamente procesados
Alteraciones nutricionales	36,1% (Ensin 2015)	A 2031, el 50% de los niños menores de 6 meses tienen lactancia materna exclusiva



Alteraciones nutricionales	36,5% (Ensin 2015)	A 2031, el 50% de los niños entre 6 a 23 meses reciben una dieta mínima aceptable
Alteraciones nutricionales		A 2031, Colombia logrará revertir la tendencia al aumento en el exceso de peso en todos los momentos de curso de vida
Enfermedades transmitidas por alimentos		A 2031, realizar el 100% de las acciones de inspección, vigilancia y control (IVC) en establecimientos de población confinada y especial, así como en establecimientos priorizados por enfoque de riesgo dedicados a la fabricación, preparación y comercialización de alimentos y bebidas a nivel nacional.
Enfermedades transmitidas por alimentos		A 2031, desarrollar e implementar la estrategia de información, comunicación y educación en alimentos y bebidas.

### Enfermedades Autoinmunes

Evento en salud	DALYS 2019 (% del total)	Meta DALYS 2031	Prevalencia	Meta
Artritis reumatoidea	0,21	A 2031 Colombia reducirá en 7.1 % los DALYS atribuidos a artritis reumatoidea		

### Enfermedades Raras Y Ultraras

Evento en salud	DALYS 2019 (% del total)	Meta DALYS 2031	Otras metas
Esclerosis múltiple	0,029	A 2031 Colombia reducirá en 5.3% los DALYS atribuidos a esclerosis múltiple	A 2031 Colombia, el <b>50%</b> de personas con Enfermedades raras serán tratadas en un centro de referencia.
Defectos congénitos del nacimiento	2,34		
Fibrosis quística			
Distrofia muscular de Duchane			
Mucopolisacaridosis			

### Enfermedades Infecciosas

Evento o evento promocional (si aplica)	Línea de base	Metas



Dengue	0,13%	A 2031, se reduce la letalidad acumulada por dengue (2022-2031), por lo menos en un 20% .
Chagas	Acumulada 2012-2021: 7,5%	A 2031, se reduce 20% la letalidad acumulada (2022-2031) por enfermedad de Chagas agudo
Inmunoprevenibles	91.3%	A 2031, Colombia logrará coberturas iguales o superiores al 95% con cada uno de biológicos que hacen parte del esquema nacional de vacunación a lo largo del curso de vida.
Inmunoprevenibles	11,4% segundas dosis (Cáncer de cuello uterino) 9,1% segundas dosis Reporte PAI a OMS	A 2031, el 95% de las niñas dentro del rango de edad de 9 a 17 años tendrán las dos dosis de la vacuna contra VPH
Leishmaniasis	2012 -2019: 9,5% proporción acumulada	A 2031, se reduce el 10% la proporción acumulada (2022-2031) de casos de Leishmaniasis Cutánea en menores de 10 años
Malaria	148 muertes (2012-2021)	A 2031, las muertes acumuladas en el periodo 2022-2031, se han reducido 60%
Rabia	0%	A 2031, 50% de departamentos y distritos logran condiciones de eliminación de la rabia transmitida por perros y desarrollan acciones de control relacionadas con la rabia humana asociada a los linajes del ciclo silvestre.
Mortalidad por EDA en menores de 5 años	Mortalidad por EDA 2019: 5,91 por 100.000 menores de 5 años.	A 2031, se logra la disminución de al menos el 50% de la tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años.
Mortalidad por IRA en menores de 5 años	Mortalidad por IRA 2019: 13,4 por 100.000 menores de 5 años.	A 2031, se logra la disminución de al menos el 50% de la tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años.
Sífilis congénita	2,8 x 1.000 nacidos vivos (incluidos los mortinatos) Año 2020.	A 2031, se logra reducir la incidencia de la sífilis congénita (incluidos los mortinatos) a 0,5 casos o menos por cada 1.000 nacidos vivos
Tuberculosis	Tratamiento exitoso de TB 2021: 75%	A 2031, alcanzar y mantener la cobertura anual de tratamiento exitoso en el 90% para tuberculosis de todas las formas
VIH / SIDA	1,8%	A 2031, se logra reducir el porcentaje de transmisión materno infantil del VIH al 2% o menos.
Hepatitis virales		A 2031, por lo menos el 50% de las personas pertenecientes a poblaciones clave (hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, mujeres transgénero, personas que se inyectan drogas, habitantes de calle y trabajadores sexuales) han sido tamizadas para hepatitis B.
Hepatitis virales		A 2031, se logra reducir la transmisión materno infantil de la hepatitis B al 2% o menos.
Escabiosis (impacta en enfermedad renal)	5,3 por 100.000 Vaupés, Amazonas, Guainía (departamentos estudiados).	A 2031, la prevalencia de escabiosis se disminuye a 2.0 x 100.000 habitantes (meta internacional de control)
Helmintiasis transmitidas por suelo	21,6% (línea de base departamental y distrital)	A 2031, Colombia habrá disminuido la prevalencia a menos del 2% de helmintiasis transmitidas por el suelo A 2031, Colombia habrá disminuido la proporción de infecciones severas por helmintiasis



Enfermedades transmitidas por alimentos	603 brotes 6.883 casos	A 2031, en el marco de la seguridad alimentaria y nutricional disminuir los brotes de ETAS en un 20%
Lepra	0,58 x 1,000.000 hab	A 2031, disminuir en un 60% la tasa de discapacidad grado severo en las personas con diagnóstico nuevo de lepra
Lepra	0,07 x 10,000 hab	A 2031, Reducción del 70% en el número de casos nuevos detectados de lepra o enfermedad de Hansen, comparado con la línea de base del año 2021
Tuberculosis	Tasa de Mortalidad 2020: 1,99 x 100,000 habitantes	A 2031, reducir el 50% de la tasa de mortalidad por 100mil habitantes, causada por la tuberculosis en Colombia comparada con el 2015.
Tracoma	Amazonas 0,29 x 1000 hab de 15 o más años Caquetá 0,01 x 1000 hab de 15 o más años Guainía: 1,05 x 1000 hab de 15 o más años Guaviare: 0,3 x 1000 hab de 15 o más años Vaupés Occidental: 2,13 x 1000 hab mayores de 15 años. Vaupés oriental: 6,19 x 1000 hab mayores de 15 años. Putumayo: 0,0 x 1000 hab mayores de 15 años. Vichada: 0 ,31 x 1000 hab mayores de 15 años <b>Meta:</b> se requiere definir <b>Otros departamentos:</b> definir según situación epidemiológica	A 2031, se disminuirá la Prevalencia de Triquiiasis Tracomatosa (TT) menor de 2 casos x 1000 personas de 15 o más años en la población elegible
Chagas	66 municipios	A 2031, se ha logrado la certificación internacional de la interrupción de la transmisión de T. cruzi por vectores domiciliados acumulada en 156 municipios y los 40 municipios que se encuentran en proceso (incluye los municipios certificados previamente dada la necesidad de recertificación)
Chagas	0 municipios	A 2031, 10 departamentos y distritos logran condiciones de eliminación de enfermedad de Chagas congénito como problema de salud pública
Inmunoprevenibles	95%	A 2031, Colombia mantendrá la implementación de los planes conducentes a la eliminación, erradicación y control, (Poliomielitis, y consolidar la eliminación del Sarampión, la Rubeola, el Síndrome de Rubeola Congénita y el Tétanos Neonatal, y controlar la incidencia de casos de Fiebre Amarilla, Difteria, Tuberculosis Meníngea, Hepatitis A y B, Neumococo, Haemophilus influenzae tipo B, diarreas por Rotavirus, Tos Ferina, Parotiditis e Influenza).



Leishmaniasis	47 municipios con foco	A 2031, 20% de los municipios de los focos de leishmaniasis visceral logran condiciones de eliminación como problema de salud pública y otro 20% de los municipios se encontrarán en proceso de eliminación.
Malaria	72 municipios estrato 5 y 390 municipios estrato 4 (2021)	A 2031, 50% de municipios pasan de categoría de riesgo 5 a 4 y el 30% de 4 a 3.
Zoonosis	10% implementación de planes estratégicos en DTS departamentales y distritales. Letalidad leptospirosis 2.33% (2012-2019 Sivigila), letalidad accidente ofídico 0.69% (2012-2021, Sivigila), 169 municipios foco para brucelosis bovina (2020 ICA), 14721 casos toxoplasmosis congénita (2012-2021 RIPS)	A 2031, el 100% de las DTS departamentales, distritales y municipios categorías especial, 1, 2 y 3, implementan los planes estratégicos de promoción de la salud, vigilancia y gestión del riesgo de zoonosis priorizadas (leptospirosis, brucelosis, toxoplasmosis y accidente ofídico), logrando reducción acumulada del 15% de la letalidad por leptospirosis y del 25% en accidente ofídico, así como las intervenciones integrales en el 70% de los municipios foco de brucelosis bovina y al 70% de casos de toxoplasmosis gestacional y congénita.
Infecciones Asociadas a la Atención en Salud y Resistencia Antimicrobiana	20% de DTS de orden departamental y distrital lo han implementado en todos sus componentes	A 2031, contar con el programa de IAAS y RAM implementado en el 100% de las entidades territoriales con IPS de mediana y alta complejidad
VIH / SIDA	18,7%	A 2031, por lo menos el 55% de las personas que viven con VIH se diagnostican en estadios tempranos de la infección (estadio 0 o 1 de acuerdo con la clasificación clínica del CDC 2014)
Hepatitis virales	68,46% año 2020	A 2031, aumentar a 95% o más el porcentaje de gestantes tamizadas para hepatitis
Hepatitis virales	Pendiente	A 2031, aumentar a 85% o más el porcentaje de hijos e hijas de madres con diagnóstico de hepatitis B, que recibieron la inmunoglobulina contra la hepatitis B en el primer día de nacido.
Hepatitis virales	1,56%	A 2031, por lo menos el 75% de las personas de 50 a 70 años de edad han sido tamizadas para la hepatitis C
Hepatitis virales	67,40%	A 2031, el 80% de las personas con diagnóstico y criterio de tratamiento para hepatitis C iniciaron tratamiento.
Enfermedades parasitarias de la piel (escabiosis y tungiasis)	32 departamentos y 12 distritos	A 2031, el 100% de los departamentos y distritos incluyen en el PTS el tema de enfermedades parasitarias de la piel e incluyen estrategias de control según el lineamiento nacional
Pian	8,9% en Costa pacífica	A 2031, Colombia cumplirá con los criterios de erradicación del Pian
Oncocercosis	0	A 2031, se mantiene en 0 la transmisión de oncocercosis (compromiso internacional)



Tracoma	<p><b>Línea de base 2021:</b>                  Vaupés oriental: 0%                  Vaupés occidental: 0%                  Vichada: 0%                  Amazonas: 0%                  Guainía: 68,7%                  Guaviare: 0%                  Meta: 0% (requiere encuesta previa)  <b>Otros departamentos:</b> según resultados de las encuestas y evaluaciones rápidas.  <b>Se excluyen:</b> Putumayo, Caquetá, San Andrés y La Guajira en donde fue descartado.</p>	<p>A 2031, alcanzar la cobertura de administración masiva de azitromicina al 80% en rondas anuales a la población elegible. La Administración masiva es Hasta demostrar la interrupción sostenida de la transmisión del tracoma mediante encuestas de impacto y de validación</p>
Complejo Teniasis y cisticercosis (impacta epilepsia)	<p>Se requiere definir en cada municipio priorizado como parte de la estrategia</p>	<p>A 2031, Colombia logra coberturas de desparasitación del 80% por ronda anual en la población en riesgo de cada foco activos en los municipios priorizados</p>
Enfermedades de transmisión sexual	<p>0%</p>	<p>A 2031, se implementarán las intervenciones desarrolladas a nivel comunitario, a través del plan de intervenciones colectivas, para la promoción de la salud sexual y reproductiva, prevención y diagnóstico temprano de las ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C.</p>
Enfermedades de transmisión sexual	<p>0%</p>	<p>A 2031, el 100% de los departamentos implementarán acciones para fomentar las acciones de cuidado de sí, que las personas con riesgo o que viven con ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C deben implementar para mejorar su calidad de vida y favorecer el éxito de la atención que reciben por parte de los aseguradores y prestadores de servicios de salud.</p>
Coinfección TB/VIH	<p>12,06 % 1696 casos</p>	<p>A 2031, el 100% de las personas con coinfección TB/VIH tendrán acceso oportuno a intervenciones en salud</p>
Enfermedades de transmisión sexual	<p>0%</p>	<p>A 2031, en el marco de los comités intersectoriales de promoción y prevención de las infecciones de transmisión sexual y VIH/Sida, establecidos por el Decreto 1543 de 1997 o aquellos que lo modifiquen o sustituyan, se lograrán implementar en el 100% de los departamentos las acciones que garanticen y promuevan la implementación de la ruta de ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C, incluyendo el acceso a los servicios de salud y protección social para las poblaciones vulnerables y personas que viven con estas patologías, a través de la articulación con las instituciones que ofrecen programas para la inclusión en educación, trabajo, cultura y otros sectores.</p>
Enfermedades de transmisión sexual	<p>0</p>	<p>A 2031, reducir las vulnerabilidades sociales de las personas con ITS o en riesgo de contraerlas a través de</p>



		la canalización del 60% de las personas a servicios de protección social.
HTLV 1 y 2	Mujeres en edad fértil confirmadas para HTLV por bancos de sangre, 1450 (impacta leucemia infantil)	A 2031, a través de la implementación del plan estratégico de vigilancia y control de HTLV, el 70% de las familias de mujeres en edad fértil confirmadas para HTLV por banco de sangre, acceden a las atenciones individuales y colectivas.
Enfermedades de transmisión sanguínea	Personas confirmadas (2021 Hemovigilancia): Sífilis 344, Hep C 78, Hep B 193, VIH 903, Chagas 590, HTLV 321.	A 2031, 70% o más de las personas que son confirmadas por banco de sangre para VIH, Hepatitis B y C, HTLV, enfermedad de Chagas y sífilis acceden a la atención clínica.
Enfermedades transmitidas por alimentos	32 departamentos y 12 distritos	A 2031, el 100% de los departamentos tendrán construido el mapa de riesgos sanitarios de alimentos y bebidas del territorio nacional, acorde a las directrices publicadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.
Enfermedades transmitidas por alimentos	0	A 2031, con base en el mapa de riesgos sanitarios de alimentos y bebidas, realizar en el 70% de los establecimientos las visitas de inspección, vigilancia y control
Transmisión materno infantil de VIH, sífilis, Hepatitis B, enfermedad de Chagas	0 ETMI Plus (ETMI VIH y Sífilis es la estrategia previa con implementación 100%)	A 2031, 100% de departamentos y distritos implementa la estrategia ETMI plus orientada a la eliminación de la transmisión materno infantil de VIH, sífilis, hepatitis B, enfermedad de Chagas y otras de interés.
Enfermedades transmitidas transfusionalmente	Personas confirmadas (2021 Hemovigilancia): Sífilis 344, Hep C 78, Hep B 193, VIH 903, Chagas 590, HTLV 321.	A 2031, 90% de las personas que son confirmadas por banco de sangre para VIH, Hepatitis B y C, HTLV, enfermedad de Chagas y sífilis acceden a la atención clínica.
Inmunoprevenibles	Pendiente	A 2031, se logra una cobertura igual o superior al 95% en la población objeto de vacunación contra Influenza y COVID-19 de adultos mayores y personas con condiciones de riesgo.
Infecciones Asociadas a la Atención en Salud y Resistencia Antimicrobiana	IPS de segundo y tercer nivel 56%	A 2031, se logra implementar la estrategia multimodal de higiene de manos en el 100% de las instituciones de alta y media complejidad.
Enfermedades Transmitidas por Alimentos	En 2021: Implementación de la EGI en el 51% de las entidades territoriales de orden departamental y distrital	A 2031, 100% de las entidades territoriales de orden departamental y distrital, cuentan con lineamientos implementados de la estrategia de Gestión Integrada de las Enfermedades Transmitidas por Alimentos
Enfermedades huérfanas y raras	Pendiente línea de base	A 2031, se incrementará la calidad y oportunidad del registro de las enfermedades huérfanas y raras en el País (a partir de la línea de base 2022).

#### Anexo 4. Marco Normativo Para Comunidades y Pueblos Étnicos de Colombia.

La Nación colombiana con su condición de ser un país pluriétnico y multicultural, tiene un explícito reconocimiento en la Constitución Política en la cual se señala que



“El Estado reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la nación colombiana” (Art. 7) y que “La cultura en sus diversas manifestaciones es fundamento de la nacionalidad. El Estado reconoce la igualdad y dignidad de todas las que conviven en el país...” (Art. 70). Lo anterior, asociado a otras disposiciones, genera derechos específicos para las poblaciones diversas étnicamente, entre las cuales se encuentran los pueblos indígenas. Dentro de estos derechos están los asociados a la adecuación, en su formulación e implementación, de las políticas públicas.

La Ley 21 de este año<sup>94</sup> aprobó el Convenio 169 de la OIT “Sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes”, el cual incluye lineamientos normativos referentes a la participación, la consulta previa y otros temas sectoriales relacionados con derechos de estos grupos, entre los que se encuentran los concernientes a seguridad social y salud. Todos estos, dirigidos a la protección especial y a garantizar la pervivencia física y cultural de estos conglomerados étnicos<sup>95</sup>.

Este capítulo étnico, a la vez, es consecuente con lo determinado en el Art. 3 y con lo previsto en el Art. 13 de la Ley 1438 de 2011, en los cuales se plantea, respectivamente, el principio de “Enfoque diferencial” y la “Interculturalidad” como elemento constitutivo de la Atención Primaria en Salud. Sobre el enfoque diferencial, se señala que:

---

<sup>94</sup>Este convenio, al igual que otras disposiciones de carácter internacional ratificados por el país como “La convención internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial” (Ley 22 de 1981), entran a ser parte del bloque de constitucionalidad en virtud del Art. 93 de la Constitución Política, en el que se señala que “Los tratados y convenios internacionales ratificados por el Congreso, que reconocen los derechos humanos y que prohíben su limitación en los estados de excepción, prevalecen en el orden interno. Los derechos y deberes consagrados en esta Carta, se reinterpretarán de conformidad con los tratados internacionales sobre derechos humanos ratificados por Colombia”

<sup>95</sup> Tal como lo señala la OIT, “*El Convenio se fundamenta en el respeto a las culturas y las formas de vida de los pueblos indígenas y reconoce sus derechos sobre las tierras y los recursos naturales, así como el derecho a decidir sus propias prioridades en lo que atañe al proceso de desarrollo. El objetivo del Convenio es superar las prácticas discriminatorias que afectan a estos pueblos y hacer posible que participen en la adopción de decisiones que afectan a sus vidas*”. (2013. Pág.: 1).



*“reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia para las cuales el Sistema General de Seguridad Social en Salud ofrecerá especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación” (Numeral 3.6.).*

Respecto de la universalidad del derecho, las poblaciones étnicas deben acceder sin ninguna discriminación al conjunto de prestaciones y servicios que se tienen para toda la población, tal cual está establecido, entre otros, en el “Pacto internacional de derechos, económicos, sociales y culturales”<sup>96</sup>, en la “Convención internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial”<sup>97</sup> y en el Convenio 169 de la OIT “Sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes”<sup>98</sup>.

La universalidad también se determina de manera explícita, en los artículos 48 y 49 de la Constitución Política; en los Artículos 2, 3, 6, 152 y 153 de la Ley 100 de 1993; en el Artículo 3 de la Ley 1438 de 2011 y; en los Artículos 2, 5 y 6 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

de 2015 contempló dentro de los principios del derecho a la salud, los relacionados con aceptabilidad, accesibilidad e interculturalidad, esta última definida como:

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

---

<sup>96</sup>Específicamente en el numeral 2 del Art. 2 y en el Art. 12. Debe desatacarse que este pacto internacional fue aprobado en el país mediante la Ley 74 de 1968.

<sup>97</sup>Ley 22 de 1981. En especial lo señalado en los Arts. 1 y 2.

<sup>98</sup>Ley 21 de 1991. Art 24.



y complementarios para la recuperación de la salud en el ámbito global” (Art. 6. Literal L).

la diversidad étnica y cultural, de los derechos colectivos y del enfoque diferencial. Así, la Ley 21 de 1991 determinó la disposición de servicios adecuados, la participación comunitaria en la organización y prestación de estos y la coordinación con otras medidas sociales y económicas (Art. 25); la Ley 1438 de 2011 incorporó los principios de “Enfoque diferencial” (Art. 3) y de “Interculturalidad” (Art. 13); y la Ley Estatutaria 1751.

A continuación, se resume en la tabla la normativa general y específica para cada grupo étnico,

Tabla 1: resumen normativo, de políticas y documentos técnicos en salud para Comunidades y Pueblos Étnicos de Colombia.

Constitución Política	<p>Artículo 7: el Estado reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la nación colombiana.</p> <p>Artículo 13: sobre la igual Sobre la igualdad y no discriminación.</p> <p>Artículos 48 y 49: dispone la seguridad social como un servicio público de carácter obligatorio, bajo la dirección, coordinación y control del Estado, quien debe garantizar el principio de la universalidad, el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud de los habitantes del territorio Nacional.</p> <p>Artículo 70: reconoce la igualdad y dignidad de todas las culturas que conviven en el país.</p> <p>Artículo 366: plantea como finalidad social del Estado el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida.</p>
<b>Ley 21 de 1991</b>	<p>Por la cual se aprobó el Convenio 169 de 1989 de la Organización Internacional de Trabajo OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales en países independientes.</p> <p><b>Artículo 24:</b> señala la seguridad social debe extenderse progresivamente a los interesados a nivel territorial, y aplicarse sin discriminación alguna.</p> <p><b>Artículo 25:</b> dispone el gobierno debe velar por los servicios de salud adecuados para dichos pueblos étnicos que les permita organizar y prestarlos bajo su responsabilidad y Gcontrol, teniendo en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus propios métodos terapéuticos, preventivos, curativos y medicamentos tradicionales.</p> <p><b>Artículo 5 <i>ibidem</i>:</b> estable debe adoptarse disposiciones con la participación y cooperación de los pueblos interesado, las cuales están</p>



	<p>encaminadas allanar las dificultades que estos experimenten al afrontar nuevas condiciones de vida y de trabajo.</p> <p><b>Artículo 33:</b> dispone que la planificación, coordinación, ejecución y evaluación de las medidas previstas en el Convenio adoptado, debe contar con la participación de dichos pueblos.</p>
<b>Ley 100 de 1993</b>	<p>Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral (SSSI).</p> <p><b>Artículo 153:</b> además del principio de igualdad incluye el enfoque diferencial en el sistema de salud para la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación.</p>
<b>Ley 319 de 1996</b>	<p>Por la cual se aprueba el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.</p> <p><b>Artículo 10:</b> señala que todas las personas tienen “derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”. En su literal f este artículo adiciona que el Estado se comprometa a “La satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.”</p>
<b>Ley 1438 de 2011</b>	<p>Por la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p> <p><b>Artículo 3:</b> Establece el enfoque diferencial y la interculturalidad como uno de los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p> <p><b>Artículo 13:</b> La interculturalidad y el enfoque diferencial son elementos para tener en cuenta para implementar la atención primaria en salud.</p>
<b>Resolución 1841 de 2013</b>	<p>Por el cual se adopta el <b>Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021</b>, política que orienta la política del País durante este decenio, a partir de ocho dimensiones prioritarias: 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 en el ámbito laboral; a su vez, define dos dimensiones transversales: gestión diferencial de poblaciones vulnerables y fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud, concebidas como elementos técnicos y políticos ordenadores del abordaje y coordinación de acciones sectoriales, comunitarias y transectoriales para mejorar la salud de la población.</p> <p>Mediante la dimensión transversal <b>“Gestión diferencial de poblaciones vulnerables”</b> se reconoce las diferencias entre los distintos grupos poblacionales y la necesidad de responder de manera adecuada respetando las diferencias específicas de estos.</p> <p><b>Numeral 8.1.4.4:</b> “Salud en Poblaciones Étnicas”, establece debe definir los objetivos sanitarios, metas, estrategias y acciones concertadas con los grupos étnicos, como sujetos de derechos, para promover la atención con calidad de acuerdo con las necesidades diferenciales. Bajo este precepto se estableció como meta contar con el capítulo étnico diferencial, es decir, Indígena, Rrom, y comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.</p> <p><b>Numeral 8.1.4.6:</b> En su anexo técnico describe el componente “Víctimas del Conflicto Armado Interno” el cual debe contar con un capítulo específico en el Plan, dirigido a garantizar el acceso a la salud y mejorar las condiciones de dicha población en el marco del enfoque diferencial.</p>



<p><b>Ley 1751 de 2015</b></p>	<p>Por la cual se regula el derecho a la salud.  <b>Artículo 2:</b> Establece que la salud es un derecho fundamental, autónomo e irrenunciable, que incluye “<i>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</i>”.  <b>Artículo 6 <i>ibídem</i>,</b>  <b>literal b):</b> Establece como principio la “<i>Aceptabilidad</i>”, es decir el respeto que los agentes de sistema deben tener frente “<i>a las diversidades culturales de las personas, minorías étnicas, pueblos y comunidades, respetando sus particularidades socioculturales y cosmovisión de la salud, permitiendo su participación en las decisiones del sistema de salud que le afecten.</i>”  <b>Literal l):</b> señala la interculturalidad como principio para la protección de pueblos y comunidades indígenas, Rrom y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, que reconoce sus “<i>saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud ...</i>”.  <b>Literal n):</b> define como principio la protección de pueblos y Comunidades Indígenas, Rrom y Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palanqueras a quienes se les garantizará el derecho a la salud como fundamental y se aplicará de manera concertada con ellos, respetando sus costumbres.</p>
<p><b>Resolución 429 de 2016</b></p>	<p>Por la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud.  <b>Artículo 5:</b> uno de sus componentes es la caracterización de la población de manera que las acciones en salud planteadas sean coherentes con las necesidades en salud de cada población</p>

**Cuadro 2: Normativa, políticas y documentos en salud para Comunidades y Pueblos Indígenas.**

<p><b>Sentencia T-1340 de 2001</b>  <b>Constitución Política de 1991</b></p>	<p>Establece una protección especial del Estado a favor de los Pueblos Indígenas, se reconocen todos los derechos que se le reconocen a los demás ciudadanos, protegen la diversidad cultural y otorga derechos radicados en la comunidad como ente colectivo, buscan lograr la igualdad material en favor de este grupo social y protege la igualdad étnica y cultura ante la diversidad étnica y cultural de la nación.</p>
<p><b>Ley 691 de 2002</b></p>	<p>Por la cual reglamenta la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social.  <b>Artículo 1:</b> Dispone la garantía de acceso y participación a los Pueblos Indígenas de los servicios de salud en condiciones dignas y apropiadas respetando la diversidad étnica y cultural.</p>
<p><b>Decreto 1953 de 2014</b></p>	<p>Creo el régimen especial el cual coloca en funcionamiento los territorios indígenas respecto de la administración de los sistemas propios de los Pueblos Indígena.  <b>Título IV:</b> Define el Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPIS), establece su implementación gradual precisando, que hasta que esta se lleve a cabo, el Sistema General de Seguridad Social de Salud (SGSSS) garantizará el</p>



	cuidado de la salud de los Pueblos Indígenas a través de las instituciones de salud indígenas y no indígenas.
<b>Ley 1751 de 2015</b>	Por la cual se regula el derecho a la salud. <b>Artículo 6 <i>ibídem</i>:</b> <b>literal m):</b> Señala el principio de " <i>Protección a los pueblos indígenas</i> ", para el reconocimiento y garantía del derecho fundamental a la salud integral según sus propias cosmovisiones y conceptos desarrollados en el SISPI.
<b>Circular 011 de 2018</b>	Da las directrices a los departamentos, distritos y municipios con presencia de población indígena, para avanzar en la construcción e implementación del SISPI en dialogo con SGSSS. <b>Numeral 2.1 y 2.2.:</b> Imparte instrucciones en base a las directrices para la gestión en salud pública y plan de salud pública de intervenciones colectivas y las disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud de las Resoluciones 518 y 1536 de 2015.
<b>Resolución 050 de 2021</b>	Por la cual se adopta el capítulo indígena para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.
<b>Guía metodológica para la construcción de los contenidos e implementación del SISPI. 2016.</b>	Documento el cual busca dar lineamientos interculturales generales para la construcción e implementación del SISPI, en los territorios a nivel nacional.

### **Cuadro 3: Normativa, políticas y documentos en salud para Comunidades y Pueblos Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras NARP.**

<b>Ley 70 de 1993</b>	Por la cual se desarrolla el Artículo transitorio 55 de la Constitución Política. <b>Artículo 37:</b> señala que "El Estado debe adoptar medidas que permitan a las comunidades negras conocer sus derechos y obligaciones, especialmente en lo que atañe al trabajo, a las posibilidades económicas, a la educación y la salud, a los servicios sociales y a los derechos que surjan de la Constitución y las Leyes". <b>Artículo 47:</b> Plantea que "EL Estado adoptará medidas para garantizar a las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras el derecho a desarrollarse económica y socialmente atendiendo los elementos de la cultura autónoma".
<b>Resolución 3280 de 2018</b>	Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la RIAS para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación.  Refiere en su anexo técnico en cuanto a intervenciones de las RIAS, tener en cuenta para población Negra, Raizal o



	<p>Palenquera (especialmente si son víctimas del conflicto armado) tenga en cuenta:</p> <p>En la valoración individual y en el desarrollo de intervenciones colectivas,</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Principalmente, reconocer sus sistemas de creencias, tradiciones, costumbres y</li><li>• Rituales como factores protectores y de afrontamiento ante la adversidad;</li><li>• Elaborar guías y protocolos para atención en salud teniendo en cuenta las</li><li>• Particularidades del curso de vida de esta población y las afectaciones que se den por el contexto territorial.</li></ul> <p>Para población LGBTI:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Diseñar protocolos adecuados de valoración integral (incluyendo el examen físico), que reconozca la afectación a su salud por los entornos homofóbicos, lesbofóbicos o transfóbicos, así como el estrés de las minorías sexuales dadas las violencias de que son objeto. Esto implica reconocer que en la anamnesis no se debe presuponer que todas las personas son heterosexuales, tienen familias nucleares-monogámicas, y que, por tanto, es necesario adecuar las preguntas, reconociendo y respetando la autoidentificación de género del consultante. Preste atención a partes del cuerpo menos comunes de presentación de ITS61 en hombres homosexuales, bisexuales, HSH62 y transfemeninas.</li></ul>
<p><b>Conpes 2909 de 1997</b></p>	<p>Programa de apoyo para el desarrollo y reconocimiento étnico de las comunidades negras.</p> <p>En su página 12 plantea acciones para el mejoramiento de la salud mediante el aumento de cobertura, el mejoramiento de la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios, la capacitación del recurso humano, y la articulación y fortalecimiento de la medicina tradicional y la investigación de enfermedades endémicas.</p>
<p>Conpes 3058 de 1999</p>	<p>Estrategia del gobierno nacional para apoyar el desarrollo del departamento archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.</p> <p>Documento de política formulado para mejorar las condiciones de desarrollo del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Define una serie de acciones en salud para mejorar la atención, infraestructura y cobertura de la población del departamento.</p>



Conpes 3310 de 2004	Política de acción afirmativa para la población Negra o Afrocolombiana. Define acciones específicas en salud para población afrocolombiana del país.
Conpes 3169 de 2012	Política para la población Afrocolombiana. Establece que el Ministerio de Salud desarrolle políticas, planes, programas y acciones con adecuación sociocultural para la población Afrocolombiana.

#### Cuadro 4: Normativa, políticas y documentos en salud para Comunidades y Pueblo Rrom.

<b>Sentencia C-864 de 2008</b>	Señala que “ <i>existen dentro del territorio del Estado, como realidades fácticas, comunidades que reúnen ciertas condiciones que determinan la existencia de un grupo culturalmente diverso, sujeto de especial protección constitucional</i> ” y reconoce al Pueblo Rrom como un pueblo tribal objeto de la aplicación del Convenio 169 de la OIT.
--------------------------------	---

#### Cuadro 5: Normativa, políticas y documentos en salud para la población víctima del conflicto armado en Colombia.

<b>Sentencia T-025 de 2004</b>	Declara la existencia de un Estado de cosas institucionales para la población desplazada, e impartió ordenes encaminadas a superar la vulneración masiva y continua de los derechos la Víctimas del Conflicto Armado en Colombia.
<b>Sentencia T-045 de 2010</b>	Destaca la necesidad de una atención psicosocial para la prestación integral de los servicios de salud dadas las necesidades y particularidades, en especial a los impactos generados a la exposición de eventos traumáticos de las víctimas del conflicto armado.
<b>Ley 1448 de 2011</b>	Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas de conflicto armado interno. <b>Artículo 3:</b> Establece medidas administrativas, sociales y económicas, siguiendo el principio de enfoque diferencial en beneficio de las víctimas del conflicto armado.
<b>Ley 1751 de 2015</b>	Por la cual se reglamenta el derecho fundamental a la salud. <b>Artículo 11:</b> Establece que las víctimas del conflicto armado gozarán de especial protección por parte del Estado, por la cual se debe definir procesos de atención psicosocial y salud integral de que trata el artículo 137 de la Ley 1448 de 2011.

#### Anexo 5. Marco Normativo Para Comunidades Víctimas del Conflicto Armado en Colombia.

El orden jurídico y normativo presentado en el cuadro a continuación resume las medidas de la autoridad constitucional que han representado avances en el



desarrollo de las medidas de reparación y asistencia integral a las víctimas del conflicto y las medidas institucionales para mejorar la afiliación de esta población en el sistema general de seguridad social en salud.

**Cuadro: Normativa, políticas y documentos en salud para la población víctima del conflicto armado en Colombia.**

<b>Sentencia T-025 de 2004</b>	Declara la existencia de un Estado de cosas institucionales para la población desplazada, e impartió ordenes encaminadas a superar la vulneración masiva y continua de los derechos la Víctimas del Conflicto Armado en Colombia.
<b>Sentencia T-045 de 2010</b>	Destaca la necesidad de una atención psicosocial para la prestación integral de los servicios de salud dadas las necesidades y particularidades, en especial a los impactos generados a la exposición de eventos traumáticos de las víctimas del conflicto armado.
<b>Ley 1448 de 2011</b>	Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas de conflicto armado interno. <b>Artículo 3:</b> Establece medidas administrativas, sociales y económicas, siguiendo el principio de enfoque diferencial en beneficio de las víctimas del conflicto armado.
<b>Ley 1751 de 2015</b>	Por la cual se reglamenta el derecho fundamental a la salud. <b>Artículo 11:</b> Establece que las víctimas del conflicto armado gozarán de especial protección por parte del Estado, por la cual se debe definir procesos de atención psicosocial y salud integral de que trata el artículo 137 de la Ley 1448 de 2011.
<b>Ley 1719 de 2014.</b>	<b>Ministerios del Interior, de Justicia y del Derecho, de Defensa Nacional y de Salud y Protección Social</b> Por la cual se modifican algunos artículos de las Leyes 599 de 2000, 906 de 2004 y se adoptan medidas para garantizar el acceso a la justicia de las víctimas de violencia sexual, en especial la violencia sexual con ocasión del conflicto armado, y se dictan otras disposiciones.
<b>Resolución 888 de 2012</b>	Por la cual se crea el Comité Institucional para la Salud y Protección Social de las Víctimas del Conflicto Armado y se reglamenta su funcionamiento.
<b>Resolución 1166 de 2018</b>	Por la cual se adoptan los lineamientos para el talento humano que orienta y atiende a las víctimas del conflicto armado y se dictan otras disposiciones.
<b>Circular 35 de 2014</b>	Circular emitida para precisar el marco normativo que determina tanto las responsabilidades de la garantía de la prestación de las tecnologías en salud requeridas por las víctimas de que trata el artículo 3 de la ley 1448 de 2011 y su financiación”
<b>Circular de abril de 2015</b>	Circular emitida por la Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones (DROASRLP) del Ministerio de Salud y Protección Social para establecer la Estrategia de afiliación prioritaria y sistemática de personas en condición de víctimas del conflicto armado.

**Anexo 6. Marcos normativos enfoques diferenciales poblacionales**



## Marco normativo población habitante de calle

La Constitución Política de 1991, en su artículo 13, que consagra el derecho a la igualdad, determina que "...el Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados. El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que, por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.". Bajo estas consideraciones, resulta evidente que las personas habitantes de la calle se encuentran amparadas por este artículo, y adicionalmente por la Ley 1641 de 2013 y la Ley 1098 de 2006, por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia, y la Política Pública Nacional de Infancia y Adolescencia 2018-2030, que establece que las personas menores de edad que se encuentran de forma permanente, o transitoria en el espacio público, son sujetos de especial protección por parte del Estado.

Como consecuencia de ello, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF en el año 2016, expidió la Resolución 1514, por medio de la cual se aprueba el “Lineamiento Técnico para la atención de niños, niñas y adolescentes, con derechos inobservados, amenazados o vulnerados, con alta permanencia en calle o situación de calle (ICBF, 2016)” en la cual se describen las características generales y específicas de la atención integral de acuerdo con las necesidades y características de esta población, en el marco de un Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos.

### Cuadro 1: Normativa, políticas y documentos en salud para la población habitante de la calle en Colombia.

Marco normativo y jurisprudencial	Descripción
Ley 1751 de 2015 Estatutaria de salud	Regula el derecho fundamental a la salud
Ley 1616 de 2013	Ley de salud mental que tiene por objeto garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental, mediante la promoción de la salud, la prevención del trastorno mental y la atención integral e integrada en salud mental en el marco del SGSSS
Ley 1641 de 2013	Establece los lineamientos para la formulación de la política



	pública social para habitantes de la calle buscando garantizar, promocionar, proteger y restablecer los derechos de estas personas, con el propósito de lograr su atención integral, rehabilitación e inclusión social.
Ley 1566 de 2012	Reconoce que el consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas, lícitas o ilícitas, es un asunto de salud pública y bienestar de la familia, la comunidad y los individuos. Igualmente, dicta las normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas.
Ley 715 de 2001	Dicta normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. El artículo 76 numeral 11, en el marco de las competencias de las entidades territoriales frente a grupos vulnerables, estipula que se podrán establecer programas de apoyo integral a grupos de población vulnerable, como la población infantil, ancianos, desplazados o madres cabeza de hogar.
Documento CONPES 3992 de 2018	Estrategia para la promoción de la salud mental en Colombia
Decreto 780 de 2016	Corresponde al Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.
Decreto 2083 de 2016	Incluye expresamente a la población habitante de la calle dentro de los afiliados en el régimen subsidiado mediante el listado censal. Modifica el artículo 2.1.5.1 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.
Decreto 064 de 2020	Por el cual se modifican los artículos 2.1.3.11, 2.1.3.13, 2.1.5.1, 2.1.7.7, 2.1.7.8 y 2.1.3.17, y se adicionan los artículos 2.1.5.4 y 2.1.5.5 del Decreto 780 de 2016, en relación con los afiliados al régimen subsidiado, la afiliación de oficio y se dictan otras disposiciones
Resolución 518 de 2015	Dicta disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y establece directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas –PIC.
Resolución 1838 de 2019	Por la cual se establecen los responsables de la generación, consolidación y reporte de los listados censales de las poblaciones especiales, se determinan los términos, estructura de datos, flujo y validación de la información y se dictan otras disposiciones.
Resolución 3280 de 2018, modificada por la Resolución 276 de 2019.	Adopta los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación
Resolución 4886 de 2018	Adopta la Política Nacional de Salud Mental.



Resolución 0089 de 2019	Adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas.
Sentencia T- 376/1993	Se indica que el término "desechable" es un calificativo impropio e indigno que ha venido tomando fuerza en medios sociales, en los que se ignora el valor de la dignidad humana y el imperativo constitucional de su respeto y prefiere el término indigente.
Sentencia T- 384/1993	Derecho a la asistencia pública en el caso de indigencia.
Sentencia C-040/2006	La mendicidad ejercida de manera autónoma y personal, sin intermediarios, no es delito ni contravención.
Sentencia T-057/2011	Acciones afirmativas para los habitantes de calle.
Sentencia T-323/2011, Corte Constitucional –CC	Precisa el deber del Estado de proteger especialmente a los habitantes de la calle frente el Virus de Inmunodeficiencia Humana -VIH.
Sentencia C-385/2014, CC	Sobre lineamientos para la formulación de la política pública social, generación de estrategias, mecanismos y acciones de corresponsabilidad entre la familia, la sociedad y el Estado para disminuir la tasa de habitabilidad en calle. Declaró inexecutable el término "que haya roto vínculos con familiares", inicialmente incluido en la Ley 1641 de 2013
Sentencia T-043/2015, CC	Precisa que toda persona, incluyendo al habitante de calle, es libre de desarrollar su personalidad acorde con su visión de proyecto de vida.
Sentencia T-092/2015, CC	Señala que el Estado debe proteger al habitante de la calle y, de esta manera, garantizar su reconocimiento a la personalidad jurídica.
Sentencia C-281/2017, CC	Declara inexecutable el párrafo 3 del art. 41 del Código de Policía de 2016. No se podrán trasladar e internar a los habitantes de calle en contra de su voluntad.
Sentencia T-398/2019	Destacó la dignidad humana de la mujer en situación de habitanza de calle y gestión de su higiene menstrual.
C-062/2021	Exceptúa a los habitantes de calle de las medidas correctivas ante la realización de necesidades fisiológicas en espacio público, y exhorta a las autoridades territoriales a que adopten acciones y políticas que garanticen a esta población el acceso universal a la infraestructura sanitaria.

Fuente: Elaboración propia para el PDSP 2022 – 2031

## Marco Normativo Población con Discapacidad

La promulgación de la Constitución Política de 1991 fue el hito que dio inicio al desarrollo del marco jurídico, que enmarcado en la lógica del Estado Social de



Derecho y regido por el principio de igualdad y dignidad humana, determina y busca garantizar los derechos de las personas con discapacidad y establecer las obligaciones del Estado y la sociedad en este ámbito.

La Constitución Política de Colombia compromete al Estado a asegurar para sus ciudadanos los derechos fundamentales en condiciones de igualdad y justicia. Establece que Colombia es un Estado Social de Derecho, fundado, entre otras cosas, en el respeto de la dignidad humana. En este sentido, la Constitución desde sus principios y su articulado sobre discapacidad permite proteger los derechos de las personas con discapacidad y propender por el respeto de su dignidad humana mediante i) la lucha contra la discriminación, ii) el reconocimiento de algunos derechos específicos para esta población y iii) la comprensión de los derechos y necesidades de forma integral y holística (Parra y Londoño, 2004).

Uno de los pilares fundamentales de la Constitución de 1991 es el artículo 13 en el cual se consagra el principio de igualdad para todos ciudadanos colombianos. En este artículo se establece que todas las personas nacen libres e iguales ante la ley y, en esta medida, deben recibir la misma protección y trato de las autoridades y gozar de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica. Asimismo, se consagra que el Estado debe promover las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y deberá entonces adoptar medidas en favor de los grupos discriminados o marginados. Según este mandato, el Estado también debe proteger a aquellas personas que por su condición económica, física o mental se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta.

Dentro del articulado constitucional se hace alusión expresa a los derechos fundamentales de aquellas personas que gozan de especial protección ante la ley como es el caso de las personas con discapacidad, se establecen mandatos específicos sobre los derechos a la salud, al trabajo, a la educación, a la participación y a la cultura de las personas con discapacidad, consagrando así la responsabilidad del Estado de eliminar las barreras que limitan su participación y plena inclusión social. De manera específica, en relación con el derecho fundamental a la salud, en los artículos 47, 48 y 49 de la Constitución se determinó



que el Estado debe adelantar una política de previsión, rehabilitación e inclusión social para las personas con discapacidad y que se debe garantizar el acceso a la seguridad social y a servicios médicos oportunos y de calidad para todos los ciudadanos.

Otro hito normativo importante en la garantía de los derechos de las personas con discapacidad es la expedición del *Código de la Infancia y la Adolescencia*, mediante la Ley 1098 de 2006, que en su artículo 36 establece los derechos de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad. Dicho artículo establece que “además de los derechos consagrados en la Constitución Política y en los tratados y convenios internacionales, los niños, las niñas y los adolescentes con discapacidad tienen derecho a gozar de una calidad de vida plena, y a que se les proporcionen las condiciones necesarias por parte del Estado para que puedan valerse por sí mismos, e integrarse a la sociedad”. De forma específica define que tienen derecho “al respeto por la diferencia y a disfrutar de una vida digna en condiciones de igualdad con las demás personas”, “a recibir atención, diagnóstico, tratamiento especializado, rehabilitación y cuidados especiales en salud, educación, orientación y apoyo a los miembros de la familia o a las personas responsables de su cuidado y atención”, “a la educación gratuita en las entidades especializadas para el efecto” y “a ser destinatarios de acciones y de oportunidades para reducir su vulnerabilidad y permitir la participación”.

En el año 2007 es promulgada la Ley 1145 por la cual se organiza el Sistema Nacional de Discapacidad, cuyo objeto es “impulsar la formulación e implementación de la política pública en discapacidad, en forma coordinada entre las entidades públicas del orden nacional, regional y local, las organizaciones de personas con y en situación de discapacidad y la sociedad civil, con el fin de promocionar y garantizar sus derechos fundamentales, en el marco de los Derechos Humanos” (Artículo 1º). Igualmente, se establece que “la formulación de políticas macroeconómicas y sectoriales, se hará en forma articulada con los diferentes actores institucionales y sociales involucrados, teniendo en cuenta la situación de la discapacidad en el país” (Parágrafo 1º, Artículo 1º).



Una nueva era en el desarrollo normativo en materia de discapacidad en Colombia nace con la aprobación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que en el país toma cuerpo mediante la Ley 1346 de 2009, y es ratificada mediante la Sentencia C-293/10 de la Honorable Corte Constitucional. Se trata de la primera convención de derechos del siglo XXI, cuyo propósito es *“promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente”*.

Al hacer parte del bloque de constitucionalidad (artículo 93 de la Constitución Política de Colombia), la Convención tiene la misma fuerza de ley que las normas constitucionales y, por lo tanto, con su ratificación el Estado colombiano se comprometió a reformar todas las leyes, normas y políticas a través de las cuales se discrimine a las personas con discapacidad. Sobre este punto se debe tener en cuenta que se trata de modificaciones que deben seguir el principio de progresividad de las políticas y, por lo tanto, se deben realizar las modificaciones necesarias en un tiempo razonable. Además, en el artículo 4º se resalta que en la elaboración y aplicación de legislación y políticas para hacer efectiva la Convención, los Estados Parte *“celebrarán consultas estrechas y colaborarán activamente con las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas con discapacidad, a través de las organizaciones que las representan”*, estableciendo así un mandato de participación en el diseño de las políticas públicas sobre discapacidad.

Sobre la base que establece la aprobación y ratificación de la Convención y con el concurso y participación de los ciudadanos colombianos y de las organizaciones de la sociedad civil, en febrero de 2013 fue promulgada la Ley Estatutaria 1618. Una ley de inmediato cumplimiento que tiene por objetivo garantizar y asegurar el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con discapacidad, mediante la adopción de medidas de inclusión, acciones afirmativas, ajustes razonables y eliminación de toda forma de discriminación por razón de discapacidad. La Ley 1618 dicta medidas específicas para garantizar los derechos de los niños y las niñas con discapacidad; el acompañamiento a las familias; el



derecho a la habilitación y rehabilitación; a la salud; a la educación; a la protección social; al trabajo; al acceso y accesibilidad; al transporte; a la vivienda; a la cultura; el acceso a la justicia; entre otros.

Sobre esta base normativa, y con la asignación de recursos y la fijación de metas, en diciembre de 2013 se expidió el documento Conpes 166 titulado Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social –PPDIS-. El objetivo de la Política Pública es “garantizar el goce pleno, y en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas con discapacidad, a través de cinco estrategias, estas son: i) transformación de lo público; ii) garantía jurídica; iii) participación en la vida política y pública; iv) desarrollo de la capacidad, y v) reconocimiento a la diversidad. Cada una de estas estrategias cuenta con un conjunto de acciones asociadas que buscan dar cumplimiento a los objetivos de la Política Pública.

La Ley Estatutaria 1751 de 2015 por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones, establece en su artículo 11º que la atención en salud para las personas con discapacidad no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica. Las instituciones que hagan parte del sector salud deberán definir procesos de atención intersectoriales e interdisciplinarios que les garanticen las mejores condiciones de atención. En este sentido y de acuerdo con la norma citada, ninguna persona con discapacidad puede ser excluida de la garantía de su derecho a la salud.

En relación con las competencias del sector salud y como parte del proceso de reglamentación de la Ley Estatutaria 1618 de 2013 y de implementación de la PPDIS, este ministerio ha expedido, entre otros, los siguientes actos administrativos que promueven la garantía de los derechos a la salud y la rehabilitación de las personas con discapacidad. Se debe tener en cuenta que el acceso a la atención integral en salud, el derecho a la salud, a la habilitación y a la rehabilitación se debe garantizar a todos los ciudadanos colombianos, incluidas las personas con discapacidad:

- La Circular 010 de marzo de 2015 dirigida a Entidades Promotoras de Salud – EPS, Prestadores de Servicios de Salud y afiliados del Sistema



General de Seguridad en Salud, con el fin de garantizar el acceso, la calidad y prestación oportuna de todos los servicios de salud necesarios para la habilitación y rehabilitación integral en salud de las personas con discapacidad, estableciendo acciones de promoción de los derechos de esta población.

- De acuerdo con la Circular 016 de 2014 expedida por este ministerio, se insta a las Entidades Promotoras de Salud –EPS- a dar estricto cumplimiento a los acuerdos 260 de 2004 y 365 de 2007 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, y a las disposiciones legales expedidas con posterioridad a estos acuerdos, que *exceptúan de manera concurrente del pago de cuotas moderadoras y copagos a “las personas con cualquier tipo de discapacidad en relación a su rehabilitación funcional, cuando haya establecido el procedimiento requerido en concordancia con los artículos 65 y 66 de la Ley 1438 de 2011 y el numeral 9º del artículo 9º de la Ley Estatutaria 1618 de 2013”*, Entendiéndose como rehabilitación funcional al “proceso de acciones médicas y terapéuticas, encaminadas a lograr que las personas con discapacidad estén en condiciones de alcanzar y mantener un estado funcional óptimo desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico o social, de manera que les posibilite modificar su propia vida y ser más independientes” (artículo 2º, numeral 6 de la Ley Estatutaria 1618 de 2013). Este beneficio demanda acreditar ante la respectiva EPS la condición de discapacidad mediante certificado de discapacidad.
- En relación con el proceso de rehabilitación funcional, la **Resolución 292 de 2021** “Por la cual se actualizan integralmente los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)” establece que los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen la atención en salud, evaluaciones, atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes, realizadas por profesionales de la salud; así como todas las tecnologías en salud y los servicios



contenidos en dicho acto administrativo, para las personas con discapacidad física, sensorial o cognitiva. Será el profesional tratante, quien determine el plan de tratamiento a seguir, de conformidad con la discapacidad y motivo de intervención.

La prestación de estos servicios se da a través de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios –EAPB, como son las EPS o quien haga sus veces, tanto en el régimen contributivo como en el régimen subsidiado. La mencionada resolución define que las prótesis, órtesis y audífonos están cubiertas, así como algunas ayudas para caminar que no incluyen las sillas de ruedas. Sin embargo, los entes territoriales cuentan con programas de Bancos de Ayudas Técnicas que, tras la evaluación pertinente, entregan las ayudas técnicas que no sean financiadas con recursos de la UPC y que requieran las personas con discapacidad.

- La Resolución 1904 de 2017 dispone que se debe garantizar que las personas con discapacidad, sobre la base de un enfoque diferencial, accedan a información adecuada y suficiente sobre sus derechos sexuales y derechos reproductivos y señalar las obligaciones correlativas que surjan para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS respecto de la provisión de apoyos, ajustes razonables y salvaguardias que les permita tomar decisiones informadas en esta materia para el acceso a los respectivos servicios. Estas disposiciones son retomadas por la Resolución 3280 de 2018 como mecanismo para la adaptabilidad de las Rutas Integrales de Atención en Salud a las necesidades de la población con discapacidad.
- El Decreto 2353 de 2015 establece la ampliación del núcleo familiar para incluir como beneficiarios a los hijos y hermanos con discapacidad, mayores de 25 años, que dependan económicamente del cotizante.



- La Resolución 113 de 2020 dicta disposiciones en relación con la certificación de discapacidad y el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad.

## **Marco normativo población campesina**

### ***Marco Normativo población LGTBI***

#### ***Ámbito internacional***

**Declaración de Montreal:** Adoptada en el marco de la Conferencia Internacional de los Derechos Humanos LGTB, realizada en julio de 2006 en Montreal - Canadá, la cual contó con la participación de Louise Arbour -Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos 2004-2008. Esta declaración contempla todos los aspectos de la vida de las personas LGTB, se divide en cinco secciones: i) “Derechos Fundamentales”, exige salvaguardar y proteger los derechos más básicos de las personas LGTB, ii) “Retos mundiales”, describe un diagnóstico de situación, mencionando las próximas metas a alcanzar a nivel mundial, iii) “Diversidad de la comunidad LGTB”, Conformada por una pluralidad de personas, por lo que resulta relevante mantener el respeto y la no discriminación, iv) “Participación en la sociedad” con relación al trabajo, educación, atención sanitaria, entre otros, v) “Crear el Cambio social” llamado a que cada uno realice un esfuerzo para mejorar la situación local y mundial del colectivo LGTB.

**Principios de Yogyakarta:** sobre la Aplicación de la Legislación Internacional de Derechos Humanos en Relación con la Orientación Sexual y la Identidad de Género. Adoptados en noviembre de 2006 en Yogyakarta - Indonesia, por el Panel Internacional de Especialistas en Legislación Internacional de Derechos Humanos y Orientación Sexual e Identidad de Género, con el objetivo de “reafirmar las normas legales internacionales vinculantes que todos los Estados deben cumplir.” Así como de “proteger los derechos humanos para todas las personas sobre la base de la igualdad y sin discriminación alguna a partir de lo enunciado en 29 principios que recogen de manera amplia y específica los derechos de esta población.



## ***Ámbito nacional***

**Constitución Política de la República de Colombia de 1991:** Parte de la base de lo establecido en el Artículo 1. Colombia es un Estado Social de derecho, [...] fundada en el respeto de la dignidad humana, [...], donde otorga una responsabilidad al Estado frente a la garantía de las condiciones mínimas de disfrute de los derechos contenido en la Carta Política a todas las personas; Artículo 5. [...] Las autoridades de la república están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia en su vida, [...]; Artículo 13. Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley [...]; Artículo 16. Todas las personas tienen derecho al libre desarrollo de su personalidad.

**Ley 1752 de 2015.** Esta ley tiene por objeto sancionar penalmente actos de discriminación por razones de raza, etnia, religión, nacionalidad, ideología política o filosófica, sexo u orientación sexual, discapacidad y demás razones de discriminación. En esta Ley se define la discriminación como la obstrucción o restricción arbitraria del pleno ejercicio de los derechos de las personas por razón de su raza, nacionalidad, sexo u orientación sexual, discapacidad y contempla sanciones de (12) a treinta y seis (36) meses y multa de diez (10) a quince (15) salarios mínimos legales mensuales vigentes para quien incurra en actos de discriminación.

**Decreto 762 de 2018.** Adopta la Política Pública para la Garantía del Ejercicio Efectivo de los Derechos de las Personas que hacen Parte de los Sectores Sociales LGBTI y de Personas con Orientaciones Sexuales e Identidades de Género Diversas, adicionando un capítulo al Título 4 de la Parte 4 del Libro 2, del Decreto 1066 de 2015, Único Reglamentario del Sector Interior.

**Sentencia C-811 de 2007.** Esta sentencia de constitucionalidad establece el reconocimiento del derecho de afiliación como beneficiarios al régimen de seguridad social a parejas del mismo sexo.



**Sentencias T-876 de 2012, T-918 de 2012, T-771 de 2013 y T-552 de 2013.**

Estas sentencias de tutela establecen la protección de los derechos al libre desarrollo de la personalidad, la identidad sexual, la dignidad humana y a la salud de personas trans, a través del ordenamiento de la programación y prestación de la cirugía de reafirmación de sexo, así como de los servicios requeridos para que el tránsito sea exitoso.

**Sentencia T-450A de 2013.** Derecho a la salud y obligación de registro de los menores intersexuales o con ambigüedad genital.

**Sentencia T-444 de 2014.** Esta sentencia de tutela se pronuncia frente a la protección del derecho de habeas data.

**Sentencia T-376 de 2019.** Esta sentencia de tutela se resuelve en pro del amparo de los derechos a la no discriminación, la salud y el habeas data de un hombre gay con VIH.

## **Marco Normativo Población Migrante**

### ***Ámbito Internacional***

- El Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas
- Declaración Universal de Derechos Humanos
- Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer
- Convención sobre los Derechos del Niño
- Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)
- Pacto Mundial para una Migración Segura, Ordenada y Regular
- Plan Regional de Respuesta a Refugiados y Migrantes (RMRP por sus siglas en inglés)



## ***Ámbito Nacional***

Partiendo de la Constitución Política de 1991, en la cual el artículo 9, 13, 44, 93, 96, 100, 209, 289 que parte del reconocimiento de los principios del derecho internacional aceptados por Colombia, los tratados y convenios internacionales ratificados por el Congreso, que reconocen los derechos humanos y que prohíben su limitación en los estados de excepción, prevalecen en el orden interno, los derechos y deberes, de conformidad con los tratados internacionales sobre derechos humanos ratificados por Colombia. Adicionalmente, reconocen que los extranjeros disfrutarán en Colombia de los mismos derechos civiles que se conceden a los colombianos con excepción de aquellos casos que reglamente la Ley y resalta por mandato que los departamentos y municipios ubicados en zonas fronterizas podrán adelantar directamente con la entidad territorial limítrofe del país vecino, de igual nivel, programas de cooperación e integración, dirigidos a fomentar el desarrollo conminatorio, la prestación de servicios públicos y la preservación del ambiente.

A raíz de la migración especialmente procedente de Venezuela, el Estado colombiano ha adoptado medidas para mitigar la afectación de los derechos fundamentales de la población migrante, Lo anterior, debido al aumento significativo de colombianos que fueron repatriados, deportados o expulsado, o que retornaron voluntariamente desde la República Bolivariana de Venezuela.

Los principales desarrollos a este respecto se resumen en el cuadro 2.

### **Cuadro 2: Normativa para la población migrante en Colombia.**

<b>Tipo</b>	<b>Nombre</b>	<b>Asunto</b>
Constitución política	Constitución política de Colombia 1991	



<b>Tipo</b>	<b>Nombre</b>	<b>Asunto</b>
Decreto	Decreto 1768 de 2015	Por el cual se establecen las condiciones para la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de los migrantes colombianos que han sido repatriados, han retornado voluntariamente al país, o han sido deportados o expulsados de la República Bolivariana de Venezuela.
Decreto	Decreto 1770 de 2015	Por el cual se declara el Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en parte del territorio nacional.
Decreto	Decreto 1495 de 2016	Por el cual se modifican los artículos 2.9.2.5.2, 2.9.2.5.3 y 2.9.2.5.8 del Capítulo 5, Título 2, Parte 9 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.
Sentencia	Sentencia SU-677 de 2017	Establece que se cubren las atenciones “En particular, en lo relacionado con la atención gratuita de mujeres gestantes que no estén afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud y que requieran de manera expresa los servicios de salud materna, relacionados con el embarazo, el parto y el post parto”
Circular	Circular Externa 012 de 2017	Envío de los datos al Ministerio de Salud y Protección Social del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud — RIPS, de las atenciones realizadas a ciudadanos extranjeros en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de los departamentos ubicados en las fronteras con Brasil, Ecuador, Panamá, Perú, Nicaragua y Venezuela.
Resolución	Resolución 5797 de 2017	Por medio del cual se crea el Permiso Especial de Permanencia (PEP)
Resolución	Resolución 1272 de 2017	Por la cual se implementa el Permiso Especial de Permanencia (PEP) creado mediante al Resolución 5797 del 25 de julio de 2017 del Ministerio de Relaciones Exteriores, y se establece el procedimiento para su expedición a los nacionales venezolanos.
Circular	Circular 025 de 2017	Fortalecimiento de Acciones en Salud Pública para responder a la Situación de Migración de Población Proveniente de Venezuela
Circular	Circular Externa 029 de 2017	Envío de los datos al Ministerio de Salud y Protección Social del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - RIPS, de las atenciones realizadas a personas extranjeras en las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud



<b>Tipo</b>	<b>Nombre</b>	<b>Asunto</b>
Resolución	Resolución 3015 de 2017	Por medio de la cual se incluye el Permiso Especial de Permanencia - PE como documento válido de identificación en los sistemas de información del Sistema de Protección Social.
Decreto	Decreto 2228 de 2017	Por el cual se modifica el artículo 2.1.5.1 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social en relación con los afiliados al Régimen Subsidiado
Resolución	Resolución 740 de 2018	Por la cual se establece un nuevo término para acceder al Permiso Especial de Permanencia (PEP), creado mediante Resolución número 5797 del 25 de julio de 2017 del Ministerio de Relaciones Exteriores, y se dictan otras disposiciones sobre la materia.
Decreto	Decreto 542 de 2018	Por el cual se desarrolla el artículo de la Ley 1873 de 2017 y se adoptan medidas para la creación de un registro administrativo de migrantes venezolanos en Colombia que sirva como insumo para el diseño de una política integral de atención humanitaria
Decreto	Decreto 1288 de 2018	"Por el cual se adoptan medidas para garantizar el acceso de las personas inscritas en el Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos a la oferta institucional y se dictan otras medidas sobre el retorno de colombianos"
Decreto	Decreto 6370 de 2018	Por la cual se reglamenta la expedición del Permiso Especial de Permanencia - PEP creado mediante la Resolución 5797 de 2017 del Ministerio de Relaciones Exteriores, para su otorgamiento de las personas inscritas en el Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos, de conformidad con lo dispuesto en la Resolución 1288 del 25 de Julio de 2018.
Resolución	Resolución 1465 de 2019	Por la cual se implementa la expedición del Permiso Especial de Permanencia (PEP), creado mediante Resolución 5797 de 2017, para su otorgamiento a los nacionales venezolanos miembros de las Fuerzas Armadas y Policiales de la República Bolivariana de Venezuela, de conformidad con lo dispuesto en la Resolución 2540 del 21 de mayo de 2019 del Ministerio de Relaciones Exteriores.
Circular	Circular Externa 023 de 2019	Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de los recién nacidos, menores de edad, hijos de padres no afiliados y a cargo del ICBF.



<b>Tipo</b>	<b>Nombre</b>	<b>Asunto</b>
Circular	Circular Externa 024 de 2019	Instrucciones para el Diligenciamiento de las Variables de tipo y número de indentificación en el Certificado de Nacido Vivo y el Certificado de Defunción
Ley	Ley 1997 de 2019	Por medio del cual se establece un Régimen Especial y Excepcional para Adquirir la Nacionalidad Colombiana por Nacimiento, para hijos e hijas de Venezolanos en Situación de Migración Regular o Irregular, o de Solicitantes de Refugio, Nacidos en Territorio Colombiano, con el fin de Prevenir la Apatridia.
Decreto	Decreto 109 de 2021	Por el cual se adopta el Plan Nacional de Vacunación contra el COVID - 19 y se dictan otras disposiciones.
Decreto	Decreto 216 de 2021	Por medio del cual se adopta el Estatuto Temporal de Protección para Migrantes Venezolanos Bajo Régimen de Protección Temporal y se dictan otras disposiciones en materia migratoria
Resolución	Resolución 1832 de 2021	Por la cual se efectúa una asignación de recursos del proyecto de inversión "Fortalecimiento de la atención en salud de la población migrante no asegurada Nacional"
Resolución	Resolución 572 de 2022	Por la cual se incluye el Permiso por Protección Temporal — PPT como documento válido de indentificación de los migrantes venezolanos en los sistemas de información del Sistema de Protección Social y se definen sus especificaciones

