



UNIVERSIDAD[®]
DE ANTIOQUIA
1 8 0 3

Iván Arroyave (ed.)

Caracterización de Políticas Públicas en Salud (PPS): Ruta de Revisión Documental (RRD)

Caracterización de Políticas Públicas en Salud (PPS)

Iván Arroyave
(ed.)

Caracterización de Políticas Públicas en Salud (PPS)

Ruta de Revisión Documental (RRD)

AUTORES PRINCIPALES:

Ivan Arroyave · Carlos Alberto Reina Bolaños
Claudia Elisa Jansasoy Muñoz · Hugo René Mora Cruz
José Fernando Tovar Valle · Juan Carlos Alzate Ángel
Juan Pablo Sánchez Escudero · Paula Andrea Taborda Restrepo
Valeria Osorno Arroyave · Yenifer Alejandra Álvarez Ceballos

COAUTORES:

Anthony Garcés Hurtado · Carlos Alberto Rojas Arbeláez
Evert Giraldo Kuriu Naforo · Juan Danyster Montoya
Natalia Trujillo Orrego · Samuel Andrés Arias Valencia



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

Octaedro 
Editorial

Colección Horizontes Universidad

Título: *Caracterización de Políticas Públicas en Salud (PPS): Ruta de Revisión Documental (RRD)*

Este libro fue cofinanciado por la Convocatoria “Fernando Zambrano Ulloa” 2021 para publicación de libros de la Facultad Nacional de Salud Pública y el Grupo de Investigación en Aplicaciones Estadísticas y Salud Pública de la Facultad Nacional de Salud Pública. La evaluación por pares (doble-ciego) fue realizada por el Centro de Investigación de la Facultad Nacional de Salud Pública en el marco de la citada convocatoria.

Primera edición: marzo de 2024

© Iván Arroyave (ed.)

© De esta edición:

Ediciones OCTAEDRO, S.L.
C/ Bailén, 5 – 08010 Barcelona
Tel.: 93 246 40 02
octaedro@octaedro.com
www.octaedro.com

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

ISBN: 978-84-19900-79-1

Diseño y producción: Octaedro Editorial

Sumario

| | |
|--------------------|---|
| Introducción | 9 |
|--------------------|---|

PRIMERA PARTE. ABORDAJE METODOLÓGICO

| | |
|--|----|
| 1. Metodología | 15 |
| IVÁN ARROYAVE, PAULA TABORDA | |
| 2. Ruta de Revisión Documental (RRD) para la caracterización de Políticas Públicas en Salud (PPS) ... | 21 |
| IVÁN ARROYAVE | |

SEGUNDA PARTE. CARACTERIZACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD (PPS) EN COLOMBIA EMPLEANDO LA RUTA DE REVISIÓN DOCUMENTAL (RRD)

| | |
|---|----|
| 3. Trastornos Específicos del Aprendizaje: consideraciones en torno a los sistemas de educación y salud en Colombia | 47 |
| JUAN PABLO SÁNCHEZ-ESCUADERO, NATALIA TRUJILLO ORREGO, IVÁN ARROYAVE | |
| 4. La autonomía médica y el reconocimiento profesional durante la COVID-19: análisis a la normatividad nacional e internacional | 63 |
| JOSÉ FERNANDO TOVAR-VALLE, SAMUEL ANDRÉS ARIAS VALENCIA | |
| 5. Derecho a la participación social de las personas en situación de discapacidad. Una mirada desde las políticas públicas | 81 |
| CLAUDIA ELISA JANSASOY-MUÑOZ, IVÁN ARROYAVE | |

| | |
|--|-----|
| 6. Percepción de la salud territorial desde los pueblos originarios. | 101 |
| HUGO RENÉ MORA CRUZ, IVÁN ARROYAVE, EVERT GIRALDO KURIU NAFORO | |
| 7. Desnutrición y seguridad alimentaria y nutricional: análisis de las políticas públicas en Colombia 1945-2020. | 117 |
| PAULA ANDREA TABORDA RESTREPO, IVÁN ARROYAVE | |
| 8. La resistencia adquirida a los antirretrovirales: un problema de salud pública emergente y multicausal . . . | 135 |
| JUAN CARLOS ALZATE ÁNGEL, IVÁN ARROYAVE, CARLOS ALBERTO ROJAS ARBELÁEZ | |
| 9. Implementación de políticas públicas con la finalidad de reducir siniestros y casos de accidentabilidad en Colombia | 149 |
| YENIFER ALEJANDRA ÁLVAREZ CEBALLOS, VALERIA OSORNO ARROYAVE, IVÁN ARROYAVE | |
| 10. Atención primaria en salud: una mirada a la protección de la población en el contexto colombiano . | 169 |
| CARLOS ALBERTO REINA BOLAÑOS, ANTHONY GARCÉS HURTADO, JUAN DANYSYTER MONTOYA | |

TERCERA PARTE. PROPUESTAS DE POLÍTICA PÚBLICA
EN SALUD (PPS) EN APOYO A LA RUTA DE
REVISIÓN DOCUMENTAL (RRD)

| | |
|--|-----|
| 11. Articulación de estrategias territoriales bajo el Manejo Social de Riesgo (MSR) en Colombia. | 187 |
| IVÁN ARROYAVE | |
| 12. Apropiación social del conocimiento en políticas públicas en salud (PPS): de la academia a los actores sociales. | 201 |
| IVÁN ARROYAVE, SANDRA TRUJILLO, NATALIA TRUJILLO | |
| Índice | 217 |

Introducción

Este libro se apoya en la utilidad de contar con una guía de revisión documental para la caracterización de Políticas Públicas en Salud (PPS). De manera complementaria se presentan también una serie de investigaciones apoyadas en esta metodología de revisión. El trabajo pretende, por tanto, ser de referencia para quienes se dedican al estudio de las PPS, y a todos quienes se puedan servir de analizarlas, ofreciendo una herramienta que facilite la descripción y análisis exhaustivos de éstas desde una perspectiva normativa y funcional, proponiendo una revisión estandarizada y secuencial para la búsqueda y análisis documental.

Los dos primeros capítulos de este libro, su primera parte, presentan el abordaje metodológico propuesto para que los investigadores del sector salud realicen la caracterización de diferentes PPS. El primer capítulo expone el abordaje epistemológico, mientras que el segundo muestra cómo se puede hacer una descripción a profundidad de una PPS siguiendo una secuencia desde el horizonte tanto espacial como temporal, de lo más amplio a lo más concreto, facilitando y mejorando la labor del académico en la etapa de la evaluación de una política pública en salud, a lo que se ha dado en llamar «Ruta de Revisión Documental (RRD) para la caracterización de políticas públicas en salud (PPS)». Se agrega un apéndice en el cual se da cuenta de las fuentes de consulta y la guía documental empleada para el caso de Colombia, que sirve tanto a investigadores de otros países que quieran emplear la RRD para sus propios contextos, al brindar un ejemplo que puede servir de orientación, como para los autores de la segunda parte del libro.

La segunda parte consiste en una serie de estudios empleando esta RRD para varias PPS en Colombia, por parte de investigadores en formación (epidemiólogos y salubristas) que se sirven de ésta para apoyar sus monografías o tesis, que es el campo en los que esta propuesta metodológica aspira a hacer su mayor aporte. Los hallazgos obtenidos, más allá de la perspectiva de la salud de manera sectorial aislada, se relacionan con los procesos de reforma del Estado y los modelos de política social que están condicionados por los modelos de desarrollo que históricamente se han consolidado en cada Estado.

Como se puede observar en la segunda parte de este libro, la RRD para caracterizar PPS no es una herramienta con aspiraciones meramente descriptivas, sino que apunta a que el académico que la emplee pueda obtener conclusiones útiles para futuras investigaciones y para los propósitos de su propio tema de investigación en la medida en que se obtienen hallazgos desafiantes que puedan ayudar a canalizar nuevas inquietudes.

La caracterización de las políticas analizadas en esta segunda parte, y su análisis, ha permitido a los autores identificar en Colombia: el bajo desarrollo de políticas para los trastornos del aprendizaje y la baja integración entre los sectores educativos y de la salud para su atención; la falta de participación en la formulación de políticas de autonomía médica, apoyándose en los hallazgos sobre el tema durante la pandemia de Covid-19; las políticas para la atención de las personas en situación de discapacidad están formuladas, pero no existen mecanismos para evaluar y asegurar la participación de éstas personas y sus familias; la cosmovisión indígena considera a la Tierra como una madre (la Pachamama) de la que surge todo lo que existe, mientras el pensamiento hegemónico la entiende como proveedora inagotable de recursos; en plena era de la cuarta revolución, y a pesar de contar con un marco político, conceptual y programático persisten y se agudizan los problemas alimentarios y la mortalidad asociada a la desnutrición; las estrategias de la Organización Mundial de la salud (OMS) para el control de la epidemia de VIH no han avanzado de acuerdo a lo prescrito debido a situaciones como que los reportes oficiales no tratan el tema de la resistencia adquirida a los antirretrovirales, tema que no debe seguir siendo valorada con una mirada microbiológica; las políticas de seguridad vial, analizadas en diferentes ciudades y de acuerdo a dife-

rentes usuarios viales, muy centradas en el control de velocidad, han logrado reducir la mortalidad por eventos viales, quedando como sugerencia la aplicación más exhaustiva de otras medidas complementarias; ante los retos que atraviesa el sistema de salud colombiano la atención primaria en salud, que ha recibido mayor o menor atención según el momento histórico del país, es una alternativa en su redireccionamiento.

Estos hallazgos son insumo fundamental de política para los decisores y actores interesados, e incluso pueden servir de orientación a investigadores de otros contextos para obtener sus propios resultados y abordar el reto de generar cambios reales en el entorno social. Y justo de eso trata el último capítulo del libro en el cual se formula un modelo para llevar el conocimiento obtenido con el abordaje metodológico aquí propuesto desde la Academia hasta los actores sociales. Son dos los capítulos que componen la tercera parte de este libro sobre formulación de PPS a partir de lo obtenido por la RRD para PPS: además del mencionado, en otro capítulo se aborda el desafío de articular orgánicamente al nivel de estado nacional un cuerpo de políticas públicas saludables apoyados en un modelo de protección social: el Manejo Social de Riesgo (MSR).

Por último, este libro está concebido como un primer volumen de análisis de PPS apoyado en esta ruta de revisión documental, en aras de conformar una colección de los trabajos que se vayan adelantando con otras generaciones de estudiosos del tema. Los investigadores en formación, a modo de sugerencia, e independiente del abordaje sobre el cual vayan a desarrollar sus investigaciones (cualitativo, epidemiología, demografía, sociología, incluso ciencias médicas u otros), pueden servirse de esta caracterización para iniciar sus monografías o tesis, lo cual claramente, y de acuerdo con las disertaciones aquí presentadas, tiene la capacidad de abrir el horizonte hacia nuevas inquietudes.

A partir de estos trabajos, sobre todo, se aspira a contribuir no solo a la investigación, sino a la formulación y reformulación de las políticas públicas en salud.

**Primera parte.
Abordaje metodológico**

Metodología

IVÁN ARROYAVE¹

PAULA TABORDA^{1, 2}

¹ Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia

² Fundación Santa Fe de Bogotá

Tipo de estudio

La revisión de un tema, tal cual se aborda en este trabajo, es una actividad científica y, como tal, obedece a procesos inductivos (recolección y sistematización de los datos)^[1]. En este trabajo el proceso de revisión no sistemática^[2] procuró elaborar el diseño de un panorama general y deductivo (interpretación y nueva construcción) enmarcado en principios epistemológicos y metodológicos que, en este caso, se insertaron en un paradigma constructivista y en una postura epistemológica hermenéutica^[3].

El enfoque epistemológico, entonces, fue transaccional y se evidencia en la aproximación hermenéutica a la lectura de los textos y las técnicas de investigación. Por lo tanto, el investigador y el objeto de investigación vinieron entrelazados, propiciando que los hallazgos se conformaran a medida que la investigación progresaba^[4].

En el paradigma constructivista, las realidades se crean a partir de las múltiples construcciones mentales y ofrecen una aproximación especialmente útil para la investigación^[5]. La aproximación al conocimiento tuvo la finalidad de ser dialógica y comunicativa. Los fundamentos epistemológicos de la revisión de un tema se apoyaron en los de la corriente hermenéutica como técnica y arte de la interpretación textual^[6]. Este modelo fue especialmente útil al abordaje de esta Ruta de Revisión Documental (RRD) para la caracterización de políticas públicas en salud (PPS) en tanto las realidades son múltiples en este paradigma

y el estado del arte se convierte en un ejercicio hermenéutico del investigador, quien le hace preguntas al texto producido por otros autores y desde allí da cuenta de lo producido por la investigación^[7].

Se reconoce en el presente trabajo la hermenéutica como una postura valiosa para la profunda interpretación del mundo de la vida y de sus componentes por parte de los sujetos. Esta perspectiva supone una tarea doble: (i) reconstruir la dinámica interna del texto (objeto, situación, símbolo, realidad, entre otros) y (ii) restituir la capacidad de la obra para proyectarse al exterior mediante la representación de un mundo habitable^[8].

Investigación documental

Para la búsqueda de los datos se hizo una organizada exploración de textos seleccionados por medio de una Ruta de Revisión Documental (RRD).

La investigación documental es depositaria de un lenguaje hermenéutico^[8]. La comprensión se da por la interpretación cuando un texto presenta dificultad en el descubrimiento de su sentido^[9]. Así, y en correspondencia con dicho enunciado, la comprensión de los textos objeto de lectura y análisis no equivale al posicionamiento de los investigadores en la posición del emisor de la teoría, sino en la fusión de este horizonte con el horizonte de los autores.

Para este trabajo se empleó solamente la investigación documental^[10], al acudir a fuentes primarias como documentos de posición, fuentes de derecho, manuales, artículos académicos, literatura gris, compendios explicativos del tema abordado y otros materiales escritos relevantes para la investigación, derivados de artífices formales (estatales o sectoriales en general), de la academia, o de cualquier otro actor social.

Se hizo con ello un inventario de las fuentes y una identificación en los textos de las categorías elegidas de antemano y se realizaron búsquedas en documentos con la finalidad de brindar una visión global de las temáticas de estudio.

Con estas fuentes debidamente organizadas siguiendo la RRD prescrita, se hizo un exhaustivo análisis cualitativo de contenido^[10] con elaboración de categorías y contextualización de la in-

formación. Este análisis de contenido tuvo como objetivo la producción de un metatexto que presentara el texto de análisis de una manera transformada en la que el intérprete fuera un puente entre el lector y el texto, que ayudara a aquel en la comprensión de este, no con el sentido dado por el autor o el intérprete sino con una construcción entre ambos mediada por el lenguaje^[11].

Para este trabajo se delimitaron^[10]:

- *Unidades de registro*: textos impresos de fuentes primarias.
- *Unidades de contexto*: marco de interpretación de la relevancia de las unidades de registro.

Fuentes de información

Entre las fuentes disponibles para hallar los datos requeridos para adelantar esta investigación se tuvieron en cuenta aquellas que hacen referencia a cada política pública en salud (PPS) analizada en el marco mundial, regional, nacional, y eventualmente subnacional.

Para su desarrollo se hizo una búsqueda y lectura de los documentos seleccionados y depurados y una identificación en las fuentes de los datos encontrados en relación con la identificación en los textos de los factores a caracterizar, de manera que brindaran una visión global de las temáticas de estudio. Todos los autores y coautores condujeron su abordaje metodológico con autonomía, de manera más o menos exhaustiva (considerando la intención y el alcance de cada trabajo), y con diferentes matices de caracterización documental y de evidencia.

Caracterización y proceso para el logro de los objetivos

En este recorrido metodológico se ilustran los movimientos y aproximaciones realizados al asunto problema de la investigación en dos aspectos:

Primero, una *reconstrucción de las PPS*, proceso que incluyó la evaluación de las diferentes formas como se han entendido, a partir de lo cual se efectuó la caracterización, ligada a unas

particularidades económicas, políticas y conceptuales. Esta reconstrucción puede ser considerada como un proceso emergente propio de dicha relación que esboza las características asumidas por las PPS en determinado país o contexto a estudiar, y su relación con las orientaciones político-filosóficas de los modelos imperantes para la formulación y revisión de estas políticas; y, asimismo, da cuenta de algunos los aspectos sociales, económicos, políticos e históricos que determinan y condicionan el ser y el hacer de las PPS en cada entorno.

Y segundo, una *caracterización de las PPS* para determinado modelo sanitario, con lo que se buscó conducir los trabajos hacia algún tipo de respuesta emergente a la forma como inciden las características que ha tenido determinada PPS, contribuyendo así a describir la importancia que han tenido estas características.

Aspectos éticos

Dado que la presente publicación no contiene ninguna investigación con un componente empírico en grupos sociales, no se requirió de un consentimiento informado. Según la clasificación expuesta en la Resolución 8430 de 1993, esta es considerada como una «investigación sin riesgo». En este marco, se observaron todas las normas^[12] y acuerdos nacionales e internacionales^[13] relacionados con propiedad intelectual en la obtención y utilización de material documental y, en general, con lo atinente a las consideraciones éticas.

Referencias

1. Nowell, L.S., et al., Thematic analysis: Striving to meet the trustworthiness criteria. *International journal of qualitative methods*, 2017. 16(1): p. 1609406917733847.
2. Patias, N.D. and J.V. Hohendorff, Criterios de calidad para artículos de investigación cualitativa. *Psicología em Estudo*, 2019. 24.
3. Gómez Riveros, J.H., *Comprensiones del conocimiento constructivista y construccionista; estudio hermenéutico*.

4. Fuster Guillen, D.E., Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. Propósitos y representaciones, 2019. 7(1): p. 201-229.
5. Lincoln, Y. and C. de la Cuesta Benjumea, Conexiones afines entre los métodos cualitativos y la investigación en salud. Investigación y Educación en enfermería, 1997. 15(2): p. 57-69.
6. Molina-Montoya, N.P., ¿Qué es el estado del arte? Ciencia y Tecnología para la salud Visual y Ocular, 2005(5): p. 73-75.
7. Guevara Patiño, R., El estado del arte en la investigación: ¿análisis de los conocimientos acumulados o indagación por nuevos sentidos? Folios, 2016(44): p. 165-179.
8. Ricoeur, P., Narratividad, fenomenología y hermenéutica. Anàlisi: quaderns de comunicació i cultura, 2000: p. 189-207.
9. Amador Bech, J., H.G. Gadamer: la historicidad de la comprensión de la historia. Estudios políticos (México), 2019(46): p. 13-40.
10. Galeano, M.E., Estrategias de investigación social cualitativa: el giro en la mirada. 2018: Fondo Editorial FCSH.
11. Campos, M.M. and L.A. Mújica, El análisis de contenido: una forma de abordaje metodológico. Laurus, 2008. 14(27): p. 129-144.
12. Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia). Resolución 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. 1993, Ministerio de Salud y protección social Bogotá.
13. Asamblea Mundial de la Salud, Declaración de Helsinki de la AMM-Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2019.

Ruta de Revisión Documental (RRD) para la caracterización de Políticas Públicas en Salud (PPS)

IVÁN ARROYAVE¹

¹ Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia

Resumen

En este capítulo se propone una Ruta de Revisión Documental (RRD) para la caracterización de políticas públicas en salud (PPS) ya sea en el ámbito nacional o subnacional, de modo que pueda elaborarse en cualquier país, enmarcada en tres dimensiones: (i) tipo de política: de Estado o de gobierno; (ii) tipo de plan según su horizonte temporal: estratégico (largo plazo), táctico (mediano plazo), y operativo (corto plazo); y (iii) el horizonte espacial de las fuentes documentales para caracterizar la PPS, según sea del contexto internacional y las muy variadas fuentes del ámbito multilateral (nivel supranacional), del Estado nacional, y del ámbito subnacional. Se da cuenta de tres tipos de fuentes de consulta y de cómo discriminarlos: normatividad, literatura gris y literatura científica. Finalmente, se elabora una especie de guía o índice documental en que se contemplan las principales fuentes de consulta para analizar la PPS en los ámbitos multilateral (sectorial e intersectorial) nacional y subnacional. En el apéndice se formulan a modo de ejemplo algunos componentes de PPS nacionales y subnacionales en Colombia, potencialmente extensibles a otros contextos en que se quiera realizar la RRD, detallando las que serían las principales fuentes de consulta de PPS tanto de tipo documental como estadístico, un índice documental para el caso colombiano y la articulación de las políticas y normas del nivel estratégico en Colombia con los planes nacionales y territoriales.

Introducción

La Ruta de Revisión Documental (RRD) de políticas públicas en salud (PPS) es una guía elaborada con la finalidad de caracterizar de manera exhaustiva una política pública en salud que sea motivo de interés para un investigador o un grupo de investigadores.

A partir de este abordaje, basado principalmente en análisis documental, pueden hacerse artículos de investigación o de revisión, así como ensayos o capítulos de libros si se aplica la caracterización de manera más superficial o selectiva. Ya con un abordaje más en extenso, se puede también producir una monografía, una tesina, un trabajo de grado, o incluso servir como capítulo o parte inicial de una tesis doctoral, en el caso de elegir adicionar datos recogidos en fuentes primarias analizándolos a partir de fuentes secundarias, incluyendo una exhaustiva revisión no solo documental sino de evidencia (revisión sistemática idealmente).

Tópicos conceptuales

Para empezar, se parte de un modelo simplificado de la planificación estatal en que se contemplan diferentes niveles con relación a:

Tabla 1. Modelos de planificación estatal

| | |
|---|---|
| Tipo de política: | Política de Estado Política de Gobierno |
| Tipo de plan (horizonte temporal): | Estratégico (largo plazo) Táctico (mediano plazo) Operativo (corto plazo) |
| Horizonte espacial: | Contexto internacional Estado nacional Nivel subnacional |

En este esquema se ignoran otras posibles tipologías de política pública, como los ámbitos de operación, enfocándose en estas tres dimensiones útiles a la RRD.

Tabla 2. Niveles de planificación estatal



Fuente: elaboración propia.

* Sectorial en este trabajo caso se refiere al sector salud. Puede referirse también a políticas multi o transectoriales (por ejemplo, políticas de protección social en lo relacionado directa o más indirectamente con la salud).

En el esquema, las flechas dan cuenta de secuencias o niveles jerárquicos. En la cúspide jerárquica se formula lo que se denomina bloque de constitucionalidad, que no solo está dado por la Constitución nacional, sino por otra serie de normas y principios que, sin ser parte expresamente en el texto constitucional, están normativamente integrados a ésta. Por principio, la misma Constitución suele establecer que son supraconstitucionales los tratados internacionales acogidos por el país (suscritos por el jefe de Estado y aprobados por el Congreso) y vinculados con los derechos humanos y las garantías para su cumplimiento. Otros componentes que pueden ser parte del bloque de constitucionalidad son algunas leyes de muy alto nivel y la jurisprudencia con la que las altas cortes interpretan la Constitución.

Debajo del bloque de constitucionalidad, el poder de formular leyes es del Congreso o Parlamento. A su vez el poder ejecutivo, tanto nacional como subnacional (o cualquier otro nivel ejecutivo) formula actos administrativos (a través de decretos y resoluciones). El orden de jerarquía es: primero el nivel nacional y luego el subnacional y, en cada nivel, primero la norma emanada del cuerpo colegiado nacional/subnacional y luego los actos administrativos del poder ejecutivo en estos niveles, todo ello dependiendo de la estructura orgánica y funcional de cada país. Además, es importante aclarar que prevalece la norma de mayor jerarquía (según la organización institucional de cada Estado),

así como la más reciente sobre una anterior entre aquellas de igual jerarquía.

La manera en que se debe realizar la RRD de acuerdo con este esquema es de izquierda a derecha y de arriba abajo, tomando como referente las celdas en el siguiente esquema:

Figura 1. Niveles de planificación estatal: horizonte espacial y temporal



Notas:

* Lo referente a Tratados Internacionales tanto como a guías de organismos multilaterales como Naciones Unidas y sus entidades adscritas (OMS, OIT, etc.), la Banca multilateral (BM, FMI, BID), organizaciones para el fomento del desarrollo (OCDE, PNUD), etc.

** Ya sea como región geográfica (América Latina y el Caribe - ALC, Las Américas, Europa occidental), o como organismos regionales: Organización de Estados Americanos (OEA), Comunidad Andina de Naciones (CAN), Unión Europea (UE), etc.

Igualmente, en lo relacionado con los niveles nacional y subnacionales recuérdese que no solo se tienen en cuenta las fuentes de derecho sino en general documentos de posición del orden estatal y fuentes no estatales.

Fuente: elaboración propia.

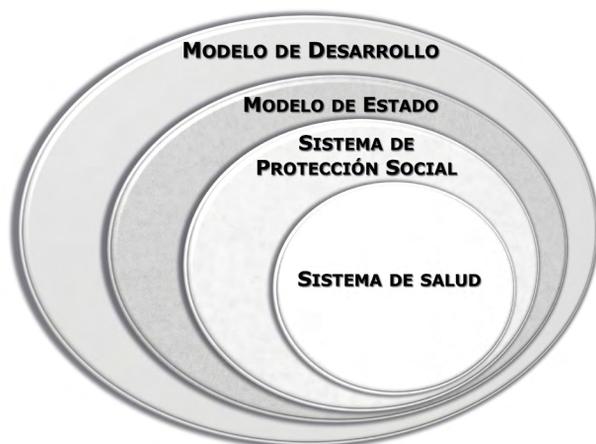
Si la política a analizar es del nivel nacional, no hay que abarcar los niveles subnacionales.

Esta RRD puede ser empleada para hacer un análisis transversal de la PPS en un punto de tiempo o para desarrollar un

análisis histórico de la PPS a lo largo del tiempo, con lo cual se añadiría una dimensión de análisis más.

Es importante también considerar, en la medida que se va haciendo el acercamiento en un horizonte espacial de lo multilateral a lo nacional, que existe un marco de políticas de Estado que adopta el país en un contexto de filosofía política con componentes racionales, ideológicos, éticos y de otro tipo, que condicionan la acción política y que son cruciales para el mejor entendimiento de la caracterización de la PPS analizada.

Figura 2. Dimensiones de las políticas de protección social



Fuente: elaboración propia.

Antes de iniciar con los mecanismos y las fuentes para la RRD, es imperativo aclarar que esta propuesta identifica los diferentes tópicos de caracterización hasta el año 2022, y que éstos deben ser actualizados con el tiempo.

Nota: Para todos los análisis del nivel nacional y subnacional en el resto de este capítulo —y en la segunda parte del libro— se añadirán como ejemplo las entidades y estructuras de Colombia en el Apéndice. La intención de ello es tanto dar la orientación directa de la búsqueda para quienes analizan PPS en Colombia como guiar las búsquedas documentales de los investigadores de otros contextos y países que eventualmente puedan encontrar paralelismos que sirvan de orientación a su propia caracterización.

Fuentes de consulta por horizonte espacial

Nivel supranacional

Se listan en este apartado una serie de instituciones que deben consultarse en busca de documentos de posición, lineamientos de política, publicaciones y otro tipo de información útil a los intereses de la caracterización de una PPS en el área específica de estudio.

Además de las más visibles entidades multilaterales sectoriales, se da cuenta de los aportes que puede hacer a una PPS para ser analizada, la banca multilateral, y otras instituciones multilaterales transectoriales en el Continente Americano o el equivalente en otros conjuntos de países.

Para empezar, se debe poner en consideración qué horizonte de política han formulado determinadas entidades que puedan corresponderse a la PPS analizada, empezando por las entidades multilaterales en salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la oficina regional para Las Américas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Se debe verificar la documentación en general y en particular si existen contenidos relevantes a la PPS a caracterizar en dos fuentes documentales más amplias, como las actas de las Asambleas Mundiales de la Salud de la OMS. Esas son guías en ocasiones muy importantes de políticas globales en salud, incluso de aplicación vinculante para los países.

Además de estas entidades sectoriales, la banca multilateral tiene especial influencia en la conducción de las políticas públicas sociales, incluida la salud. En particular es muy importante consultar la documentación del Banco Mundial, cuya función no es solo de financiamiento sino de soporte a la implementación de políticas públicas sociales, en paralelo a los organismos sectoriales, y a veces de modo articulado. A nivel regional, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) también suele formular información útil para la caracterización de PPS. Más enfocado en aspectos macroeconómicos está el Fondo Monetario Internacional (FMI), que debe ser consultado para un trabajo de exploración documental exhaustivo.

En el ámbito transectorial, entre los organismos multilaterales de carácter público se debe consultar lo concerniente al estudio

en la documentación de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), empezando por las actas de las Asambleas Generales de las Naciones Unidas, y también las acciones en torno a la PPS analizada en organismos especializados que tratan temas específicos que pueden (o no) ser útiles a la PPS analizada como la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), y el Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (FIDA). Adicionalmente, en países vinculados a otros organismos, es importante consultar posibles lineamientos de mecanismos de integración internacional como la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), o también regionales y subregionales como puede ser la Comunidad Andina de Naciones (CAN).

En el contexto latinoamericano, y también en lo transectorial, los siguientes son algunos de los organismos especializados a consultar: el Sistema Económico Latinoamericano y del Caribe (SELA), el Centro de Estudios Latinoamericanos (CESLA), la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), y un organismo integrado a ésta que produce contenidos muy útiles de manera independiente: el Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social (ILPES). Y más cercana al ámbito sectorial de la salud, la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS).

Nivel nacional

La información que debe buscarse en estas fuentes es de tipo documental y estadístico, así: (i) Información sobre modelos, protocolos e instrumentos de gestión, planificación, seguimiento, monitoreo y evaluación de políticas públicas, planes, programas, proyectos, entre otros; (ii) Información estadística sobre problemáticas sociales y de salud.

En cuanto a las fuentes documentales se deben verificar exhaustivamente las del Ministerio de Salud o equivalente, de los departamentos o agencias administrativas del nivel central relacionadas con el sector salud. Adicionalmente hay que tener en cuenta que la revisión no debe limitarse a temáticas sectoriales,

sino que deben buscarse fuentes que sean pertinentes a la PPS a caracterizar en otros ministerios y agencias diferentes a las del sector salud en el país, organismos de planeación nacional y protección social, y en general consultar instrumentos de política que fijen directrices para el desarrollo del país en temas de política social.

En lo relacionado con la información de tipo estadístico útil para caracterizar una PPS pueden buscarse en diferentes dependencias del nivel central, principalmente registros de afiliación y provisión de servicios en salud, estadísticas vitales, encuestas nacionales (de salud, de demografía y salud; de calidad de vida y las que haya disponibles); bases de datos de Protección social así como registros históricos de datos macroeconómicos para agregados poblacionales o indicadores de bienestar o equidad. De estas fuentes se pueden obtener cifras consolidadas respecto a muchas políticas públicas en términos descriptivos y que son útiles para la caracterización de la PPS analizada.¹

Nivel subnacional

Si bien es más común la caracterización de políticas públicas en el nivel nacional, eventualmente el análisis se puede hacer a un nivel subnacional, para lo cual se deben consultar todas las fuentes de derecho relacionadas con la PPS de la jurisdicción o jurisdicciones (cuyas denominaciones se presentan en los párrafos siguientes) objeto de estudio, tanto en lo que se refiere a acuerdos de los cuerpos colegiados de la jurisdicción como actos administrativos de sus gobiernos. Existen usualmente dos niveles de jurisdicción debajo del nivel nacional con diferentes denominaciones para las unidades político administrativas: (i) un nivel intermedio, con entidades denominadas Estado en el caso de una estructura federal del país, o en países unitarios suelen denominarse provincia, región, territorio, departamento, gobernación, u otros; (ii) un nivel local que suele denominarse municipio, comarca, condado, que a su vez puede subdividirse en unidades territoriales no autónomas como corregimientos o aldeas. Existen en este marco distintos niveles de gobierno en lo

1. Lo referente al caso colombiano en particular, se encuentra en la sección 3 del Apéndice

nacional (presidente o primer ministro) y subnacional, ora en el nivel intermedio (gobernador, regente) o local (alcalde, regidor, intendente, burgomaestre).

En cuanto a los Estados Federales, sus unidades administrativas (Estados) pueden llegar a tener tanta autonomía como para tener Congreso y formular leyes propias, pero siempre de menor jerarquía que aquellas del Estado Federal. En países unitarios, con mayor o menor nivel de descentralización, los niveles intermedios pueden tener o no algún tipo de cuerpo colegiado a modo de «Congreso subnacional» para formular sus propias leyes subnacionales de mucha menor jerarquía que la legislación nacional.

La estructura y denominación de estas unidades administrativas se ha presentado de manera bastante simplificada. Por ejemplo, el nivel intermedio puede tener dos subniveles o hay entidades que fungen a su vez como intermedias y locales, como el distrito en varios países del continente americano, siguiendo el ejemplo de Estados Unidos (Washington, el distrito federal en México, Bogotá, distrito capital en Colombia, y otros). Hay países no federales que conservan la denominación de Estado para sus unidades intermedias. Y en general las denominaciones de país, república, estado, gobierno pueden tener distintas acepciones, pero empleamos esta simplificación por su utilidad.

Toda norma sublegal emanada de los gobiernos nacional o subnacional se denominan Actos Administrativos, tanto de los gobernantes (los decretos son suscritos por el jefe de gobierno, y las resoluciones por los ministros o secretarios de su gabinete), así como las normas emanadas de los cuerpos colegiados subnacionales (como ordenanzas o acuerdos).²

2. Lo referente al caso colombiano en particular para este tema se encuentra en la sección 3 del Apéndice, que se recomienda leer a modo de orientación para quienes vayan a caracterizar PPS en Colombia o, en el caso de otros países, para entender el sentido conceptual de la caracterización de lo multilateral a lo subnacional, e implementarlo cada cual en su contexto.

Tipos de fuentes de consulta

Se detallan en este apartado las fuentes para caracterizar una PPS clasificándolas en tres tipos: la normatividad, la literatura gris y, eventualmente, de manera complementaria, la literatura científica.

Normatividad

La revisión de la normatividad (incluyendo el bloque de constitucionalidad, las leyes y, los actos administrativos) de la PPS a caracterizar, se detalla en la última sección, el Índice documental.

Se destacan los siguientes elementos a revisar:

14. Horizonte normativo del sistema de salud analizado
15. Sentencias judiciales de revisión y casación en las altas Cortes
16. Informes, manuales y documentos del Ministerio de Salud o equivalente
17. Informes de entidades encargadas de la inspección, vigilancia y control en el ámbito sectorial
18. Reportes documentales y normativos acerca de la PPS a caracterizar en los niveles subnacionales, de requerirse

Las mejores ediciones de consulta de normas en todos los niveles son aquellas con Notas de Editor, que, más allá de la norma en sí, abordan párrafo por párrafo en cada norma —en el caso de las notas de vigencia— modificaciones, adiciones, eliminaciones, jurisprudencia y en general acotaciones hechas por el editor, mientras que las concordancias, que raramente incluyen los editores, son las posibles interrelaciones entre diferentes fuentes de derecho sobre el mismo tema.

Además, como se verá en los apartados siguientes, la caracterización de normatividad debe estar acompañado al menos de:

1. Posturas gremiales y sectoriales que estén documentados y de libre acceso
2. Documentos oficiales y de posición que traten el tema
3. Instrumentos de política pública
4. Literatura gris acerca de la PPS a caracterizar
5. Estudios e investigaciones acerca de la PPS a caracterizar

Asimismo, se debe explorar este tipo de información al nivel multilateral regional (América Latina y el Caribe) y mundial.

Literatura gris

Se refiere a documentos, de muy distinto tipo, no revisados por pares académicos, que se publican y distribuyen a través de canales diversos y poco convencionales como son tesis doctorales y trabajos de investigación, actas de congresos, informes de investigación, memorias, proyectos, normas o recomendaciones técnicas, o documentos oficiales o de posición, como informes del sector público (y eventualmente privado), que contienen información pertinente a la PPS a caracterizar en varias dimensiones (técnico-científica, financiera, estadística, económica, social u otras).

Son también literatura gris los documentos en encuentros científicos (en inglés generalmente se les denomina *proceedings*) que son una fuente importante de información, pero que no ha pasado los filtros de evaluación a que se someten los artículos científicos, como son ponencias y comunicaciones de congresos. Generalmente las actas se recopilan y se publican con rapidez en páginas web, libros o en revistas especializadas. De este tipo también podrían considerarse los documentos de trabajo (*working papers*), aquellos alojados en repositorios como PubMed Central, SSRN, bioRxiv, o institucionales en la universidades y otras entidades académicas, traducciones de material científico, o publicaciones de redes sociales de investigación como Research Gate, Twitter, WordPress, ResearchBlogging.org, Kudos, Pints of Science, FameLab, Scientists.

Como productos de transferencia (apropiación) del conocimiento que pueden ser útiles para la caracterización deben procurarse obtenerse *policy briefs* (documentos breves que sintetizan la evidencia científica de una política pública, dirigidos a actores sociales no académicos) relacionados con la PPS en cuestión.

Literatura científica

La salud pública y, más en general, las políticas públicas basadas en la evidencia consisten en la planeación, ejecución y evaluación de las políticas públicas (en salud) de manera que se pueda

anticipar el potencial impacto de éstas, ajustar aspectos que hayan sido evaluados en otros estudios y proyectos a nivel global (retroalimentación con evidencia previa), acompañar la ejecución con el apoyo de estos estudios y evaluar la efectividad de la PPS por medio de investigaciones realizadas con rigor científico. En una caracterización como la que se aborda acá, se implementa el concepto de PPS solamente en la etapa de recolección de evidencia científica previa.

Si bien la caracterización de PPS propuesta se basa principalmente en normatividad y literatura gris, debe procurarse, en lo posible, revisar literatura científica que sea potencialmente útil para la caracterización y, sobre todo, siempre que esta actividad esté dentro del propósito y alcance de la caracterización. De hecho, a diferencia de las otras fuentes, la caracterización de literatura científica debe hacerse por medio de una revisión sistemática o al menos una revisión narrativa de literatura científica, y no solo una revisión documental.

La literatura científica se refiere a artículos originales de investigación revisados por pares, y publicados en revistas científicas debidamente indexadas. Es susceptible de ser identificada por ser publicada en sitios de bibliometría como *Bibliometrics: JCR* (impact factors), *Web of Science*, *DOAJ*, *Journal citation reports*, *Scival Sherpa Romeo*, *Scopus*, *Scimago Journal Rank*, *Journal analysis*, *QOAM*, *Altmetric*, *ImpactStory*, *PLoS article level metrics*. Las bases de datos bibliográficas debidamente acreditadas para la búsqueda, en el área de la salud para nuestro caso, también garantizan la calidad científica de las publicaciones, ya sea a nivel internacional (*PubMed*, *OVID*, *Embase*, *EBSCO*, *HINARI*, *Cochrane*) o regional (*SciELO*, *Lilacs*, *REDALYC*).

Los motores de búsqueda, que cada vez son más empleados como metabuscadores eficientes (recogen publicaciones de las diferentes bases de datos debidamente acreditadas), suelen ser una excelente guía también: *Scirus*, *MD CONSULT*, *HighWire Press*, *Google Scholar*, el metabuscador más empleado, y, regionalmente, *Latindex*. En general, las bases de datos y los metabuscadores capturan poca literatura de las bases de datos latinoamericanas, que sí pueden encontrarse en los buscadores convencionales como *Google*, aunque con cierta dificultad para discriminar su

calidad académica por la cantidad de información que pueden arrojar.

En este punto es necesario resaltar la importancia de consultar literatura mayoritariamente en inglés (la *lingua franca* de la ciencia), pues la inmensa mayoría de los autores en el mundo publican en este idioma y hay mucho más contenido, además de más robusto y actualizado. Adicionalmente, es importante enfocarse principalmente en artículos de los últimos años (se ha extendido recientemente el uso de priorizar aquellos de los últimos cinco años), excepto si se está haciendo una caracterización histórica de la evolución de la PPS y se requiere especialmente documentar el proceso en tiempos pretéritos, o si el artículo que se va a citar es de relevancia capital a pesar de la fecha.

Por último, la literatura pseudocientífica de revistas y editoriales consideradas predatoras, que cobran por publicar artículos sin procedimientos de calidad como la revisión independiente por pares académicos, no debe ser contemplada como fuente de consulta bajo ninguna consideración. Una garantía razonable de credibilidad de una publicación es la inclusión en las bases de datos bibliográficas antes mencionadas. Sin embargo, ante la duda sobre un presunto artículo que se encuentre sin indexar, se pueden consultar páginas que identifican editoriales y revistas predatoras (predatories) y descartar cualquier publicación de estas fuentes.

Índice documental

En la esfera esencialmente normativa y de recomendaciones de política, se ofrece este índice de búsqueda documental para facilitar el trabajo de caracterización de política.

Dada la dificultad de crear una secuencia específica de lo multilateral a lo nacional a la vez que por horizonte espacial y entre políticas de largo, mediano y corto plazo, este índice no tiene un orden específico en ninguno de los tres sentidos y la organización del horizonte de política para la PPS analizada corresponde a quien haga el reporte de la caracterización a conveniencia.

Fuentes del nivel multilateral

1. Qué artículos de estas declaraciones se refieren directa o indirectamente a la PPS a caracterizar, y qué expresan:
 - Declaración Universal de los Derechos Humanos
 - Constitución Política de la República de Colombia.
2. Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM, a 2015, retrospectivo):

Tópicos que trataron directa o indirectamente el tema o los temas centrales de la PPS a caracterizar, y qué se expresa, y en qué medida se cumplieron, en total y en el país analizado, a 2015, ya terminado el plazo de cumplimiento.
3. Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS, a 2030, en curso):

Identificar en cuál o cuáles se trata directa o indirectamente el tema o los temas centrales de la PPS a caracterizar, y qué expresa en cada uno de ellos y cómo fueron implementados en el país, además de sus informes de avance internacionales y nacionales.
4. En los siguientes modelos de abordaje de PPS, identificar si alguno u otro que no esté aquí enumerado contribuye a caracterizar el tópico de estudio:
 - Acuerdos internacionales relacionados con el tema de estudio (hacer búsqueda exhaustiva)
 - Promoción de la salud (en línea con las políticas públicas saludables) (ver conferencias internacionales y verificar las latinoamericanas y otras fuentes pertinentes)
 - Determinantes de la salud (modelos de los años setenta)
 - Atención primaria en salud (APS)
 - Determinantes sociales de la salud (DSS)
 - Funciones Esenciales en Salud Pública (FESP), en la versión de 2022
 - Manejo Social de Riesgo (MSR), Banco Mundial
 - Acuerdos específicos al tema de caracterización en el mundo y la región (las Américas o América Latina).

En el caso de que una PPS a analizar se refiera a una enfermedad, o a varias (casos como comorbilidades o sindemias), se debe también incluir un análisis muy detallado de:

Tabla 3. Guía para caracterización de las etapas de la enfermedad y las intervenciones

| Periodo historia natural de la enfermedad | | Diligenciar aquí: | |
|---|-----------------------|---------------------|--|
| | | Nivel de prevención | Estadio de la enfermedad / Abordaje preclínico y clínico |
| Prepatogénico | Prevención Primaria | Nivel I | Fomento de la salud * (prevención universal) |
| | | Nivel II | Protección específica** (prevención selectiva) |
| Preclínico | Prevención Secundaria | Nivel III | Diagnóstico precoz*** Tratamiento oportuno |
| Clínico | Prevención Terciaria | Nivel IV | Limitación del daño |
| | | Nivel V | Superación de secuelas (Rehabilitación) |

* Control de factores de riesgo y estímulo a factores protectores.

Importante no confundir, a pesar de estar estrechamente relacionados, al «fomento de la salud» (patocéntrico, enfocado en los agentes etiológicos de la enfermedad, que pueden discriminarse empleando el modelo epidemiológico de Dever), con la «promoción de la salud», orientada a mantener y mejorar la salud de personas y poblaciones (salutocéntrico).

** Que puede entenderse como la aplicación (física) de acciones para evitar la aparición inicial de la enfermedad mediante la protección frente al riesgo en cada individuo intervenido (como aplicación de vacunas, sellantes dentales, anticonceptivos de larga duración).

*** Mediante screening o cribado, es decir, realizar pruebas diagnósticas a sujetos pertenecientes a grupos de riesgo para determinada enfermedad, con la finalidad de detectar posibles patologías en etapa temprana. De no hacerse tratamiento oportuno de la enfermedad esta etapa carece de sentido.

5. De acuerdo con los lineamientos establecidos en secciones anteriores, dar cuenta de orientaciones de entidades multilaterales frente a la PPS a caracterizar, principalmente en:
 - Organización de las Naciones Unidas (ONU)
 - Organización Mundial de la Salud (OMS)
 - Organización Panamericana de la Salud (OPS)
 - Banco Mundial

6. Verificar si en estas instancias que se enumeran, u otras con las que pueda tener relación el tema a caracterizar, se tratan las PPS:
 - Banco Interamericano de Desarrollo (BID)
 - Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE)
 - Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO)
 - Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef)
 - Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO)

7. Verificar si existen ONG internacionales, regionales o nacionales que se ocupen de la PPS a caracterizar.

8. Muy importante: Dar cuenta de experiencias nacionales e internacionales exitosas o no con relación a la política pública en salud objeto de estudio.

9. Verificar, con relación al futuro del sector salud, si alguno de estos temas tiene relación con la PPS a caracteriza:
 - Telesalud y telemedicina
 - Inteligencia artificial (IA) en salud
 - Big Data en la salud
 - Cuarta revolución en salud

Apéndice: PPS nacionales y subnacionales en Colombia

Sección 1. Fuentes de consulta de PPS del nivel nacional para Colombia

Fuentes de tipo documental

La fuente de consulta fundamental para PPS en Colombia, en la cual se da cuenta de varias políticas nacionales y territoriales (departamentales y municipales) que se van a detallar más adelante, es el Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud). Además del enorme acervo documental, este ente proporciona informes de salud en una importante cantidad de áreas de estudio.

Adicionalmente, no se puede obviar la consulta de cualquier tema de PPS en tres departamentos administrativos del nivel ejecutivo central: Departamento Nacional de Planeación (DNP), Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), y el Departamento Administrativo para la Prosperidad Social.

Por su misma función planificadora, el DNP es tal vez el nodo más importante de articulación de información documental, estadística y financiera de todo tipo de políticas públicas sociales, incluyendo la salud. Los documentos del Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES) del DNP son instrumentos de política que fijan directrices para el desarrollo del país en temas económicos y sociales. Su importancia mayor radica en que cada uno, para el tema que aborda, da una guía detallada para el cumplimiento de objetivos, planes, acciones, ejecución de recursos, y resultados de política.

Además de estas fuentes, la información de otros ministerios del país también puede ser importante dependiendo del enfoque de cada PPS a estudiar; es posible encontrar datos valiosos principalmente en las bases del ministerio de educación nacional (MEN), ministerios de trabajo; agricultura y desarrollo rural; ambiente y desarrollo sostenible; vivienda; ciudad y territorio; y del deporte.

Fuentes de tipo estadístico

El DNP también tiene registros históricos de datos macroeconómicos para agregados espaciales (nacional o subnacional) como las transferencias territoriales para políticas sociales (Sistema General de Participaciones - SGP), así como registros de afiliación en seguridad social, o indicadores de equidad como el Índice de Desarrollo Humano (IDH), Índice de pobreza Multidimensional, coeficiente GINI, líneas de pobreza, Producto Interno Bruto (espacial y per cápita), etc.

Minsalud cuenta con la Bodega de datos del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO), que ofrece información agregada útil para elaborar líneas de base y evaluar PPS. SISPRO ofrece acceso a varias bases de datos que utilizan registros agregados:

- Estadísticas vitales: registros de mortalidad y de recién nacidos del DANE;
- Datos de seguridad social: Registro Único de Afiliados (RUAF); Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA); Base de Datos Única de Afiliados (BDUA); Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS);
- Encuestas Nacionales de: Salud Mental; Situación Nutricional; Demografía y Salud; Salud (ENDS o NHS, sigla en inglés pues se realiza en muchos países con una estructura que permite comparabilidad); Calidad de Vida (ECV o QLS, también realizadas de manera autónoma en varias ciudades del país); y, finalmente, la Gran encuesta integrada de hogares (GEIH);
- Listados de beneficiarios de programas sociales (población pobre y vulnerable): (i) Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN); y (ii) listados censales del nivel nacional (discapacitados de escasos recursos, desmovilizados, reclusos, infancia abandonada o desvinculada del conflicto, migrantes, reclusos, etc.) y subnacional (como desplazados, adultos mayores en centros de protección, habitantes de calle, población rural migratoria, o comunidades de indígenas/afrocolombianos/romaníes en sus propias jurisdicciones);
- Bases de datos de asistencia social, como Red Unidos para Superación de la Pobreza Extrema, que es un conjunto de

programas sociales y transferencias monetarias dirigido a la población pobre y vulnerable.

Los datos de SISPRO se presentan agregados y se pueden obtener en su plataforma organizada en «cubos», con los que se realizan los Análisis de Situación de Salud (ASIS) de los niveles nacional y subnacional. De allí se pueden obtener cifras consolidadas respecto a muchas PPS en términos descriptivos, aunque no es tan útil para fines de investigación. Sin embargo, para tal finalidad, muchas de esas bases de datos son provistas por su fuente en microdatos anonimizados, sobre todo aquellas del DANE, lo que favorece su uso.

Se cuenta adicionalmente con datos agregados del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), por ejemplo: censos nacionales, los últimos en 1985, 1997, 2003, y 2018, estimaciones demográficas, datos socioeconómicos, cuentas nacionales, economía regional y otros.

Sección 2. Índice documental para el caso colombiano

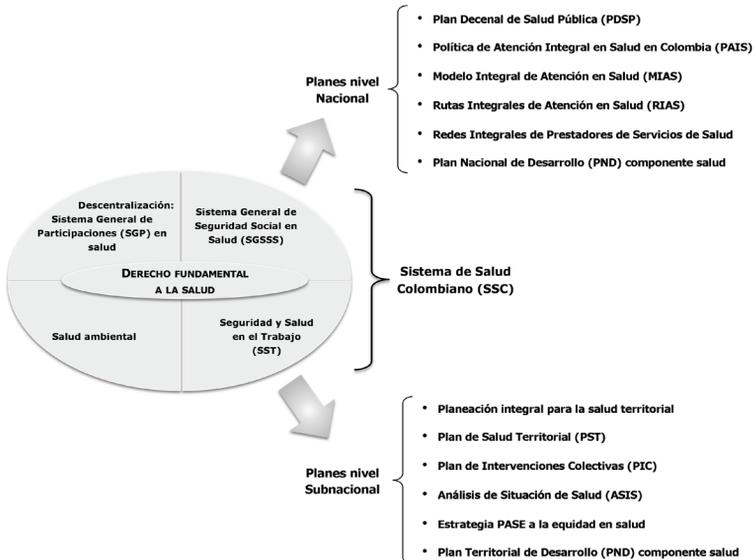
En Colombia promulgan las normas diferentes niveles de cuerpos colegiados, encabezados en el ámbito nacional por el Congreso de la República (leyes), y actos administrativos por parte de la Asamblea Departamental (ordenanzas) y el Consejo Municipal (acuerdos). En cuanto al poder ejecutivo, tanto en el ámbito nacional (presidente de la República) como en el subnacional (gobernadores y alcaldes) formulan actos administrativos, principalmente decretos en el caso del jefe de gobierno o resoluciones en el caso de los miembros del gabinete nacional, departamental o municipal. El orden de jerarquía es como se indicó al principio de este capítulo.

En el marco del Sistema de salud colombiano (SSC)³ identificar en cada uno de los subsistemas qué mención hace del tema o de los temas centrales de la PPS a caracterizar, y qué expresan las leyes que hacen de eje a los sistemas reseñados y la reglamentación más relevante:

3. Del autor de este trabajo existe un documento de trabajo en repositorios institucionales, muy útil en esta parte, denominado «El Sistema de Salud Colombiano (SSC)»

- Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS): Buscar exhaustivamente en la reglamentación (leyes y Decreto Único del SGSSS) elementos de la seguridad social en salud pertinentes a la PPS
- Seguridad y Salud en el Trabajo: Si la política a analizar tiene alguna relación con este componente identificar elementos.
- Sistema General de Participaciones-SGP: Recursos y competencias territoriales en salud. Dar cuenta de las competencias entre los diferentes niveles nacionales y subnacionales en la PPS a caracterizar.
- Salud Ambiental, en particular la Ley 9 de 1979 («Código Sanitario Nacional») y Ley 99 de 1993 (Sistema Nacional Ambiental-SINA). La reglamentación de este subsistema es extensísima y debe buscarse todo lo que sea pertinente para su caracterización.
- Salud como derecho fundamental: Constitución Política, jurisprudencia de las altas cortes, Ley 1751 de 2015.

Figura 3. Marco legislativo y de planificación en el Sistema de salud Colombiano (SSC)



Fuente: Diseño propio

Adicionalmente, es necesario tener en cuenta al menos estas dos leyes que involucran al sector salud y cualquiera otra que se refiera a el tema específico:

- Ley 10 de 1990
- Todo lo referido con el Sistema de Protección Social, a partir de la Ley 789 de 2003 y su reglamentación
- Y como ejemplo de otras leyes que pueden ser útiles (sin pretender ser exhaustivo):
 - Ley 361 de 1997: integración social de las personas con limitación
 - Ley 647 de 2001: régimen especial de las universidades públicas
 - Ley 691 2001: grupos étnicos en SGSSS
 - Ley 972 de 2005: ley de alto costo
 - Otras

En lo referente al nivel supranacional y de bloque de constitucionalidad, las páginas de la Cancillería y datos.gov.co presentan información detallada de los tratados internacionales de Colombia con otros estados y organismos internacionales.

Sección 3. Planes nacionales y territoriales en Colombia

Para cada uno de los siguientes planes en salud en Colombia al nivel nacional y subnacional (solo si aplica para el tema de la PPS a caracterizar), qué mención hace del tema o de los temas centrales de la PPS de interés, y qué expresa:

Planes Nacionales

- Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)
- Política de Atención Integral en Salud en Colombia (PAIS)
- Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)
- Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)
- Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud
- Plan Nacional de Desarrollo (PND) componente salud

Plan Nacional de Desarrollo vigente

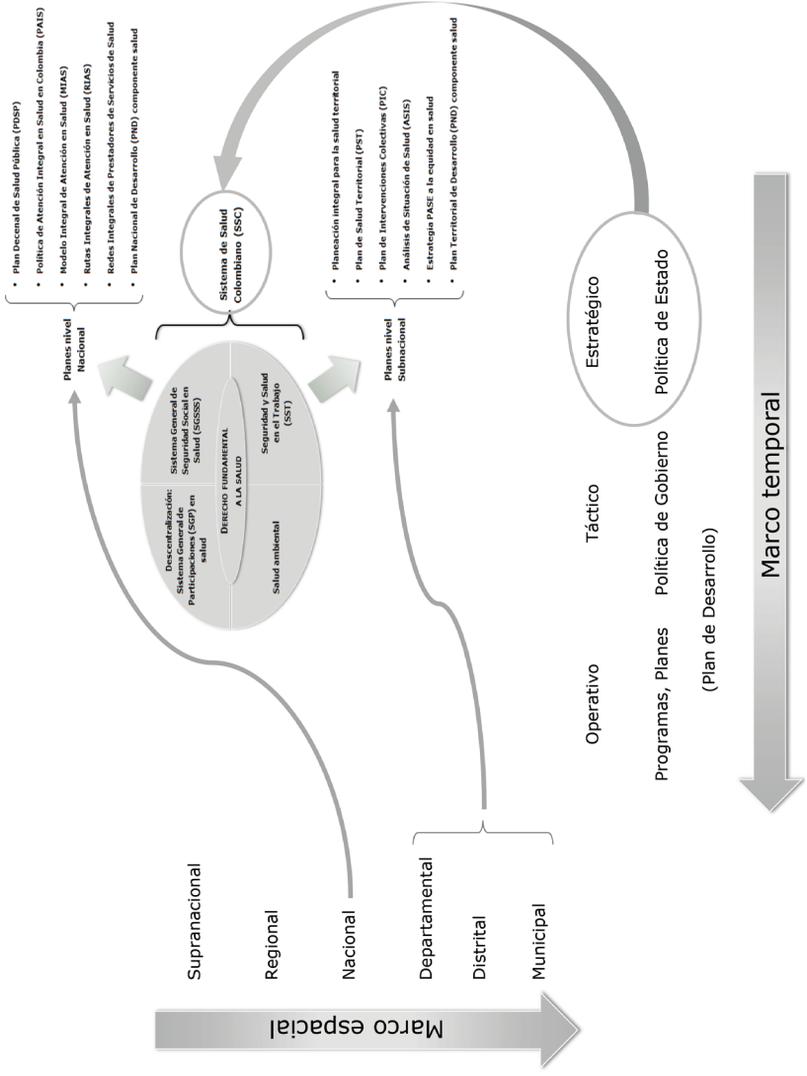
Los planes de desarrollo tienen como particularidad que articulan múltiples políticas y programas ya existentes. Contienen no solo los lineamientos de cada gobierno nacional o territorial, sino también su presupuesto anualizado para el periodo de gobierno para los diferentes planes, programas y proyectos (plan plurianual de inversiones). Por otra parte, en los planes de desarrollo suelen introducirse reformas específicas a las normas existentes, incluidas a la normatividad del sector salud (ver más arriba), y son cambios que permanecen en el tiempo. Es indispensable revisar los planes de desarrollo para la caracterización de las PPS, y es un fallo en este tipo de trabajos el hecho de que sean pocas veces tenidos en cuenta.

Planificación para el nivel nacional, territorial y local

En el siguiente esquema se puede observar cómo de un horizonte general de política para el sistema de salud colombiano a cargo del congreso y bajo dirección del ejecutivo, se derivan políticas públicas de mediano plazo para el nivel nacional y territorial.

En el siguiente esquema, a su vez, se integran las figuras 1 y 2 para ejemplificar la forma en que se articulan en la RRD las normas en un horizonte espacial y temporal:

Figura 4. Articulación de las políticas y normas del nivel estratégico en Colombia con los planes nacionales y territoriales



Fuente: elaboración propia.

A modo de aclaración sobre la dimensión espacial a la que se refiere el nivel subnacional en Colombia, este corresponde a las entidades territoriales, en general, departamentos, municipios y distritos en los que se combinan las funciones de ambos. Pero también se puede considerar para determinados análisis otro tipo de unidades territoriales, siempre que tengan algún nivel de autonomía administrativa, como cabildos y gobernaciones indígenas y consejos comunitarios para comunidades afro, reservas naturales, zonas especiales, o incluso unidades más pequeñas dentro de las entidades territoriales, como veredas y corregimientos municipales, en el área rural, y comunas, localidades y barrios, en las áreas urbanas, así como comisarías departamentales.

Adicionalmente, se debe consultar el directorio de entidades no gubernamentales de salud que está compuesto por: Red de Desarrollo Sostenible; Asociación Colombiana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental; Coloquio Nacional de Investigación en Enfermería; Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral; Asociación Colombiana de Clínicas y Hospitales; Asociación Colombiana de Facultades de Medicina; Asociación Centro de Gestión Hospitalaria; Así vamos en salud; Asociación Colombiana de Neonatología; y Sociedad Colombiana de Pediatría.

**Segunda parte.
Caracterización de políticas
públicas en salud (PPS)
en Colombia empleando
la Ruta de Revisión
Documental (RRD)**

Trastornos Específicos del Aprendizaje: consideraciones en torno a los sistemas de educación y salud en Colombia

JUAN PABLO SÁNCHEZ-ESCUADERO¹

NATALIA TRUJILLO ORREGO¹

IVÁN ARROYAVE¹

¹ Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia

Resumen

Los trastornos específicos del aprendizaje (TA) se reconocen como los trastornos del neurodesarrollo más frecuentes y pueden tener un impacto negativo en el desarrollo social y la adaptación en la vida adulta de quienes los padecen. Aun así, no cuentan con una política pública en salud (PPS) para su identificación temprana y tratamiento oportuno desde los sistemas de salud y educación. El objetivo de este capítulo es analizar el abordaje de los TA en Colombia a partir de los hallazgos de una revisión documental realizada en la normatividad internacional y nacional, la literatura científica y la literatura gris. Como resultados se destaca el impacto negativo de los TA a lo largo de la vida y el estado de desarrollo de las políticas públicas para su atención en el país, además de la baja integración entre los sectores educativos y de la salud para su atención. La principal conclusión surge al contrastar el abordaje de los TA en Colombia respecto a las perspectivas internacionales, se evidencia que los avances logrados se centran en la garantía de acceso al sistema educativo, mientras se dejan de lado aspectos necesarios para su atención integral, tales como su definición conceptual, su reconocimiento explícito como un problema de interés en salud y su caracterización poblacional.

Introducción

Los trastornos específicos del aprendizaje (TA) son trastornos del neurodesarrollo (TND) usualmente detectados durante la edad escolar, que describen una prevalencia mundial del 5% aproximadamente^[1], siendo el trastorno negativista desafiante más frecuente en esta etapa de la vida. Estos trastornos se caracterizan por dificultades persistentes en el aprendizaje de las aptitudes académicas básicas de lectura (dislexia), escritura (disgrafía) y matemáticas (discalculia), que pueden producir dificultades para la adaptación social y la independencia en la infancia y en el rendimiento ocupacional en la vida adulta^[2,3].

Al respecto, la United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO) reporta que los estudiantes con dificultades del aprendizaje tienen menos probabilidades de terminar la escuela, a la vez que tienden a abandonar el sistema sin certificación. Los TA, además, suelen presentar comorbilidades con otros TND como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), y con inatención y trastornos depresivos^[4].

El impacto de los TA puede persistir hasta la vida adulta, dando lugar entre quienes los presentan a un mayor riesgo de enrolarse en trabajos precarios con bajos ingresos, a disminuir la capacidad de adaptación social y a tener patrones dependientes en sus relaciones interpersonales^[5-7]. Se ha establecido, además, una asociación estadística entre bajo rendimiento académico y desenlaces en salud como: embarazo adolescente, obesidad, problemas de salud oral, estrés crónico, agresión y violencia, inactividad física y abuso de sustancias^[8]. Las consecuencias negativas a largo plazo de los TA^[8], los han convertido en un tema de interés tanto para los sistemas de salud como para los sistemas educativos alrededor del mundo^[9].

Ahora bien, aunque en Colombia se ha contemplado la prevención secundaria y terciaria de los TND como parte de la atención integral e integrada en salud mental, la ausencia de una reglamentación orientada a la detección específica y atención integral de los TA por parte de los sistemas de educación y salud ha dificultado el desarrollo de programas para su identificación e intervención. El sistema de educación ha abordado estos trastornos bajo la premisa de educación inclusiva, centrándose en facilitar el acceso a los procesos de escolarización; sin embargo,

su abordaje por parte del sistema de salud ha sido escaso y no se cuenta actualmente con un marco legal específico o con PPS que faciliten su detección temprana o la derivación a servicios de atención especializados cuando se requiera.

Por lo tanto, en este texto se analiza la situación actual del manejo de los TA por parte de los sistemas de salud y de educación a nivel nacional a partir de la revisión de diferentes fuentes de consulta y siguiendo la estructura conceptual de las PPS propuesta por la Ruta de Revisión Documental (RRD). Se espera que este análisis brinde un punto de referencia para la revisión, la discusión y el desarrollo de futuras políticas públicas en salud y educación que orienten la detección e intervención temprana en busca de disminuir el impacto a largo plazo de los TA en la población.

Métodos

A partir de la búsqueda y revisión en las diferentes fuentes de consulta descritas en la RRD, se seleccionaron los principales resultados afines con el tema de políticas públicas y de atención integral de los TA como base para la discusión. De esta manera, se parte del análisis de la normatividad vigente en salud y educación en Colombia, artículos de revisión sistemática y de literatura^[1-14] e informes oficiales e investigaciones originales en inglés y español^[15-22], publicados entre 2010 y 2021, como insumo para la discusión en torno al estado de desarrollo de una PPS para la atención integral de los TA en el país en contraste con los avances y propuestas presentados internacionalmente.

Para facilitar el abordaje de esta discusión, se presentan, en primer lugar, los resultados de la revisión de la literatura científica y se enfatiza en las diferentes definiciones y denominaciones de los TA^[2,4,9,15,16], así como en sus criterios de diagnóstico^[2] para, posteriormente, abordar la normatividad internacional y nacional, haciendo énfasis en los momentos o fases comunes en su desarrollo; finalmente, los hallazgos se complementan con los reportes de entidades gubernamentales^[15-22]. Se espera que este esquema le permita al lector tanto familiarizarse con los conceptos tratados en este capítulo como comprender la relevancia y el estado de desarrollo del marco legal (nacional e internacional) para la caracterización y atención de estos trastornos.

Resultados

Trastornos específicos del aprendizaje: definiciones y criterios de diagnóstico

En la literatura especializada, los TA han recibido diferentes denominaciones y aún hoy es común encontrar diferencias al comparar las definiciones usadas por clínicos, educadores y legisladores. Entre los términos más usados para referirse a las dificultades para alcanzar un rendimiento académico esperado para la edad o nivel de desarrollo se encuentran *dificultad* (del inglés difficulty), *discapacidad* (del inglés disability) y *trastorno* (del inglés disorder), siendo común su uso como sinónimos, especialmente al comparar políticas educativas y de salud^[9]; sin embargo, a pesar de su uso intercambiable cada uno de estos conceptos refleja una posición particular respecto a la problemática^[4].

Trastorno es un término médico utilizado en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM)^[2], para referirse a

[...] un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos o biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental[...] (p. 70).

Por su parte, *discapacidad* es un término legal acuñado en el *Acta para los Derechos de las Personas con Discapacidades* de 2011, y se refiere al resultado de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y el entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad^[4].

De esta manera, es común encontrar que denominaciones como discapacidad o dificultad para el aprendizaje y TA convivan en la bibliografía especializada.⁴ Dicha divergencia suele acompañarse, a su vez, de diferencias conceptuales; por ejemplo, la American Psychiatric Association (APA) utiliza el término TA

4. Para efectos de este documento se utilizará el término «TA» de manera generalizada para referirse tanto a los trastornos del aprendizaje como a las discapacidades y dificultades del aprendizaje. Es necesario diferenciar esta denominación de TEA, aplicada a los trastornos del espectro autista, para los cuales existen protocolos de atención, tanto en salud como en educación.

para referirse a TND caracterizados por una dificultad persistente en alcanzar los niveles de desempeño esperados para una edad determinada en áreas académicas específicas como lectura, escritura y matemáticas^[2], mientras que en la mayoría de marcos legales internacionales es común el uso de *dificultades del aprendizaje* o *discapacidad del aprendizaje*, para hacer referencia, además, a las dificultades en procesos cognitivos básicos que afectan negativamente la comprensión y el uso del lenguaje así como la ejecución de cálculos matemáticos.

La identificación y el diagnóstico de estos trastornos ha girado en torno a una serie de criterios entre los que se destaca el *criterio de discrepancia*, que usualmente se define como la diferencia clínicamente significativa entre el desempeño del evaluado y un estándar de referencia. En la versión actual del manual DSM-V este criterio se refiere a la discrepancia entre el nivel de rendimiento exhibido en evaluaciones estandarizadas y el nivel esperado según su edad o grado escolar^[23]. Estas diferencias clínicamente significativas suelen expresarse en términos de unidades estandarizadas, siendo las de 1.5 desviaciones estándar o las de un percentil 5 los valores críticos a ser tenidos en cuenta^[10,23]. Adicionalmente, estas deben ser obtenidas utilizando pruebas estandarizadas aplicadas individualmente y como parte de una evaluación neuropsicológica y médica integral.

El diagnóstico de un TA implica, además, que los síntomas persistan por al menos seis meses aunque existan intervenciones dirigidas a disminuirlos, así como que la dificultad aparezca durante la edad escolar y que los síntomas no sean explicados mejor por otras discapacidades intelectuales, sensoriales u otros trastornos mentales o neurológicos^[2,5,23].

Si bien el cambio en los criterios de discrepancia ha girado la atención de la comunidad académica hacia la evaluación activa, sistemática y estandarizada de las habilidades escolares, siguen siendo altamente recomendadas la valoración de procesos como la memoria de trabajo, la memoria a largo plazo y la velocidad de procesamiento^[10,11]. Según Harrison^[11], dicha valoración de las habilidades cognitivas debería realizarse en contextos de atención especializada, en los primeros años escolares del estudiante e integrarse con la caracterización del rendimiento en las áreas escolares específicas mediante pruebas estandarizadas,

válidas y confiables, bien sea en las escuelas o por derivación al sistema de salud correspondiente^[10,11].

La identificación oportuna de los TA aumenta las probabilidades de acceder a intervenciones efectivas que reduzcan las consecuencias a largo plazo y faciliten la integración de los aprendices a la vida adulta. Por lo tanto, la inclusión de estrategias activas para la evaluación y el diagnóstico, como parte de la atención primaria a la población en riesgo, se ha convertido internacionalmente en el común denominador en la implementación de políticas públicas en atención a los menores en edad escolar.

TA en la normatividad internacional

Desde el año 2000, la comunidad internacional adscrita a las Naciones Unidas se comprometió con asegurar la educación básica primaria para toda la población, sin restricciones, lo que impulsó la implementación de políticas centradas en garantizar la cobertura y el acceso a la educación pública y, a su vez, cobijó a la población en situación de discapacidad y con necesidades educativas especiales^[17].

En este sentido, la iniciativa internacional para la identificación y atención a estudiantes con TA es relativamente reciente. El concepto fue acogido durante las décadas de los 60 y 70 por parte de la *National Advisory Committee on Handicapped Children*; sin embargo, el consenso sobre la terminología y los métodos para su identificación y diagnóstico llegarían hasta la mediados de los 80^[7,9]. En Estados Unidos, el Acta de Discapacidades Específicas del Aprendizaje fue presentada al Congreso en 1969, pero solo en 1975 la *Educational for All Handicapped Children Act* entró en vigor con el objetivo de pedir garantías de igualdad de oportunidades para una educación adaptada para los estudiantes con discapacidades^[9]. El incremento del número de estudiantes diagnosticados con TA entre 1976 y 1999 impulsó, posteriormente, la revisión de los criterios de diagnóstico, lo que derivó en el ajuste del criterio de discrepancia intra-sujeto hacia la inclusión de criterios como la respuesta a intervenciones y la comparación estandarizada con poblaciones de referencia^[9,12,20,23].

Actualmente, Estados Unidos cuenta con tres leyes principales para la atención de la población con TA. La *Sección 504* de la *Rehabilitation Act*, firmada en 1973, provee protección a los derechos

civiles de todos los sujetos con discapacidad en programas que reciben financiamiento federal (escuelas públicas principalmente); la *Individuals with Disabilities Education Act (IDEA)* de 1975, estatuto que destaca la necesidad de una educación pública apropiada para estudiantes con discapacidades y define los criterios y trastornos para su identificación y elegibilidad y finalmente, el título II de la *Americans with Disabilities Act (ADA)* de 1990, ley general que provee protección a los derechos civiles de todos los sujetos con discapacidades en diferentes aspectos de su vida^[9,20].

De manera paralela, múltiples países han implementado diferentes estrategias para la atención de la población con TA. Dinamarca, México, Reino Unido, Taiwán y China, por ejemplo, registran leyes específicas de educación especial^[9]. En términos generales, contar con este marco legal puede considerarse como un elemento clave para la atención integral de los TA; con todo, se ha establecido que su reconocimiento como problemáticas de salud pública y la implementación de programas y procesos de identificación y diagnóstico oportunos durante la edad escolar son clave para proveer programas integrales de intervención y de acceso a servicios^[9].

Al respecto, la experiencia de países como Estados Unidos, Reino Unido y Taiwán ha mostrado que contar con estas disposiciones permite la atención integral de los TA por parte de los sistemas de salud y educación, el aseguramiento de fondos necesarios para la implementación de programas de atención y la estandarización de criterios e instrumentos para su diagnóstico^[7,9]. Sin embargo, es necesario destacar que el reconocimiento de los TA como una prioridad para la salud pública y la consecuente implementación de programas de atención primaria facilitan el desarrollo de estrategias de intervención integral, como lo ha mostrado la experiencia de países como Canadá, Singapur, Japón y Dinamarca, en la que los estudiantes con este tipo de trastornos son activamente identificados e intervenidos según su grado de afectación^[9].

En Latinoamérica, países como México y Argentina cuentan con leyes orientadas específicamente a la atención de los TA. La Ley General de Educación de 1993, en el caso de México, marcó la ruta para el aseguramiento del acceso a la educación de estudiantes con discapacidades, y si bien la dislexia u otros TA no son reconocidos como categorías específicas de discapacidad,

aquellos estudiantes que demuestran dificultades para aprender en comparación con sus pares tienen derecho a recibir intervenciones como la adaptación curricular y de los salones de clase, materiales de apoyo y preparación para la integración futura en los Centros de Atención Múltiple, en caso de que sea necesario separarlos del sistema educativo tradicional^[9].

Argentina, por su parte, cuenta desde 2019 con la Ley 27306, por la cual se declara de interés nacional y garantiza el abordaje integral e interdisciplinario de las personas con TA^[18]. Gracias a esta reglamentación, servicios como la asistencia psicopedagógica, fonoaudiología y terapia ocupacional no tienen límite de sesiones para quienes padecen TA. Se dispone, además, la necesidad de formación profesional en su detección temprana, diagnóstico y tratamiento y la integración de estos servicios en el Plan Médico Obligatorio^[18].

En contraste con estos países, en Colombia está rezagado el desarrollo de una legislación específica para la atención de los TA, así como de programas para su identificación y diagnóstico. Para facilitar la comprensión del contexto de esta situación, a continuación, se presenta la situación del diagnóstico y la atención de los TA en el marco de la normatividad colombiana.

Normatividad colombiana y atención a la población con TA

A pesar del impacto individual y social de los TA, su inclusión explícita como parte de las políticas públicas para la atención de la salud mental en el país se ha limitado, históricamente, a promover el acceso al sistema educativo, lo que ha provocado que aspectos básicos reconocidos internacionalmente como la integración con el sistema de salud (*e.g.* garantía de evaluación neuropsicológica en el Plan de Beneficios en Salud), el entrenamiento a docentes y la regulación del uso de pruebas estandarizadas para su diagnóstico oportuno^[7,9,18] no se hayan contemplado como parte del abordaje rutinario o en estrategias de atención primaria.

Respecto a las garantías de acceso al sistema educativo, Colombia reportó en 2014 una tasa de cobertura bruta en educación básica del 105 %, con una matrícula total de aproximadamente 9 millones de estudiantes; mientras que en educación media se ubicaba en 78.1 %, es decir, por debajo de la meta establecida,

aunque con un aumento en 760 mil cupos respecto a periodos anteriores^[13]. El incremento de los cupos disponibles se vio acompañado de un aumento en los años de permanencia tanto en las zonas urbanas como en las rurales, con un promedio de 10.3 años para la primera y 8.0 años para la segunda^[13].

Si bien el aumento en la cobertura facilitó la consecución de metas orientadas al acceso a la educación básica, la atención integral de los TA requiere de esfuerzos adicionales. Esta limitación es reconocida por el Estado colombiano al plantear como un desafío que el sistema educativo supere las brechas en educación, especialmente en las poblaciones vulnerables entre las que se encuentran aquellas en condición de discapacidad, con necesidades educativas especiales y las minorías étnicas^[15].

En general, en el marco normativo colombiano, los TA así como otros TND han sido atendidos por el Ministerio de Educación Nacional (MEN) en línea de garantizar el acceso a una educación inclusiva y de calidad a la población con necesidades educativas especiales^[16]. No obstante, este enfoque ha resultado insuficiente, especialmente en lo relacionado con su detección temprana y la mitigación de los efectos negativos a largo plazo sobre la salud o la adaptación social^[16].

Los principales hitos legislativos en Colombia que han determinado el desarrollo de las políticas de atención a la población con TND, entre los que se encuentran los TA, pueden rastrearse en los inicios de los años noventa. En dicho marco se evidencian pocas claridades respecto a la conceptualización, identificación e intervención de estas patologías, las cuales se suelen agrupar bajo la categoría de *limitaciones*.

Por ejemplo, la Ley 115 de 1994 (Ley General de Educación) enuncia la obligatoriedad de la educación para personas con limitaciones físicas, cognitivas, emocionales y reconoce la necesidad de aulas y programas de apoyo pedagógico que permitan cubrir su atención educativa. Por su parte, el Decreto 2082 de 1996 reglamenta la atención educativa para las personas con limitaciones a través de aulas de apoyo especializadas. En ambos casos no se especifican las condiciones de salud a atender ni las estrategias para ello. Actualmente, las aulas de apoyo han sido retiradas de los planteles educativos y su implementación representa una salida en falso en el desarrollo de programas de atención

integral de los TA que revela, además, la baja integración entre los sistemas de salud y educación.

El término *necesidades educativas especiales* aparece explícitamente en la Resolución 2565 de 2003 y el Decreto 366 de 2009 para hacer referencia a la población con discapacidad que requiere apoyos educativos explícitos. Aunque se reconocen los déficits sensoriales, el autismo, el síndrome de Down y el TDAH como discapacidades, los TA no aparecen en dicha categoría, lo cual limita su priorización y evaluación como parte del proceso educativo.

El Plan decenal de Educación 2016-2026 establece como uno de los desafíos estratégicos para alcanzar un ideal de educación, construir una sociedad en paz sobre una base de equidad, inclusión, respeto a la ética y equidad de género. Para lo cual uno de los lineamientos estratégicos es la inclusión de personas con discapacidad, el desarrollo de modalidades propias y pertinentes para grupos étnicos y el reconocimiento de la diversidad, y la restitución de derechos para niños, jóvenes y adultos en condición de vulneración. Los TA no se reconocen como una condición particular y se clasifican dentro de un grupo inespecífico de discapacidades.

El Ministerio de Salud y Protección Social se ha encargado del registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad y la sala situacional de personas con discapacidad, ofreciendo estadísticas útiles para la caracterización y delimitación de necesidades en esta población a nivel nacional^[16,19]. Sin embargo, en sus reportes no se desglosa claramente la situación de estudiantes con dislexia, disgrafía o discalculia, quienes se asumen en otras categorías relacionadas con déficits cognitivos o de habilidades académicas.

El Estado colombiano, mediante el Decreto 4886 de 2018 adopta la política nacional de salud mental que, basada en las disposiciones de la Ley 1616 de 2013, dicta los criterios para la atención en salud mental de la población. Mediante este acto legislativo se establecen los enfoques, los objetivos y la situación general de la salud mental colombiana y se deja claro que las personas con trastornos mentales presentan tasas elevadas de discapacidad y mortalidad que impactan negativamente las tasas de *años de vida potencialmente perdidos* según el Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO). A pesar de ello, los TA son

contemplados como parte de los trastornos neurocognitivos y no se presentan parámetros claros para su diagnóstico e intervención ni planes específicos para el análisis de su situación actual.

Recientemente, los esfuerzos por establecer una reglamentación específica para la atención integral de los TA en el país se han reflejado en el desarrollo y la presentación del Proyecto de Ley 108 de 2018 ante el Congreso de la República^[21]. Por medio de dicho proyecto se busca establecer la inclusión educativa de personas con dislexia, TDAH y otras *dificultades de aprendizaje* (DA). Como principales puntos a destacar en el documento, se encuentra el reconocimiento de los TA (denominados DA) como una categoría que merece una atención particular debido a su prevalencia y persistencia a lo largo de la vida, la necesidad de trabajo mancomunado entre los ministerios de Educación y Salud, la formación docente específica y la puesta en marcha de programas para la detección temprana de estos trastornos en la población en edad escolar^[21].

Discusión

La inclusión y el desarrollo de programas para la atención integral de los TA en la normatividad internacional muestra una ruta de acción característica, común a diferentes países. Primero, se encuentra el reconocimiento de derechos como la igualdad por parte del Estado y la consecuente garantía de acceso a la educación y atención prioritaria en salud, particularmente para la población en situación de discapacidad física o intelectual, lo que coincide con el establecimiento de un plan estratégico, a largo plazo, por parte de los gobiernos locales, que reconocen como prioritaria la atención de los TA y adquieren compromisos a diferentes niveles para garantizarla.

Segundo, dando continuidad a lo anterior, se desarrolla un marco legal que delimita sus dimensiones y brinda elementos para el trabajo común y su seguimiento a diferentes niveles. Este marco legal facilita la comunicación y coordinación multisectorial entre los programas de educación y salud, a la vez que ofrece las directrices para la ejecución de planes a corto plazo como la implementación de programas de tamizaje poblacional.

Tercero, una vez se trazan los planes a largo y mediano plazo, se aprecia la entrada en vigencia o adaptación de diferentes programas orientados a la identificación y el diagnóstico oportuno de los TA, siendo necesario en ocasiones el desarrollo o la validación de instrumentos de evaluación estandarizados como baterías neuropsicológicas o pruebas de aprovechamiento escolar. Estos programas son planes operativos ejecutados a corto plazo que permiten el diagnóstico de la situación epidemiológica poblacional y justifican la asignación de recursos para la atención y el desarrollo de planes de seguimiento.

Partiendo de que toda política pública tiene lugar en el momento en el que un problema es reconocido como prioritario para el Estado, la fase de desarrollo o la ausencia de una normatividad particular ofrece elementos para el análisis respecto a la relevancia que se le otorga a las problemáticas en salud. Si bien los desarrollos en materia legal representan avances en la inclusión de la población en situación de discapacidad y con necesidades educativas especiales en el sistema educativo colombiano, aún no se cuenta con reglamentación específica para el abordaje de los TA que supere el estatus de proyecto de ley^[21]. En este sentido, en contraposición con la tendencia internacional, la detección temprana solo está contemplada para los estudiantes con capacidades excepcionales, lo que deja sin atención puntual a aquellos que presentan deficiencias marcadas en cuanto al alcance de niveles adecuados de desempeño y, por lo tanto, requieren apoyo psicopedagógico y adaptaciones curriculares^[5,9].

Salvo las menciones generales a los derechos a la educación de las personas en condición de discapacidad, la normatividad nacional se ha centrado en aspectos de cobertura y garantía de acceso escolar, sin un reconocimiento o definición adecuada de los TA, es decir, en términos de los momentos definidos inicialmente, Colombia se encuentra en el primero. Lo anterior se traduce en restricciones en la garantía de acceso a servicios o programas para su identificación, diagnóstico e intervención.

Como evidencia de lo anterior, en el Plan de Beneficios en Salud (PBS) no se contempla la evaluación neuropsicológica^[22], lo que impide determinar el cumplimiento de los criterios diagnósticos, especialmente en la población más vulnerable. Esto, a su vez, limita la detección de las deficiencias cognitivas asociadas a los TA en etapa escolar, los oportunos diagnósticos diferenciales

con otras patologías como la discapacidad intelectual o los trastornos del espectro autista, y la implementación de estrategias de intervención o adecuación curricular que puedan reducir el impacto negativo de estos trastornos a largo plazo, como lo ha mostrado la experiencia internacional.

La ausencia de un plan estatal explícito, que marque la ruta de acciones operativas, tácticas y estratégicas, limita el alcance de cualquier intención por desarrollar programas, planes o políticas de atención integral por parte de investigadores o actores políticos y sociales, lo que se traduce a su vez en la desarticulación de los servicios dispuestos para la población en situación de discapacidad en los sistemas de salud y educación.

Por ejemplo, los servicios de atención psicológica, contemplados como parte del PBS, no son equivalentes a la evaluación neuropsicológica que se rige por objetivos y métodos particulares y requiere de profesionales entrenados en el uso de los instrumentos de evaluación estandarizados^[9,18]; tampoco se dispone de guías de práctica clínica (GPC) o documentos de síntesis de evidencia para el tratamiento, lo que deja a los profesionales encargados de la atención sin una ruta clara de acción.

La experiencia de países como China, Dinamarca, México y Argentina muestra que la implementación de programas de tamizaje en las escuelas, el desarrollo y la adaptación de cuestionarios, y la formación de equipos interdisciplinarios de apoyo a los docentes son opciones viables para avanzar en la atención integral de los TA^[9].

Ahora bien, la situación actual de desarrollo de una PPS para la atención de los TA en Colombia ofrece una serie de oportunidades en el contexto de los tres momentos mencionados y el ciclo de vida de este tipo de políticas que funcionarían a modo de perspectivas para el futuro. El desarrollo de un marco legal específico, que bien podría representarse en el trámite y la entrada en vigencia del proyecto de Ley 108, trazaría la ruta de acción y el marco legislativo general para la adopción de una política estatal a largo plazo, al reconocer los TA como un asunto de importancia estatal y orientar las disposiciones para el desarrollo de planes de acción multisectoriales para su atención integral.

A esta fase de reconocimiento estatal y de creación del marco legal le seguiría un proceso de formulación mediante el cual se ensayen alternativas y se planteen negociaciones con los actores,

en este caso los entes territoriales encargados de definir y ejecutar los diferentes planes de acción, así como las instituciones educativas que serían las encargadas de la identificación de estudiantes con TA y su oportuna remisión a los sistemas de salud durante la fase de implementación de la política. En su defecto, los entes municipales y departamentales, en representación del Estado, deberán ejecutar dichas acciones, es decir, tamizar y remitir oportunamente la población con TA para su tratamiento.

El desarrollo y la ejecución de estos programas deberá estar integrado al PBS y ser ejecutado por profesionales entrenados en la aplicación de instrumentos confiables y válidos para el contexto, lo cual abre múltiples oportunidades para la integración del Estado y la academia a través de prácticas basadas en la evidencia.

Por último, las fases de evaluación, caracterización y reformulación de la PPS, además de aportar al mejoramiento de la política, apoyarán el reconocimiento de la necesidad de evaluación de la evidencia disponible y al desarrollo de GPC que orienten a los profesionales y garanticen la atención integral de los sujetos con TA.

Conclusiones

Al comparar con el estado de abordaje de los TA en la legislación de otros países, se puede concluir que Colombia presenta un retraso considerable, incluso en el contexto de Latinoamérica, donde países como México y Argentina han definido el desarrollo de programas específicos para su identificación e intervención como una necesidad estatal y han facilitado su atención de manera mancomunada desde los sistemas de educación y salud^[9,18].

El reconocimiento de derechos fundamentales como la igualdad y la educación universal son elementos iniciales en la atención integral a la población con TA que, si bien son relevantes, por sí mismos no tienen el alcance ni carácter de una PPS. En este sentido, el reconocimiento de los TA como una prioridad estatal, la integración efectiva de los sistemas de salud y educación, la definición de estándares para el diagnóstico, la adaptación y validación de instrumentos y el desarrollo de programas de atención primaria centrados en su identificación oportuna y programas de intervención basados en la evidencia son elementos clave presentes en la literatura científica y la normatividad internacio-

nal para el desarrollo de la infraestructura estatal necesaria para la atención de los TA.

La experiencia en otros países muestra que el desarrollo de este tipo de programas requiere de políticas en salud y educación que trabajen de manera coordinada para la garantía y el ejercicio de los derechos de la población con TA y generen la infraestructura y el marco legal necesarios para su abordaje. La literatura en el área demuestra, además, que existen los suficientes elementos teóricos y empíricos para justificar la necesidad de este tipo de programas, aunque también destaca la existencia de una brecha entre los resultados de la investigación y la práctica en muchos países^[9]. Disminuir esta brecha y avanzar en la consolidación de prácticas, programas y servicios que permitan cambios en la atención a los estudiantes con TA es la piedra angular para la construcción de un sistema de educación más equitativo e incluyente.

Referencias

1. De La Peña Álvarez C, Bernabéu Brotóns E. Dislexia y discalculia: una revisión sistemática actual desde la neurogenética. *Univ Psychol*. 2018;17(3):1-11.
2. APA. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5th ed. *Journal of Chemical Information and Modeling*. 2014. 947 p.
3. Peters L, Ansari D. Are specific learning disorders truly specific, and are they disorders? *Trends Neurosci Educ*. 2019;17(July 2018).
4. Kohli A, Sharma S, Padhy S. Specific Learning disabilities: Issues that Remain Unanswered. *Indian J Psychol Med*. 2018;40(2): 399-405.
5. Megan Cleaton MA, Kirby A. Why Do We Find it so Hard to Calculate the Burden of Neurodevelopmental Disorders. *J Child Dev Disord*. 2018;04(03):1-20.
6. Bitta M, Kariuki SM, Abubakar A, Newton CRJ. Burden of neurodevelopmental disorders in low and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Wellcome Open Res*. 2017;2:121.
7. Grünke M, Morrison Cavendish W. Learning disabilities around the globe: Making sense of the heterogeneity of the different viewpoints. *Learn Disabil A Contemp J*. 2016;14(1):1-8.
8. Matingwina T. Health, Academic Achievement and School-Based Interventions. *Heal Acad Achiev*. 2018;

9. Agrawal J, Barrio B, Kressler B, Hsiao YJ, Shankland R. International Policies, Identification, and Services for Students with Learning Disabilities: An Exploration across 10 Countries. *Learn Disabil A Contemp J*. 2019;17(1):95–114.
10. Colvin B, Crawford MS, Foese O, Hogan T, James S, Kamrad J, et al. Recommended Guidelines for the Diagnosis of Children with Learning Disabilities The Road Ahead: Logical Steps in Determination of a Learning Disability GUIDING PRINCIPLES. 2017;1–13.
11. Harrison AG. Recommended Best Practices for the Early Identification and Diagnosis of Children with Specific Learning Disabilities in Ontario. *Can J Sch Psychol*. 2005;20(1–2):21–43.
12. Beitchman JH, Young AR. Learning disorders with a special emphasis on reading disorders: A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(8):1020–32.
13. Delgado Barrera M. La Educación Básica y Media en Colombia Retos en Equidad y Calidad. Fedesarrollo Cent Investig Económica y Soc. 2014;1–40.
14. Fletcher JM, Miciak J. The Identification of Specific Learning Disabilities: A Summary of Research on Best Practices. 2019;1–32.
15. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Vols. 5 (93-101), Humanismo y Trabajo Social. 2015.
16. Ministerio de salud y protección social. Sala situacional de Personas con Discapacidad. 2015. p. 56.
17. UNICEF. The Right of Children with Disabilities to Education: A Rights-Based Approach to Inclusive Education. 2012.
18. Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina. Ley 27306. Argentina; 2019 p. 3.
19. Ministerio de Salud y la Protección Social de Colombia. Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad. Vol. 7. 2009.
20. Southwest ADA Center. Disability Rights Laws in Public Primary and Secondary Education: How Do They Relate? 2018.
21. Pacheco GE. Proyecto de ley 108. Colombia: Senado de la República de Colombia.; 2018.
22. Ministerio de Salud y la Protección Social de Colombia. ABECÉ DE LA DISCAPACIDAD ¿Qué es discapacidad?. 2013.
23. Petretto DR, Masala C. Dyslexia and Specific Learning Disorders: New International Diagnostic Criteria. *J Child Dev Disord*. 2017;03(04):1–5.

La autonomía médica y el reconocimiento profesional durante la COVID-19: análisis a la normatividad nacional e internacional

JOSÉ FERNANDO TOVAR-VALLE¹
SAMUEL ANDRÉS ARIAS VALENCIA¹

¹ Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia

Resumen

La autonomía médica y el reconocimiento profesional de los médicos ha sido un tema de constante debate, con especial énfasis durante el desarrollo de la pandemia de la COVID-19, por parte de distintas agremiaciones médicas en Colombia frente a las entidades gubernamentales. Se busca analizar las distintas normas nacionales e internacionales que hablan de ambas categorías teóricas e identificar si estos fenómenos ocurridos en esta coyuntura son nuevos o en realidad son problemáticas de vieja data. Se identificaron múltiples normas, nacionales e internacionales, que dan cuenta de la autonomía médica y el reconocimiento profesional con especial atención en aquellas presentadas durante la pandemia de la COVID-19. La construcción de políticas públicas alrededor de la protección de la autonomía y el reconocimiento profesional de los médicos no solo ha sido insuficiente, sino que también ha sido formulada de forma errónea. Partiendo de la necesidad de involucrar en la agenda pública esta problemática era necesario tener en cuenta la participación de los interesados en su desarrollo para su formulación.

Introducción

El periodo comprendido entre el 2012 y 2015, gobierno de Juan Manuel Santos Calderón, representó para Colombia un contexto histórico convulsivo y lleno de protestas sociales^[1]. Durante ese tiempo se plantearon, por parte del Ministerio de Salud, una serie de reformas de índole ordinaria al sistema de salud colombiano y, por parte de diversas agremiaciones médicas, una de tipo estatutaria.

La protesta social involucró la participación de organizaciones del sector salud, entre ellas de la profesión médica, y entre sus demandas se identificaban dos problemáticas: el reconocimiento profesional y la autonomía médica^[2]. Lo anterior genera la siguiente pregunta: ¿Por qué los médicos plantean que existen situaciones que comprometen la autonomía médica y el reconocimiento profesional en Colombia?

Tal vez el marco normativo nacional e internacional en el cual se configura el ejercicio clínico de la medicina podría brindar una explicación. Por ejemplo, la propuesta de ley estatutaria en salud, Ley 1751 de 2015, se materializó en un proyecto que contemplaba la salud como un derecho fundamental para Colombia. Esta ley planteó adicionalmente una serie de apartados que afectaban directamente a los profesionales de la medicina.

El capítulo III de la Ley 1751 de 2015 menciona en su artículo 17 que se garantiza «la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo». Este artículo establece que esta autonomía profesional «será ejercida en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica».

Por otra parte, el preámbulo de la Declaración de los Derechos Humanos hace la siguiente mención: «Considerando que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana». Lo anterior se refiere al reconocimiento que todos los seres humanos tenemos por derecho.

La respuesta ante la pregunta inicial sobre el compromiso de la autonomía médica y el reconocimiento profesional podría ser que la realidad no siempre está en consonancia con lo escrito en los marcos normativos que la regulan. Por lo cual valdría la pena

cuestionar ¿cómo se manifiesta la categoría de la autonomía médica y el reconocimiento profesional en los marcos normativos nacionales e internacionales?

La autonomía da cuenta de la capacidad que tiene una persona de vivir su vida de acuerdo con sus propias razones y motivos, que no pueden ser el producto de la coacción ni la manipulación por parte de fuerzas externas. Igualmente, la autonomía involucra la capacidad de autogobernanza de los agentes, que son todos aquellos con la capacidad de actuar. De allí que situaciones que constriñen el correcto ejercicio de la medicina o actividades que limiten su acción corresponden a formas de afectar la autonomía médica. Leer el reconocimiento profesional de la medicina, tomando como punto de partida la teoría del reconocimiento trabajada por Honneth^[3], implicaría comprender esta categoría como una lucha desde la cual los sujetos políticos, los profesionales de la medicina, demandan la valoración de su trabajo por parte de la comunidad, lo cual los hace sujetos poseedores de derechos que pueden ejercer con autonomía su oficio. De ahí la conexión existente entre ambas categorías y la importancia de su análisis.

Un contexto significativo para analizar estas dos categorías es el que se presentó con la llegada de la pandemia de la COVID-19 a Colombia. El 6 de marzo de 2020, mediante un boletín de prensa, el Ministerio de Salud y Protección Social notificó la aparición del primer caso de COVID-19 en el país dado por la llegada de una ciudadana procedente de Italia. ¿Qué significó entonces la pandemia para la autonomía médica y el reconocimiento profesional de los médicos en Colombia? A continuación, se analizan las distintas normatividades nacionales e internacionales que hablan de esta categoría teórica y si los fenómenos ocurridos en esta coyuntura son nuevos o en realidad son problemáticas de vieja data.

Métodos

Dada la dificultad que implica trabajar con dos categorías teóricas como son el reconocimiento profesional y la autonomía médica, esta investigación realizó un ejercicio de operacionalización de ambas mediante la revisión de dos encuestas hechas

por las principales organizaciones científicas en Colombia⁵ (tabla 1).

Tabla 1. Dimensiones de las variables autonomía médica y reconocimiento profesional

| Variable | Dimensiones |
|-----------------------------------|--|
| Autonomía Médica | <ol style="list-style-type: none"> 1. Limitación en la formulación médica. 2. Acoso Laboral. 3. Glosas. 4. Barreras Administrativas en la Prestación Médica. |
| Reconocimiento Profesional | <ol style="list-style-type: none"> 1. Inestabilidad contractual y/o laboral. 2. Discriminación laboral. 3. Percepción de desconocimiento de idoneidad técnica. 4. Irregularidad en el pago. 5. Percepción de remuneración insuficiente y/o injusta. 6. Denuncias de maltrato laboral o amenazas por parte de pacientes (amenazas en sitio de trabajo). |

Fuente: elaboración propia a partir de las encuestas de Condiciones de Bioseguridad y ruta de atención de pandemia SARS COV2-COVID19 y de Situación Laboral de Profesionales de la Salud 2019.

La revisión de ambas encuestas implicó un ejercicio mediante el uso del software DAGitty (figura 1) para la construcción de un diagrama causal a través del cual se buscaban establecer los elementos preguntados en las mismas y respondidos por los participantes que daban cuenta de las categorías de reconocimiento profesional y autonomía médica.

Se realizó una investigación documental a partir de la propuesta de Ruta de revisión documental para la caracterización de políticas públicas en salud (PPS) de las principales normativas nacionales e internacionales con respecto al talento humano en salud. Se identificaron fuentes de consulta por horizonte espacial supranacional como fueron las normatividades expedidas por: Organización Mundial de la Salud (OMS), Organiza-

5. La encuesta de situación laboral de profesionales de la salud de 2019 realizada por el Colegio Médico Colombiano (CMC) buscaba conocer las condiciones laborales del personal salud en las instituciones prestadores de salud como clínicas y hospitales. La encuesta de condiciones de bioseguridad y ruta de atención de la pandemia SARS-COV2-COVID19 evaluó la adecuación de los sitios de trabajo y las condiciones de los profesionales en el contexto de la pandemia.

ción Panamericana de la Salud (OPS), Organización de Naciones Unidas (ONU), Banco Mundial (BM), Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Organización de Estados Americanos (OEA), Organización Internacional del Trabajo (OIT). Fuentes de consulta nacional fueron las expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, el Congreso de la República de Colombia y la Presidencia de la República de Colombia. También se hizo un rastreo de literatura gris a través de los artículos de prensa publicados en medios como El Espectador, El Tiempo, La República y Consultor Salud que dieran cuenta sobre problemáticas laborales en el ejercicio de la medicina.

Resultados

Nivel supranacional: marco normativo internacional

Desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos como normativa internacional y el Pacto de San José, Costa Rica, el reconocimiento de la dignidad humana es considerada como base de la libertad, la justicia y la paz. Ello se manifiesta en el preámbulo de la Declaración Universal y en el artículo 11 del Pacto de San José como un derecho.

En las estrategias políticas en cuanto a la promoción de la salud se ha contemplado el bienestar del talento humano en salud como una necesidad. Un ejemplo de ello se encuentra en la Resolución CD52.R13 «Recursos Humanos para la salud», la cual hace parte del 52° Consejo Directivo y 65° Sesión del comité regional en Washington ocurrida entre el 30 de septiembre al 4 de octubre de 2013. Esta resolución propuso aumentar el acceso al personal sanitario capacitado en sistemas de salud basados en la atención primaria de salud y hace referencia a que se «implanten y evalúen en forma sistemática reglamentos, beneficios e incentivos específicos, tanto financieros como no financieros, para reclutar, contratar y estabilizar al personal de los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud».

Un elemento internacional de igual importancia fue el desarrollado en el Convenio Hipólito UNANUE del Organismo Andino de Salud en el Plan Estratégico de Recursos Humanos en Salud 2018-2022 donde se menciona en su «línea estratégica 2: Informa-

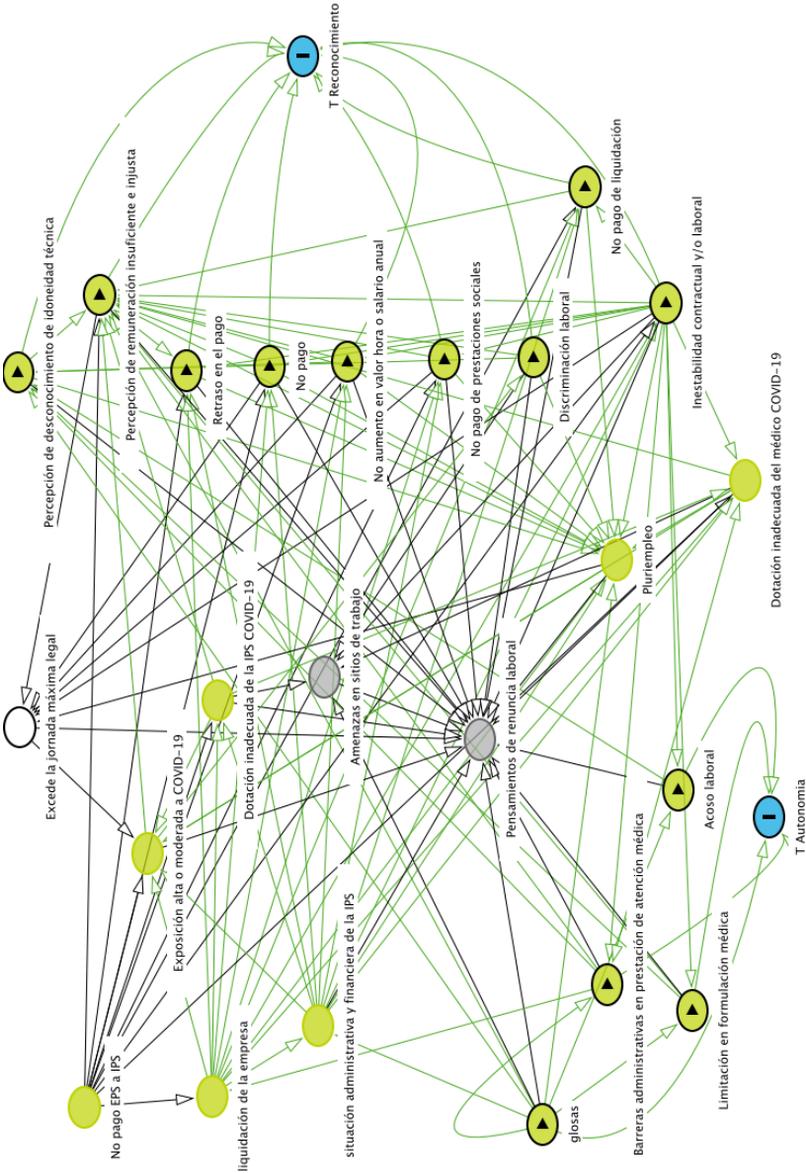
ción sobre la fuerza laboral en salud y sobre estilos de gestión del trabajo a nivel de micro, meso y macro gestión» que su objetivo 2.1 será: «Reorientar los recursos para promover mejoras en las condiciones laborales de los RHUS a través de la incorporación de estilos de gestión del trabajo compatible con la naturaleza misma de las organizaciones de salud, contribuyendo al empleo estable y digno de los equipos de salud».

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han expedido una serie de normatividades de alcance internacional para sus países miembros en las que también abarcan la temática relacionada con la autonomía médica y el reconocimiento profesional de este talento humano. Uno de estos fue el Llamado a la Acción de Toronto 2006-2015 «Hacia una década de Recursos Humanos en Salud para las Américas» como parte de la Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud de la OPS, el cual propende por la construcción de «políticas e intervenciones para el desarrollo de recursos humanos en salud, que ayuden al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, de las prioridades nacionales de salud y al acceso a servicios de salud de calidad para todos los pueblos de las Américas». Este Llamado a la Acción de Toronto parte de que «los recursos humanos son la base del sistema de salud» y «los trabajadores de salud son protagonistas de su desarrollo», desarrollo a través de «una fuerza de trabajo bien distribuida, saludable, capacitada y motivada».

Vale la pena mencionar el Informe sobre la salud en el mundo: Colaboremos por la salud de la OMS publicado en el 2006, el cual invita en el capítulo 4 a «potenciar al máximo el personal sanitario existente» y en la estrategia 4.5 a «garantizar una remuneración adecuada». Lo anterior deja en evidencia la intención de reconocer el trabajo profesional del personal salud, entre ellos los profesionales de la medicina.

Las sesiones de trabajo entre diversos países bajo el amparo de la OMS también han sido espacios de discusión sobre la autonomía y el reconocimiento de los médicos como la 56.º reunión del Consejo Directivo y la 70.º Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas con su Plan de Acción sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud 2018-2023 del 31 de agosto de 2018^[4], el cual menciona la línea estratégica de acción #1: «Fortalecer y consolidar la

Figura 1. Ejercicio en DAGitty de operacionalización de categorías autonomía médica y reconocimiento profesional



Fuente: elaboración propia a partir de las encuestas de Condiciones de Bioseguridad y ruta de atención de pandemia SARS COV2-COVID19 y de Situación Laboral de Profesionales de la Salud 2019.

gobernanza y rectoría de los recursos humanos para la salud»^[4] y en su objetivo 1.3 «Ampliar la inversión pública en recursos humanos de salud, mejorando la oferta de empleo y las condiciones de trabajo, especialmente en el primer nivel de atención»^[4]. También es necesario aludir a la segunda línea estratégica sobre desarrollo de condiciones y capacidades de los recursos humanos para la salud que buscan ampliar el acceso y la cobertura de salud con equidad y calidad.

Otros organismos internacionales que también han discutido sobre este tema son la Organización Internacional del Trabajo (OIT) que en su XVI Reunión Regional Americana en Brasilia, mayo de 2006, produjo el documento Trabajo Decente en las Américas: Una agenda hemisférica, 2006-2015. Este documento, muy acorde a lo referido en la Declaración Internacional de Derechos Humanos, menciona que el trabajo decente es un objetivo global en cuanto a que hombres y mujeres aspiran a conseguir un trabajo productivo en condiciones de libertad, igualdad, seguridad y dignidad.

Finalmente, como parte de las estrategias de trabajo colaborativo entre distintos países y con miras al componente de nuestro interés podemos identificar el objetivo número 8 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible a 2030, el cual tiene como resultado esperado lograr empleo pleno y productivo y trabajo decente para todos, incluidos los jóvenes y las personas con discapacidad, así como la igualdad de remuneración por trabajo de igual valor.

Nivel nacional: marco normativo nacional

La Constitución Política de 1991 de Colombia dispuso el derecho de todos los ciudadanos a la atención a la salud como servicio público cuya prestación es realizada bajo dirección, coordinación y control del Estado, con participación de agentes públicos y privados. Posteriormente, la Ley 60 de 1993 reglamentó, de acuerdo con lo prescrito en la Constitución, la descentralización del sistema de salud colombiano. Finalmente, la Ley 100 de 1993 creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Estas normas contemplan parte del piso jurídico que sostiene el sistema de salud colombiano y corresponden al escenario donde ocurre la práctica de la medicina en Colombia. Por lo anterior hacen parte del marco normativo de interés para el ejercicio clínico.

Entre las principales críticas a la Ley 100 de 1993, la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011 está que no hay mención ni regulación al ejercicio profesional de los médicos. Es decir, la insuficiencia de estas leyes para establecer directrices que protejan el correcto ejercicio de la profesión han sido mencionadas por diversos autores^[5].

La Ley 1164 de 2007, conocida como ley de talento humano en salud, contiene varios aspectos para tener en cuenta. Uno de ellos es el principio general de la efectividad que pone en manifiesto que el personal de salud debe «garantizar en sus acciones el logro de resultados eficaces en la atención de salud individual y colectiva, mediante la utilización eficiente de los recursos disponibles y la selección del mejor curso de acción alternativa en términos de costos». El artículo 26 de esta ley también menciona que «el acto profesional se caracteriza por la autonomía profesional y la relación entre el profesional de la salud y el usuario».

Desde la Constitución Política de 1991 la salud era vista jurídicamente como un derecho social, pero gracias a la Sentencia T-760 de 2008 inicia un proceso de transformación en la percepción de la salud para Colombia^[6]. En esta sentencia, la Corte Constitucional contempló por primera vez el derecho a la salud como un derecho fundamental, no social como inicialmente fue visto por la Constitución de 1991, lo cual dio paso a reformas que posteriormente dieron origen en 2015 a la Ley Estatutaria 1751 de 2015, en cuyo capítulo tres, específicamente en el artículo 17, se menciona a la autonomía profesional así: «esta autonomía será ejercida en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica. Se prohíbe todo constreñimiento, presión o restricción del ejercicio profesional que atente contra la autonomía de los profesionales de la salud». Adicionalmente en el artículo 18 está el componente relacionado con el respeto a la dignidad de los profesionales y trabajadores de la salud y especifica que «los trabajadores, y en general el talento humano en salud, estarán amparados por condiciones laborales justas y dignas, con estabilidad y facilidades para incrementar sus conocimientos, de acuerdo con las necesidades institucionales».

Las dos anteriores menciones hacen una clara invitación al reconocimiento profesional de la medicina desde el marco jurídico y también promueven la defensa de la autonomía médica. Pero nuevamente debemos fijarnos en algunos aspectos que

son fundamentales. Lo primero es que el artículo 17 insiste en un marco de autorregulación y denota el carácter prohibitivo de todo constreñimiento, lo anterior completamente en contravía con los ejemplos observados durante las denuncias de los médicos. Lo segundo es que nuevamente no existe algún tipo de reglamentación que sea enfático o explique detalladamente como se protegería el reconocimiento y la autonomía médica. Por lo anterior sigue siendo insuficiente.

La Política Nacional de Talento Humano en Salud se desarrolló en el año 2018, en el apartado número cinco que se denomina desafíos, numeral 5.5 referido al trabajo decente y dignificación del talento humano. Esta política alude a que «la dignificación del talento humano en salud es un elemento clave para garantizar el desarrollo de los objetivos del sistema de salud y dar cumplimiento a los elementos establecidos en la ley estatutaria de la salud sobre autonomía profesional y respeto a la dignidad de los profesionales y trabajadores de la salud». Igualmente recalca que «uno de los elementos importantes para avanzar en la dignificación del talento humano, es el reconocimiento y visibilización de las diferentes profesiones y ocupaciones». La política hace énfasis en el reconocimiento como «punto de partida para establecer estrategias y mecanismos de vinculación, condiciones laborales y remuneraciones que valoren de manera razonable los aportes de los auxiliares, técnicos, profesionales y especialistas que participen en la prestación de servicios de salud».

Luego en el apartado número seis, específicamente en el numeral 6.4, se refiere a la formalización y a mejores condiciones laborales. Allí se menciona la necesidad de «generar condiciones de ejercicio profesional, que fortalezcan la autonomía y promuevan el reconocimiento de quienes integran los equipos multidisciplinarios de salud».

Posteriormente, con la construcción de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) se planteó que para su adecuada ejecución era necesario el «mejoramiento de condiciones laborales del recurso humano en salud» y «definir las necesidades nacionales y territoriales del recurso humano en salud». Posteriormente el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) consagra en una de sus líneas de acción la 4: Talento Humano en Salud, la cual «Agrupa la suficiencia, disponibilidad, calidad, eficiencia y dignificación del talento humano apoyando procesos de atención

integral en salud, como protagonista, así como la población de la implementación efectiva de las acciones de cuidado».

Finalmente, y en relación con el gobierno de Iván Duque Márquez en su Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 «Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad» se menciona como uno de los pilares «Formular la política del talento humano en salud bajo el concepto de trabajo decente y los lineamientos para el cierre de brechas del talento humano». Entre los componentes de ese apartado se encuentra el «Acuerdo por el reconocimiento, formación y empleo de calidad para los trabajadores en salud».

Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en todo el territorio nacional: expedición de los Decretos 417, 538 y 676 durante la pandemia

La llegada de la COVID-19 representó para Colombia un reto en múltiples dimensiones (salud, economía y social) por lo que fue necesario que el gobierno nacional, en cabeza del presidente Iván Duque Márquez, decretara el Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica mediante el Decreto legislativo 417 de 2020. El principal objetivo de esa medida fue que el gobierno implementará «mediante decretos legislativos, además de las medidas anunciadas en la parte considerada de este decreto, todas aquellas medidas adicionales necesarias para conjurar la crisis e impedir la extensión de sus efectos». De allí surgieron una serie de directrices y lineamientos que buscaban enfrentar la pandemia de la COVID-19 en las distintas regiones con menciones a la protección del ejercicio profesional de los médicos. Pero no fue sino hasta la expedición del Decreto 538 de 2020 cuando 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».

El capítulo dos de este decreto es el correspondiente a la garantía y protección del talento humano en salud para la atención del COVID-19 e inicia con el artículo 9 que es el llamado al talento humano para la prestación de servicios de salud. Allí se manifiesta que «todo talento humano en salud en ejercicio o formación estará preparado y disponible y podrá ser llamado a prestar sus servicios, para reforzar y apoyar a los prestadores de servicios de salud del país». El artículo 11 del mismo decreto ha-

bla de un «reconocimiento económico temporal para el talento humano de salud que presente servicios durante el coronavirus COVID-19» y que «tienen derecho, por una única vez, a un reconocimiento económico temporal, durante el término de la emergencia sanitaria declarada por el Ministerio de Salud y Protección Social». Lo llamativo de este capítulo que, como se mencionó previamente, fue titulado «Garantía y protección del talento humano en salud para la atención del COVID-19» es que lo que contempla el decreto gira en torno a la obligatoriedad de la prestación del servicio de salud por parte de profesionales médicos y no especifica las garantías para la protección de la autonomía ni el reconocimiento profesional.

Finalmente, el Decreto 676 de 2020 expedido por el Ministerio del Trabajo incorporó a la COVID-19 en el listado de enfermedades laborales para el personal de salud. Algunos críticos del decreto han mencionado su preocupación por el reconocimiento económico durante el tiempo de sospecha de contagio. «El profesional de la salud pudo haber estado expuesto a un procedimiento generador de aerosoles en un paciente diagnosticado o sospechoso de COVID sin los elementos de protección personal adecuados y por lo tanto debe ser aislado ante el riesgo de contagio. Pero, en algunos casos, ante el aislamiento no le dan una incapacidad y algunas instituciones no le reconocen el pago, y tampoco la EPS ni ARL. Esto debe quedar expreso en una norma»^[7].

Discusión

La construcción de políticas públicas alrededor de la protección de la autonomía y el reconocimiento profesional de los médicos no solo ha sido insuficiente, sino que también ha sido formulada de forma errónea. Partiendo de la necesidad de involucrar en la agenda pública esta problemática era necesario tener en cuenta la participación de los interesados en su formulación^[8]. No es nueva la percepción de los profesionales médicos de no ser tomados en cuenta para formulación de políticas públicas: «Aquí siempre el recurso humano en salud ha sido ignorado» Roberto Baquero, presidente del Colegio Médico Colombiano^[9].

Lo anterior puede identificarse en la estructura del sistema de salud colombiano desde su concepción a través del eje normati-

vo que fue la Ley 100 de 1993. La propuesta de seguridad social en salud (Sistema General de Seguridad Social en Salud y Sistema General de Riesgos Laborales) no contempló el papel de los profesionales de medicina dentro de su objeto de estudio. Ello puede evidenciarse en la falta de regulación de las condiciones de trabajo del ejercicio de la medicina. La evidencia está en que no fue sino con la Ley 1164 de 2007 que se materializó en una normatividad la ley de talento humano en salud.

Aquí es importante aclarar dos aspectos para leer entre líneas y son las dos categorías de análisis (autonomía médica y reconocimiento profesional), las cuales podría parecer que están presentes, pero no es así por el cambio en la configuración del binomio médico-paciente por la de «médico-usuario», que continúa dando una connotación de relación comercial a la interacción entre estos dos actores cruciales. Además, posteriormente la ley aclara el criterio de «racionalización del gasto en salud dado que los recursos son bienes limitados y de beneficio social». Aunque el artículo 37 menciona los derechos de los profesionales de salud (incluye del derecho al buen nombre y al ejercicio competente), no es explícito el principio de autonomía médica ni tampoco la idoneidad profesional manifestada en el reconocimiento. Por el contrario, el ejercicio competente se limita a la ubicación laboral de acuerdo con sus competencias y el buen nombre solo se reduce a evitar conductas de ultraje físico o psicológico, injurias, calumnias, falsos testimonios o críticas nocivas.

Al mirar posteriormente el proceso de implementación de la autonomía y el reconocimiento profesional, se constata que existe una tendencia *top-down* con poca participación o planteamiento de aspectos desde las mismas agremiaciones médicas. Incluso el desarrollo de la ley estatutaria enfrentó al entonces ministro de salud y a la Gran Junta Médica, dado el interés de que la salud estuviese bajo el imperativo económico como pretendía el gobierno nacional^[10]. Algunos trabajos históricos sobre los procesos de profesionalización de la medicina en Colombia han mostrado la poca participación de estos actores en estos procesos^[11]. Todo ello podría implicar dificultades en cuanto a estrategias para mejorar las condiciones de la práctica de la medicina en Colombia.

Al realizar el proceso de evaluación de estas políticas para el caso colombiano y específicamente al mirar las medidas tomadas en la pandemia de la COVID-19 si nos enfocamos en

analizar el impacto^[12], siguiendo el modelo adaptado por Roth de los niveles, para determinar los efectos previstos y no previstos, las encuestas realizadas por el Colegio Médico Colombiano y la Federación Médica Colombiana durante la pandemia son contundentes en denunciar la falta de elementos de protección personal, condiciones de contratación inestables, vulneración a la autonomía médica y episodios de amenazas que comprometen el reconocimiento profesional^[13]. Como previamente se había mencionado, la problemática no es nueva y en otra encuesta realizada por el Colegio Médico Colombiano en 2019 también se identificó una situación similar a la ocurrida en la pandemia^[14]. Adicionalmente, los decretos de emergencia expedidos durante la pandemia y que fueron revisados en este documento permiten identificar divergencias en cuanto a lo planteado por la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), toda vez que los decretos buscan la obligatoriedad del ejercicio médico, condicionado por la pandemia, y la dignificación de la práctica clínica según el modelo PAIS.

Este tipo de contradicciones no son nuevas y pueden observarse en las condiciones inadecuadas de bioseguridad al inicio de la pandemia con respecto a las propuestas de gobierno en el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 en lo referente a la dignificación del ejercicio de la medicina.

Conclusiones

El poder concentrado en el campo de la salud por parte de los médicos es insuficiente y completamente asimétrico frente a otros actores que intervienen. La estructura organizacional de los médicos es atomizada, configurada en múltiples organizaciones, gremios, sindicatos y asociaciones con multiplicidad de intereses de acuerdo con su naturaleza y composición. En este sentido, hay una gran diferencia con países como Estados Unidos que cuentan con una estructura jerárquica como es la American Medical Association^[15] y que les ha permitido ejercer influencia en la construcción de políticas públicas en salud que giran en torno a sus intereses^[16].

El caso colombiano es distinto, la participación de los médicos en la construcción de políticas públicas es escaso en la his-

toria^[17,18]. Si bien la coyuntura dada por la pandemia de la COVID-19 ha permitido visualizar problemas de antaño y llevarlos a la agenda pública, las formas de abordaje de estos no han sido adecuadas. La consolidación de una visión imperativa de los criterios económicos, comerciales y eficientistas en la práctica de la medicina en Colombia no permiten construir nuevas políticas públicas en salud que faciliten transformaciones de fondo. Se requiere, entonces, promover un debate reflexivo que lleve a la agenda pública estas interpretaciones sobre lo que consideramos como salud los colombianos para así favorecer un sistema que proteja la autonomía y el reconocimiento profesional de los médicos.

La problemática identificada desde la perspectiva metodológica en esta investigación consistió en la operacionalización de dos categorías teóricas que implican múltiples interpretaciones. Se constató que la dificultad reside en el diseño de políticas públicas que no incluyen las distintas lecturas de todos los actores, desde las instituciones públicas hasta los tomadores de decisiones. El escenario invita a profundizar en este tipo de ejercicios para favorecer el bienestar de los profesionales de la medicina.

La imbricación existente entre autonomía médica y reconocimiento profesional implica un trabajo que involucre a ambas. La falta de condiciones adecuadas para un correcto ejercicio de la práctica profesional genera dificultades para la autonomía médica, y las limitaciones en el oficio afectan de manera importante la esfera del reconocimiento que merece la profesión.

Referencias

1. López Daza GA. El derecho a la protesta social en Colombia: análisis conceptual y jurisprudencial. *Rev Juríd PIELAGUS*. 2019;18^[1]:1-22.
2. Tovar Valle JF. Medicina y política: el rol de los médicos en las reformas sanitarias de Colombia. A propósito de un estudio de caso. Universidad del Rosario; 2018.
3. Honneth A. La lucha por el reconocimiento. Barcelona: Crítica; 1997.
4. Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS). 56.º Consejo Directivo. 70.º Sesión

- del Comité regional de la OMS para las Américas: Plan de acción sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud 2018-2023. Washington D.C.; 2018. 17 p.
5. Lenis Gómez M. Oposición, asociación y reformismo: la acción colectiva de los médicos en Colombia (1990-2015). 2017;
 6. Torres Corredor H, Colorado-Acevedo D del P, Patiño Restrepo JF, Alvarez Lara N, Corcho Mejia C, Santana Rodriguez P, et al. El derecho fundamental a la salud: retos de la Ley Estatutaria. Algunas miradas a la salud en el posconflicto. 1.a ed. Torres Corredor H, Colorado Acevedo D del P, editores. Bogotá D.C.: Editorial Universidad Nacional de Colombia; 2020. 203 p.
 7. Redacción Salud. Los aciertos y vacíos del decreto que admite el COVID-19 como enfermedad laboral. El Espectador. 2020 [citado 25 de mayo de 2020].
 8. Gutierrez JA, Restrepo RD, Zapata JS. Formulación, implementación y evaluación de políticas públicas desde los enfoques, fines y funciones del Estado. Rev CES Derecho. 2017;8^[2]:333-51.
 9. Fernández CF, Suárez R. La dura realidad de los médicos colombianos frente a la pandemia. El Tiempo. 2020 [citado 8 de junio de 2020].
 10. Rodríguez Garavito C. ¿Langosta para todos?. El Espectador. 2014 [citado 8 de junio de 2020].
 11. ALVAREZ EDH. La salud fragmentada en Colombia: 1910-1946. Universidad Nacional de Colombia; 2002.
 12. Roth Deubel AN. Políticas públicas: Formulación, implementación y evaluación. 14.a ed. Aurora E, editor. Bogotá: Editorial Nomos S.A.; 2019. 292 p.
 13. Corcho C. Encuesta de bioseguridad del personal de salud y ruta de atención del coronavirus. Consultorsalud. 2020 [citado 7 de junio de 2020].
 14. Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Crítico, Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, Colegio Médico Colombiano, Federación Colombiana de Sindicatos Médicos. Comunicado al gobierno nacional, los medios de comunicación y a la población en general. Bogotá: Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo; 2020. p. 2.
 15. Starr P. The Social Transformation of American Medicine. The Social Transformation of American medicine. 1982.

16. Chapin CF. The American Medical Association, Health Insurance Association of America, and Creation of the Corporate Health Care System. *Stud Am Polit Dev.* 2010;24(02):143-67.
17. Uribe Gómez M. Los actores del cambio en la implementación de las reformas al sistema de salud en Colombia: un análisis relacional. *Acta Académica.* 2007. p. 1-19.
18. Uribe Gómez M. La dinámica de los actores en la implementación de la reforma del sistema de salud en Colombia: exclusiones y resistencias (1995-2003). *Dyn Actors Health Reform Implement Colomb Exclusions Resist 1995-2003.* 2009;8(17):44-68.

Derecho a la participación social de las personas en situación de discapacidad. Una mirada desde las políticas públicas

CLAUDIA ELISA JANSASOY-MUÑOZ¹

IVÁN ARROYAVE¹

¹ Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia

Resumen

El concepto de discapacidad a través de la historia ha transitado por distintos modelos conceptuales que han determinado la manera de entenderla y actuar frente a ella. Las personas en situación de discapacidad (PsD) poco a poco han ganado espacios de visibilización y han logrado avances en materia normativa para ser incluidos en igual condición de derechos que la población en general. El interés de esta revisión se centra en el marco normativo y las políticas públicas aplicadas a la discapacidad y la participación de los sujetos como factor clave y necesario para la legitimación de dichas medidas estatales en la vida práctica, desde la perspectiva del enfoque de derechos que abogue por la equiparación de oportunidades, que posibiliten y faciliten la inclusión social real de las PsD.

Introducción

La discapacidad ha adquirido diferentes significados conceptuales según los momentos históricos y los contextos socioculturales. Estos conceptos, influenciados mayormente por las investigaciones académicas, las prácticas profesionales y las actitudes de la sociedad en general, le han conferido fundamentos a la legislación y a las políticas e intervenciones sociales del Estado y de sus instituciones, para impactar la cotidianidad de las personas en situación de discapacidad y ofrecerles posibilidades reales de acceso, relación y participación en los circuitos de producción, intercambio, consumo de bienes y servicios tanto materiales como simbólicos^[1].

La marginación y exclusión social que tradicionalmente han experimentado las personas en situación de discapacidad (PsD) ha provocado un fenómeno de invisibilidad que les ha impedido participar en la sociedad en igualdad de condiciones, en parte por los prejuicios sociales que han hecho creer que estas personas no necesitan ser tenidas en cuenta^[2]. Así, se han generado, por parte de los demás, actitudes de olvido y marginación que dificultan la plena participación y generan falta de posibilidades y de habilidades para contrarrestar el ejercicio arbitrario del poder^[3]. En palabras de Boaventura «la no existencia se produce siempre que se descalifica y se hace invisible, ininteligible, o irreversiblemente descartable una cierta entidad». Este autor considera que existen diferentes lógicas de producción de no existencia y que son manifestaciones de esta monocultura racional. Las principales formas de no existencia, producidas por la epistemología y la racionalidad hegemónicas son: lo ignorante, lo residual, lo inferior, lo local y lo no productivo^[4], esto compatibiliza con los estigmas que ha tenido que enfrentar la población con alguna discapacidad. Asimismo, desde el devenir histórico en el que paulatinamente la matriz binaria de normalidad-anormalidad fue ganando terreno, se atomiza el concepto de discapacidad a partir de la naturalización de asimetrías y jerarquizaciones de unos sujetos sobre otros, desenmarcándolos de la totalidad histórico-social.^[5]

Por su parte, recluir el fenómeno de la discapacidad, como objeto propio del saber y de la práctica médica, implica desconocer su multidimensionalidad y legitimar un abordaje parcial y

limitado. Por lo contrario, expresa Yarza^[6] que la heterogeneidad de las comunidades y los sujetos en situación de discapacidad se expresa en sus experiencias, encarnaciones, subjetivaciones, trayectorias, lenguajes, sistemas simbólicos, solidaridades, luchas, resistencias, insurgencias, emancipaciones, liberaciones y alternativas. Complementariamente experimentan discriminaciones múltiples, simultáneas e interseccionales, debido a su situación socioeconómica, su adscripción de clase, su identificación sexo-genérica y orientación sexual, su edad, su condición étnicocultural, su estatus migratorio, su espiritualidad o militancia política.

Para hacerse visibles y reivindicar sus derechos, los movimientos sociales de PsD surgieron en la década de los setenta, rechazando la consideración de objetos de políticas asistenciales o paternalistas, con el fin de ser sujetos de derecho, ciudadanos activos en la vida política, económica y social de la comunidad, que reclaman su opinión a la hora de elaborar políticas de inclusión. Actuaron bajo el lema «Nada sobre nosotros, nada sin nosotros» en sus manifestaciones y actos públicos^[7].

Frente a lo anterior, las reclamaciones exigen el protagonismo y la participación de los sujetos en situación de discapacidad, pero no es posible hablar de generar propuestas y procesos de participación sin conocer las propias necesidades reales y las vivencias contadas por quienes se han enfrentado a barreras que han limitado sus posibilidades de participar en diversos escenarios. Como argumenta Yarza^[6], si bien sus «voces» se han venido abriendo camino, todavía sus reclamos, sentires y pensares no han sido escuchados con contundencia en el mundo académico y político.

Por participación se entiende hacer acto de presencia, tomar decisiones, estar informado de algo, opinar, negociar, gestionar, ejecutar o vetar si es necesario. En relación con la discapacidad se busca que las personas con dicha condición hagan parte, tomen parte y sean parte de los espacios políticos, sociales y económicos y de todas las actividades que se requieran para lograr su desarrollo personal integral. Por ello es necesario no solo admitir el derecho a participar, sino también formar a los sujetos para que puedan ejercerlo eficazmente^[8].

Métodos

El presente trabajo se realiza bajo la modalidad de revisión de tema, en el que se contemplan los documentos sobre los discursos oficiales referentes a las normas, declaraciones, convenciones y políticas públicas tanto internacionales como nacionales relacionadas con la discapacidad.

Los descriptores o palabras claves para la búsqueda de información son aquellos que den cuenta acerca de políticas públicas, derechos y participación social de las personas en situación de discapacidad. Como criterio de inclusión para la selección del material bibliográfico se tuvieron en cuenta aquellos documentos publicados por organismos oficiales durante las últimas cinco décadas. Para la ubicación de los documentos se efectuó una búsqueda avanzada en las bases de datos de distintas páginas, tales como OMS, ONU, la Corte Constitucional de Colombia, repositorios de revistas en la web, biblioteca digital del Ministerio de Salud, entre otros, y realizó un proceso de análisis para extraer la información más relevante y sobresaliente relacionada con la temática a explorar.

Resultados

A continuación, se da cuenta de los hallazgos, en primer lugar, de los documentos en el panorama internacional y, finalmente, en el panorama nacional, contemplando las últimas cinco décadas y sus avances en materia de legislación.

Panorama internacional. Los discursos oficiales: normas, declaraciones, convenciones y políticas

El organismo oficial internacional encargado de la discapacidad desde 1945 es la Organización de las Naciones Unidas (ONU) que en las últimas cinco décadas ha dado diversos cambios con respecto al abordaje de la discapacidad, no solo en el lenguaje que se usa para nombrarla sino también en las distintas alternativas de intervención y recomendaciones a los diferentes países^[9].

En la década de los setenta se habla de «retrasados mentales», «impedidos» pero merecedores de derechos. Para ello, la ONU expide la Declaración *de los Derechos del Retrasado Mental de 1971*, promoviendo la igualdad hasta el máximo grado de viabilidad. En 1975 es proclamada la Declaración Universal de los Derechos de los Impedidos, para la igualdad en dignidad y prioridad de acceso a los derechos sociales, económicos y culturales. En 1976 se proclama al año 1981 como «Año Internacional de los Impedidos» bajo el lema «Participación e igualdad plenas», para la integración de las PsD en la sociedad.

Muy a pesar de los avances en las distintas declaraciones y resoluciones de la década, en el sector salud la atención estuvo centrada en los servicios médicos y de rehabilitación funcional, circunscritos a la prestación de servicios asistenciales.

En la década de los ochenta inicialmente se reflexiona acerca de proyectos e inversiones en los países, para lograr la participación e igualdad de las PsD. En 1982 la ONU formula el Programa de Acción Mundial para las PsD, reconociendo barreras físicas y sociales como elementos productores de exclusión, y centrándose en las capacidades y no en las limitaciones de las personas. Avanzando en esta década, en 1983 la OMS presenta la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, ofreciendo un lenguaje estandarizado, con definiciones para comprender de manera universal y unificada la discapacidad, sus consecuencias y la intermediación entre el modelo médico y social. Esta clasificación fue criticada, porque en su esencia se estaba reforzando a la discapacidad como una condición individual con un enfoque de manejo médico, por tanto fue poco trabajada y difundida en otros sectores distintos al sector salud, pero su pertinencia solo fue replanteada casi 20 años después, lográndose una versión actualizada en 2001.

En noviembre de 1989, las Naciones Unidas aprueban el texto final de la Convención sobre los Derechos del Niño, con cumplimiento obligatorio para los países que la ratificasen. El artículo 22 menciona a los «Niños Impedidos» reconociendo el derecho a disfrutar de una vida plena y decente que asegure su dignidad, le permitan llegar a bastarse a él mismo y faciliten la participación activa del niño en la comunidad, el acceso efectivo a la educación, la capacitación, los servicios sanitarios y de rehabilitación, la preparación para el empleo y las oportunidades de esparci-

miento para la integración social, el desarrollo individual, cultural y espiritual, en la máxima medida posible. Esta convención fue adoptada en Colombia mediante la Ley 12 de 1991.

En la década de los noventa se avanza en la equiparación de oportunidades, el cumplimiento de derechos y la necesidad de respuestas para las PsD, no solo por parte del Estado sino también del sector privado y la sociedad civil. En este contexto, podría considerarse que la primera referencia moderna a los derechos humanos de las PsD se da en la Declaración de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, celebrada en Viena en junio de 1993, cuyo parágrafo 63 afirma que los derechos humanos y las libertades fundamentales son universales, sin discriminación alguna; con el firme derecho a la vida, al bienestar, a la educación, al trabajo, a vivir independiente y a la participación activa en todos los aspectos de la sociedad; allí se ratifica que cualquier trato negativo hacia las PsD violenta sus derechos. Asimismo, hay un enfoque desde una nueva filosofía: igualdad total para lograr la participación plena y sin restricciones, por lo cual la sociedad debe facilitar la integración social suprimiendo obstáculos, ya sean físicos, económicos, sociales o psicológicos que excluyan o restrinjan la participación.

En diciembre de 1993, la ONU expide las normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las PsD; estas normas, consideradas como la columna principal para el logro de la equidad y solidaridad, dejan explícitas las necesidades de esta población, para el logro de su integración, la igualdad de oportunidades y la participación plena en el desarrollo social. La igualdad de oportunidades es la posibilidad de acceso al medio físico, a la información, la comunicación, la educación en entornos integrados, la igualdad de oportunidades para obtener empleo productivo y remunerado, el mantenimiento de los ingresos y de seguridad social de las PsD y sus familias; implica, además, poder tener vida familiar, integración y participación en las actividades culturales, recreativas y deportivas.

En 1994, en la Conferencia Mundial sobre Necesidades Educativas Especiales: Acceso y Calidad, surge la Declaración de Salamanca: de principios, política y práctica para las necesidades educativas especiales, cuyo lema «Escuela y Educación para Todos» propone un marco de acción para los gobiernos, la generación de políticas que fomenten la integración, la participación y

la lucha contra la exclusión; reafirmando que la integración y la participación fortalecen la dignidad humana, el disfrute y ejercicio de los derechos humanos.

En este mismo año, la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización de Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y la OMS presentan su Ponencia conjunta sobre Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC): con y para Personas con Discapacidad; estrategia para lograr la equiparación de oportunidades que proponen las Normas Uniformes en pro del beneficio de las oportunidades, los servicios comunes y la plena inserción social en el seno de la comunidad y la sociedad.

El primer decenio del siglo XXI (2000-2010) se inicia con la versión oficial de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF), ratificada por la OMS. En esta se integran dos modelos opuestos: el médico y el social, utilizando un enfoque biopsicosocial que sintetiza y proporciona una visión coherente de las diferentes dimensiones de la salud, desde la perspectiva biológica, individual y social. Además, se propone un instrumento apropiado para implementar los mandatos internacionales sobre los derechos humanos, incluyendo las legislaciones nacionales.

En 2004 surge el Documento Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC): estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración de las PsD. En este se exalta el papel de las comunidades en procesos de rehabilitación, la primacía de la participación y organización comunitaria en la identificación de necesidades y la toma de decisiones, la necesidad del fortalecimiento y el papel de las organizaciones de las PsD para generar procesos al interior de las comunidades con el fortalecimiento no solo del sector salud y de educación, sino también del sector social, laboral y de los medios de comunicación. Es resaltable de todos los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) del año 2000 que, si bien no mencionan específicamente a la discapacidad, guardan relación con esta. En el RBC se subraya la importancia de la participación de las PsD en la planificación e implementación de los programas, la necesidad de una mayor colaboración entre los sectores que prestan los servicios y la necesidad de apoyo estatal y de políticas nacionales en materia de rehabilitación basada en comunidad.

En 2006, los discursos oficiales sobre discapacidad y salud pública emergen con la proclamación de la Convención Internacional de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad, para los derechos humanos fundamentales y el desarrollo de los derechos sociales, económicos y culturales. Sus 50 artículos están basados en ocho principios rectores: el respeto de la dignidad inherente; la autonomía individual incluida la libertad de tomar las propias decisiones y la independencia de las personas; la no discriminación; la participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad; el respeto por la diferencia y la aceptación de las PsD como parte de la diversidad y la condición humanas; la igualdad de oportunidades; la accesibilidad; la igualdad entre el hombre y la mujer y el respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y su derecho a preservar su identidad^[10].

El articulado del 19 al 30 menciona el derecho a vivir de forma independiente, la inclusión en la comunidad, la educación, la salud y la participación en la vida política, pública y cultural, además de las actividades recreativas, el esparcimiento y el deporte, entre otros, para el desenvolvimiento integral de las PsD. La Convención fue ratificada por la mayoría de los países, buscando que las PsD sean percibidas cada vez más como ciudadanos titulares de derechos y no solo como sujetos destinatarios de rehabilitación, bienestar social o de obras de beneficencia. También se impulsan las actividades de la OIT para promover la igualdad de oportunidades en la formación, el empleo y la profesión.

Existen importantes esfuerzos para proporcionar igualdad de oportunidades en el empleo, pero aún no se ven reflejados plenamente en el mercado laboral, develando que las PsD se enfrentan a tasas altas de desempleo, mala remuneración y pocas aspiraciones profesionales; se constata, en consecuencia, un vínculo innegable entre la discapacidad, la pobreza y la exclusión^[11]. Un estudio reciente en Colombia reporta que la ocupación laboral de las PsD en todas las ciudades muestra una situación grave cuyas tasas oscilan entre el 8,8 % y 13,7 %, asimismo el trabajo informal alcanza preocupantes tasas del 69 % y 81,2 %; de los ocupados entre el 61,1% y 73.6% tiene un sueldo que no supera el umbral de 1 SMMLV. No obstante, en las ciudades del estudio como Barranquilla, Cali y Medellín se encontraron distintas ini-

ciativas locales exitosas para incrementar la empleabilidad tales como el Servicio Público de Empleo, el Programa de Vigilancia Inclusiva Securitas y el Programa Pacto de Productividad^[12].

Tanto actores públicos como privados han trabajado en el diseño y la implementación de políticas y estrategias que promuevan la inclusión laboral de las PsD. El Estado colombiano ha adoptado varias medidas en los últimos años, tales como la expedición del Decreto 2011 de 2017 del Ministerio del Trabajo, que establece un porcentaje de vinculación laboral de PsD en todas las entidades del sector público del orden nacional, departamental, distrital y municipal de las tres ramas del poder público y en los sectores central y descentralizado y a los órganos autónomos e independientes. Asimismo, a través de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, se recalca la necesidad de incrementar los esfuerzos nacionales e internacionales para vencer los obstáculos que impiden incluir económica y socialmente a las PsD, reducir la pobreza, reforzar las economías y enriquecer a la sociedad en su conjunto^[13].

Finalmente, revisando el segundo decenio del siglo XXI (2010-2020), cabe destacar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), adoptados por todos los Estados miembros en 2015, con enfoque en los derechos humanos y en principios claves como la no discriminación, la igualdad y la accesibilidad; además del reclamo de los derechos económicos, culturales, sociales, políticos y civiles teniendo en cuenta las necesidades de las PsD, indirectamente, al mencionar el término grupos vulnerables y, de forma directa, en los objetivos 4, 8, 10, 11 y 17, con metas que involucran explícitamente a la discapacidad, encaminados principalmente a asegurar la educación inclusiva de calidad y promover el aprendizaje permanente; suscitar el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible; el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos; reducir la desigualdad; lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes, sostenibles; asimismo, fortalecer los medios de implementación y revitalizar la colaboración global para un desarrollo sostenible^[13].

Panorama Nacional: Política pública para la discapacidad en Colombia

Para analizar la respuesta de las necesidades de las PsD, desde las políticas públicas en el contexto colombiano, se propuso realizarla desde la década de los noventa, considerando el mayor desarrollo que se dio en el país, incluso en América Latina. De épocas anteriores se identifica (en la década de los sesenta) la creación de carreras y centros relacionados con la rehabilitación; la presencia de algunas organizaciones de personas en situación de discapacidad como la sociedad de sordos y una de personas con limitación visual (en los sesenta y setenta respectivamente)^[14].

Históricamente, las PsD han sido invisibilizadas y ausentes del debate público, pero en los últimos decenios han incursionado progresivamente en la discusión sobre el tipo de sociedad que se quiere construir^[15]. La Constitución Política de 1991 otorga un papel más visible y propone develar un ciudadano autónomo y participativo en el ejercicio de sus deberes y derechos. Antes de la Constitución, la integración a la estructura social de las PSD era desde la perspectiva de la beneficencia y caridad legal, y sus problemáticas no ocupaban un lugar en la agenda de la política social del Estado, recibiendo un tratamiento según el esquema de gasto público residual^[16].

En sus principios y en el articulado sobre discapacidad, la Constitución protege los derechos y procura el respeto de la dignidad humana, rechaza la discriminación, reconoce derechos específicos y necesidades de forma integral y holística^[17]. De las leyes derivadas, se destaca la Ley 361 de 1997, primer instrumento normativo nacional que acoge y establece mecanismos para garantizar los derechos y promover la inclusión social de las PSD.

En 1998, el Plan Nacional de Atención a las personas en situación de Discapacidad 1999-2002 desarrolla una política pública que ubica a la gerencia de la gestión social como herramienta para la inclusión de acciones en planes de desarrollo departamentales y locales, que debía ser liderada y apoyada en lo territorial por la red de solidaridad^[18].

En 2004, el Conpes Social 80 expidió la Política Pública Nacional de Discapacidad, enmarcada en el contexto de la protec-

ción y el manejo social del riesgo; allí se propusieron estrategias para que las personas, las familias, las organizaciones no gubernamentales, el Estado, la sociedad y sus instituciones pudieran prevenir el riesgo, mitigarlo y superarlo, y reducir la vulnerabilidad de la discapacidad, protegiendo el bienestar de la población y su capital humano. Otro avance normativo importante en la garantía de los derechos de las PsD 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. Posteriormente, en 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, coordinada con las entidades públicas del orden nacional, regional y local.

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, para promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales y el respeto de la dignidad inherente de las PsD^[10]. La Convención refleja una fuerte influencia del modelo social que considera a la discapacidad como resultante de la interacción de las deficiencias corporales que presentan las personas, con las barreras actitudinales, físicas y comunicacionales que se encuentran en el entorno^[19].

Evaluación y rediseño de la política de discapacidad en Colombia

En 2012 se evaluó la política pública de discapacidad contenida en los lineamientos del Conpes 80 de 2004 y se concluyó que en el país existen importantes avances en el proceso de garantía de los derechos de las PsD, derivados de las acciones de múltiples actores públicos privados y de la sociedad civil, tanto en lo nacional como en lo territorial. Además se coincidió en la necesidad de que se implemente un abordaje transversal en materia de discapacidad desde el enfoque de derechos y las nuevas tendencias conceptuales en materia de inclusión^[20]. También se proyectaron avances en los procesos organizativos de las PsD y su incidencia

en la política nacional de discapacidad. Por otra parte, desde la gestión institucional se han logrado progresos en la consolidación del Sistema Nacional de Discapacidad y en la optimización del Registro para la Localización y Caracterización de las personas con Discapacidad, mediante su vinculación al Sistema Integral de Información de la Protección Social, entre otros muchos logros y avances^[20].

La evaluación derivó valiosas recomendaciones para optimizar el funcionamiento del Sistema Nacional de Discapacidad y propuso formular un nuevo Conpes de discapacidad para garantizar el goce de los derechos teniendo en cuenta las necesidades propias de la diversidad, las prácticas de gestión eficiente con competencias, roles y responsabilidades claros, la sensibilidad a las realidades de todos los niveles del Sistema Nacional de Discapacidad para que sea realista en su implementación, con un permanente proceso dinámico y accesible de información, comunicación y socialización; y un sistema de monitoreo, vigilancia y control para la rendición de cuentas a la sociedad^[20]. Para ello se realizó el proceso de construcción de la nueva Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social 2013-2022, caracterizado por ser participativo, democrático, riguroso, concertado, intersectorial, diferencial, transparente y de articulación nación-territorio.

En febrero de 2013 fue promulgada la Ley Estatutaria 1618 para garantizar y asegurar el ejercicio efectivo de los derechos de las PSD, adoptando medidas de inclusión, acciones afirmativas, ajustes razonables y la eliminación de toda forma de discriminación por razón de discapacidad. Se asignaron responsabilidades concretas a actores específicos en relación con la expedición de políticas, acciones y programas que contribuyan a garantizar el ejercicio de los derechos de las PSD y su inclusión plena; en esta norma se contemplan acciones transversales que comprometen a los diferentes sectores y se establecen deberes para la sociedad civil. Asimismo, se dictan medidas específicas para garantizar los derechos de los infantes con discapacidad, el acompañamiento a las familias, el derecho a la habilitación y rehabilitación, a la salud, la educación, la protección social, al trabajo, al acceso y accesibilidad, al transporte, a la vivienda, a la cultura, a la justicia, entre otros.

En diciembre de 2013, se aprobó el Conpes Social 166 de 2013 que rediseña la política pública nacional de discapacidad. En esta

normativa se reconsidera el concepto de discapacidad de la última década y se pasa del manejo social del riesgo a un enfoque de derechos conforme lo consagra la Convención sobre los Derechos de las PSD, de manera que se reconoce el goce de la autonomía y la independencia individual, y se busca que los derechos humanos y las libertades fundamentales sean promovidos y protegidos por el Estado^[10].

La Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión social 2013-2022 considera que la discapacidad no solo es una condición de salud individual, sino que involucra todos los aspectos de la vida de la persona, como la relación con su familia y el contexto político, cultural, social y económico. La política se desarrolla desde distintos enfoques. El *enfoque de derechos* reconoce la titularidad de derechos inherentes para construir beneficios e implementar un modelo equitativo en la distribución del derecho a la habilitación-rehabilitación integral: derecho a la salud, la educación, la protección social, al trabajo, la accesibilidad, al transporte, la información y telecomunicaciones, la cultura, la recreación y el deporte, la vivienda, la participación en la vida política y pública, entre otros, para el mejoramiento de las capacidades y la ampliación de oportunidades. Por su parte, el *enfoque de desarrollo humano* expande las libertades humanas a partir de la diversidad de opciones para vivir, situando a las PsD tanto como beneficiarias del desarrollo como agentes de progreso y cambio que lo hacen posible; de esta forma se busca garantizar el conjunto de capacidades básicas en un plano de igualdad con los demás. Asimismo, este enfoque promueve un entorno material y social adecuado que permita la realización de los individuos mediante la garantía de los medios necesarios para hacer uso de sus capacidades. La mencionada política pública también se adscribe a un *enfoque diferencial* que involucra las condiciones y posiciones de los distintos actores sociales como sujetos de derecho, desde una mirada de género, etnia e identidad cultural, discapacidad o ciclo vital. Y finalmente, el *enfoque territorial* busca transitar de la formulación de políticas que privilegian una visión fraccionada de la realidad a políticas que se centran en el lugar y privilegian la multidimensionalidad (económica, social, política, ambiental y cultural) del espacio.

Para finalizar, y en cuanto a la participación social de las personas en situación de discapacidad desde la implementación de

las políticas, el Estado colombiano cuenta con herramientas legislativas destinadas a abrir espacios de participación como la Política Pública de Participación Democrática y la Ley Estatutaria de Participación (Ley 1757 de 2015). En estas normas se definen los principales mecanismos de participación política y ciudadana y se regulan sus alcances a nivel nacional. A pesar de no mencionar específicamente a la población con discapacidad como sujeto activo de estos derechos, estas normas son un marco importante de exigibilidad de los derechos humanos.

El Estado ha avanzado en la expedición de normas particulares para crear espacios de participación representativos de las personas en situación de discapacidad, como la Ley 1145 de 2007, en la cual se creó el Sistema Nacional de Discapacidad (SND), orientado a impulsar la formulación e implementación de la política pública en discapacidad, en forma coordinada entre las entidades públicas del orden nacional, regional y local y las organizaciones de personas en situación de discapacidad. El SND es coordinado por el Ministerio de Salud y se concibe como uno de los espacios de mayor importancia para definir lineamientos de política pública en materia de discapacidad^[21].

Cabe mencionar también la creación del Consejo Nacional de Discapacidad (CND) como organismo consultor de alto nivel, asesor institucional y de verificación, seguimiento y evaluación del Sistema Nacional, conformado por representantes del gobierno nacional y de las organizaciones sociales de discapacidad. A nivel local, el Estado cuenta con los comités municipales y locales de discapacidad, encargados de incidir en los planes locales de desarrollo y de hacer seguimiento tanto a los presupuestos destinados como al impacto de las políticas territoriales en materia de discapacidad. Estos comités funcionan como espacio institucional de participación y representación local de personas en situación de discapacidad. Colombia cuenta con 28 comités departamentales y distritales de 36 que debería tener, es decir, cerca del 77,7 % de los comités que deben estar conformados y operando. A su vez, el país cuenta con 655 comités municipales y locales de discapacidad conformados y operando. Sobresalen los departamentos de Amazonas, Arauca, Tolima y Vaupés, los cuales cuentan con todos los comités municipales conformados y funcionando^[21].

Se puede decir que el Estado ha avanzado en la expedición de normas particulares para crear espacios de participación representativos de las personas en situación de discapacidad; sin embargo, la participación aún necesita ser ampliada, fortalecida y cualificada^[21].

Conclusiones y recomendaciones

El derecho internacional occidental en materia de discapacidad es amplio y tiene una historia sólida que legitima socialmente el nuevo modo de entenderla. También es fuerte la base legislativa nacional que protege a las PSD, pero el problema subsiste ya que en gran medida el reconocimiento jurídico no se traduce en una igualdad real^[22].

A pesar de la vasta existencia de los instrumentos normativos, los fundamentos técnicos y hasta los procedimientos administrativos para lograr que las PsD logren mayores oportunidades de inclusión y participación social, estas personas y sus familias no están ejerciendo la incidencia política ni la movilidad social que se requiere para el logro de las medidas contempladas. Las políticas están formuladas, pero no se evidencia la implementación de mecanismos para constatar y asegurar la amplia participación^[23].

El empoderamiento de poblaciones vulnerables debe ser un componente esencial de una política nacional de salud. Educar a la gente para actuar no solo individualmente sino colectivamente, concientiza de lo común de sus problemas y motiva la búsqueda de estrategias para resolverlos. La creación de instrumentos políticos y sociales que permitan una verdadera inclusión de los grupos que padecen marginación, discriminación, opresión y explotación es importante para poder defender sus intereses, lo cual es un elemento clave para su completa realización^[24].

Los retos de las políticas públicas dirigidas a las PSD deben estar integrados con otros planes, programas y políticas sociales para que la efectividad tenga un impacto sustancial en el mejoramiento de la calidad de vida de los sujetos. En estos términos, no solo se trata de que mediante las leyes y políticas se asegure el derecho de las PSD a acceder a los diferentes servicios, sino

también de que los reciban en igualdad de oportunidades y con igual calidad.

De forma transversal a las acciones de las políticas públicas debería considerarse la construcción de una ciudadanía activa como un proceso permanente desde la cotidianidad de los sujetos, integrando una amplia variedad de derechos y obligaciones, no solo de parte del Estado sino también del ciudadano, para que mediante una participación política comprometida se logre la resignificación en relación con la titularidad y el ejercicio pleno de los derechos. En este sentido, es fundamental posibilitar el ejercicio de la ciudadanía para construir una sociedad democrática en la que la igualdad de oportunidades, sociales, económicas y políticas permita tomar en consideración la voz de colectivos que no han sido escuchados.

Colombia debe fortalecer y cualificar la participación pública y política de las personas en situación de discapacidad, sus líderes y las organizaciones que los representan, de forma que incorporen un enfoque de derechos humanos y participen no solo en espacios específicos para esta población, sino también en otros espacios disponibles para la población en general y en donde se discuten aspectos sociales de importancia para todos.

Es clave que las acciones inclusivas y participativas sean propiciadas desde el Ministerio del Interior como dependencia encargada de brindar apoyo a instancias de participación, de promover que las personas y organizaciones de personas en situación de discapacidad cuenten con mecanismos que les permitan fortalecer su representatividad y participación informada en espacios de decisión pública, tal y como lo han hecho con otros movimientos como el de mujeres, de jóvenes y de víctimas del conflicto armado. Se recomienda particularmente incentivar la participación de personas en situación de discapacidad no solo en instancias que están ligadas al tema, sino en todos los espacios de toma de decisión política^[21].

El Estado colombiano debe definir mecanismos específicos para incentivar la participación política y ciudadana de personas en situación de discapacidad, a través de la formación y el apoyo de nuevos liderazgos, de la generación de incentivos a los partidos políticos para que presenten como candidatos a personas en situación de discapacidad y de campañas ciudadanas sobre el

derecho de personas en situación de discapacidad a participar en lo público y en lo político ante instancias locales y nacionales^[21].

Referencias

1. Mareño Sempertegui, M. (2010)., «La discapacitación social del diferente. Intersticios, Revista Sociológica de Pensamiento Crítico, 4(1), 95- 105.»
2. Palacios, A., & Bariffi, F. (2007)., *La discapacidad como una cuestión de derechos humanos. Una aproximación a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Ediciones Cinca. Madrid.* (En línea).
3. Pérez, J.A & Dasi, F (1996), «Representaciones sociales de los grupos minoritarios. En III encuentro Internacional sobre Servicios Sociales (Comp.) La Tolerancia y la Intervención Social. Valencia. España.»
4. Santos, B. D. S. (2018), «Construyendo las Epistemologías del Sur: para un pensamiento alternativo de alternativas (vol. 2).» (En línea).
5. Diaz, S. et al (2021), «Deconstrucción del sujeto de la discapacidad desde la perspectiva decolonial. En Danel, P. y cols (2021) ¿Quién es el sujeto de la discapacidad?: Exploraciones, configuraciones y potencialidades. 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO».
6. Yarza, A. y Vain, P. (2020)., «Discapacidad y pandemia. Viejas y nuevas normalidades bajo sospecha. En Uribe, A... et al (2020). Polifonía para pensar una pandemia. Medellín: Universidad de Antioquia, Fondo Editorial FCSH de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas».
7. Valencia, L. A. (2014)., «Breve historia de las personas con discapacidad: de la opresión a la lucha por sus derechos». (En línea).
8. Valadez et al. ... (2015), «Educación para la salud: Los Modelos de Intervención y su Fundamentación Teórica. Guadalajara, Jalisco».
9. Buitrago Echeverri, M. T. (2013), «Discapacidades peregrinas: construcciones sociales de la discapacidad en Colombia: Aportes para salud pública desde una perspectiva crítica. Doctorado Interfacultades en Salud Pública.»
10. Organización de Naciones Unidas –ONU (2006), «Convención internacional de discapacidad. Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad.»
11. Oficina Internacional del Trabajo –OIT (2015), «Trabajo decen-

- te para personas con discapacidad: promoviendo derechos en la agenda global de desarrollo. Ginebra.»
12. J. S. Velandia et al (2021), «La situación laboral de las personas con discapacidad en Colombia desde un enfoque local.» *Revista de Métodos Cuantitativos para la Economía y la Empresa*, vol. 31, p. 280-300.
 13. CEPAL, NACIONES UNIDAS. (2018)., «Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe.»
 14. García, S (2008), «Salud Pública y Discapacidad. Una Apuesta desde el contexto local. En Collazos, J. (2008). *Salud pública y discapacidad* (Vol. 8). Univ. Nacional de Colombia, pág.89.»
 15. López-Peláez A (2006), . «Democracia, discapacidad y dependencia: ¿qué papel juega la noción de ciudadanía en las declaraciones y recomendaciones internacionales? *Revista del ministerio de trabajo y asuntos sociales.*»
 16. Cruz, I. 2004, «Economía de la Discapacidad y la Rehabilitación. En Cuervo, C., et al. (2004). *Discapacidad e Inclusión Social: Reflexiones desde la Universidad Nacional de Colombia*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, pág.258.»
 17. 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.»
 18. G. Casasbuenas, «Colombia: la red de solidaridad social», 2001.
 19. Palacios, A. (2008), «El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Cermi.»
 20. Ministerio de Salud y Protección Social (2014)., «Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social 2013-2022. Oficina de Promoción Social. Grupo de Gestión en Discapacidad».
 21. Correa, L, et al (2016)., «Discapacidad e inclusión social en Colombia. Informe alternativo de la Fundación Saldarriaga Concha al Comité de Naciones Unidas so-bre los derechos de las personas con discapacidad. Editorial Fundación Saldarriaga Concha. Bogotá D.C., Colombia. 162p.».
 22. Stang Alva, M. F. (2011), «Las personas con discapacidad en América Latina: del reconocimiento jurídico a la desigualdad real. Cepal.»
 23. Tróchez Collazos, C. P., & Patarroyo Corredor, D. C. (2015)., «Iden-

tificación y análisis de políticas públicas y actores sociales en la atención a la población infantil con discapacidad en Colombia.»

24. Navarro, V. (2008), «¿Qué es una política nacional de salud? Tareas. (130), 39-58.»

Percepción de la salud territorial desde los pueblos originarios

HUGO RENÉ MORA CRUZ¹

IVÁN ARROYAVE¹

EVERT GIRALDO KURIU NAFORO²

¹ Facultad Nacional de Salud Pública - Universidad de Antioquia

² Cátedras UdeA Diversa - Universidad de Antioquia

Resumen

La salud ambiental está afectada por el cambio climático ocasionado por un pensamiento homogéneo y hegemónico que considera a la Tierra como proveedora de recursos inagotables para dominar, instrumentalizar y explotar, respaldado por una economía que es el eje fundamental del progreso y el desarrollo. En este artículo se contraponen dos visiones de naturaleza: el concepto de salud ambiental del pensamiento dominante, que la ve como objeto, externa, separada, para explotar y satisfacer los intereses económicos, contra un concepto de salud territorial, desde el pensamiento indígena, que considera a la naturaleza como sujeto, interna, complementaria, que debe ser respetada en busca de la armonía. En conclusión, la cosmovisión indígena considera a la Tierra como una madre (la Pachamama) de la que surge todo lo que existe. Este concepto se extiende al proceso salud-enfermedad, entendido como una colectividad en la que todo lo existente está interrelacionado, es interdependiente y, por tanto, merece igual valor y respeto.

Introducción

En salud pública hay dos temas que son muy relevantes: la equidad y la sostenibilidad de las personas; para el 2017 el 82 % de la riqueza la tenía el 1 % de la población mundial; mientras el 80 % de la biodiversidad planetaria la sostenían los pueblos indígenas (5 % de la población mundial)^[1], justo por sus principios de vida, la relación con la tierra y los otros seres.

El planeta Tierra presenta una degradación ambiental debido a: el crecimiento demográfico, el desarrollo socioeconómico, los modos de producción y consumo, entre otros^[2]. Las urbes presentan dos fuentes de creciente contaminación: la industrialización indiscriminada y el aumento del parque automotor, ambas fuentes que producen desechos tóxicos denominados gases de efecto invernadero (GEI) que, a la vez, producen un aumento de la temperatura terrestre, manifestada inicialmente como calentamiento global y luego como cambio climático (en adelante CC). Estos cambios ocasionan múltiples problemas de salud pública y una crisis global por la que urge crear políticas públicas equitativas que conserven un ambiente sano y saludable y se busquen alternativas de desarrollo que protejan la Tierra.

En Ginebra (1989) se propugnó el Convenio 169 de la OIT, sobre «los pueblos indígenas y tribales en países independientes» adoptado por la 76a. reunión de la Conferencia General de la O.I.T.^[3]. Los Pueblos Originarios (en adelante PO) se diferencian del pensamiento homogeneizante y hegemónico por su cosmovisión y sus tradiciones propias manifestadas en sus prácticas culturales, socioeconómicas y políticas, que perviven a pesar de ser forzados a dejar su forma de vida y cultura.

Los pueblos originarios, territorio y medio ambiente.

A los PO también se les denomina *primeras naciones*, *pueblos indígenas* o simplemente indígenas. A Martínez Cobo^[4] se le atribuye una de las descripciones más citadas cuando se refiere a las «comunidades, los pueblos y las naciones indígenas» como las que poseen una continuidad histórica precolonial (antes de ver invadidos sus territorios). Los asentamientos actuales son parcial o totalmente diferentes; constituyéndose en espacios para preservar, desarrollar y transferirles a futuras generaciones, además

del territorio, su identidad, cultura, sus instituciones sociales y sistemas legales^[5].

En el mundo hay aproximadamente 370 millones de indígenas distribuidos en 70 países^[1], de los cuales 28 858 580 están en Latinoamérica conformando 522 pueblos (420 lenguas). Para el 2008, se ubicaban principalmente en: Brasil con 241 pueblos (734 127 habitantes), Colombia con 83 (1 392 623), México 67 (9 504 184), Perú con 43 (3 919 314)^[6]. El censo del 2018 en Colombia identificó 115 PO con 1 905 617 de personas que se reconocen como indígenas, ubicados principalmente en los departamentos de Guajira (394 683), Cauca (308 455) y Nariño (206 455)^[7].

La panamazonía es uno de los territorios más biodiversos del planeta, con una vasta riqueza cultural y biológica, fuente de subsistencia para todo el planeta por ser un bioma estabilizador del clima global. Está comprendido por nueve países, con una extensión aproximada de 7 000 000 km², habitada por 34 000 000 de personas, la mayoría pertenecientes a unos casi 400 PO con una vasta riqueza cultural y biológica, que conservan su tradicional modo de vida para relacionarse con los territorios haciéndolos más biodiversos, fuente de subsistencia para todo el planeta por ser un bioma estabilizador del clima global^[8].

Los PO están próximos a estos recursos naturales debido a que poseen un modo de vida pacífico y dependen en gran medida de los recursos de los bosques, obtenidos por recolección, caza y pesca. Por otro lado, son afectados y perturbados por los conflictos con el uso de la tierra, la reducción de los bosques por su desmesurada tala para pastizales y monocultivos, además de los proyectos de infraestructura y las iniciativas para promover el desarrollo socioeconómico^[9].

El objetivo de esta revisión es diferenciar los conceptos de salud ambiental (pensamiento occidental) y salud territorial (pensamiento indígena).

Métodos

Mediante la revisión de normatividad, libros históricos, libros especializados y artículos de revistas sobre el tema «salud territorial desde los pueblos originarios» y «salud ambiental» se de-

sarrolló la búsqueda entre noviembre y diciembre de 2020. El margen de búsqueda se planteó entre el 2010-2020 y los términos empleados fueron «indígenas», «indígenas y salud», «indígenas y territorio», «ambiente», «CC» la mayoría de producción de ámbitos latinoamericanos y colombianos, para lo se acudió a la búsqueda en Google Académico, Scielo. y PubMed.

Resultados

Normatividad de los PO en Colombia

Históricamente en Colombia desde la colonia (aunque la colonización continúa) a los PO los discriminaron, excluyeron, minimizaron y fueron desposeídos de sus territorios ancestrales, coaccionados y hechos víctimas de etnocidio y genocidio. Tras largas luchas los PO han obtenido algunos derechos sociopolíticos incluyentes, por los que se les reconoce su autonomía y se contribuye a la diversidad cultural, la armonía social y la ecología humana.

La importancia de los PO en Colombia se fundamenta en razones históricas (precolombinas) y de identidad que los caracterizan como grupos étnicos específicos^[10]. La Ley 89 de 1890 describía «como deben ser gobernados los salvajes que se reduzcan a la vida civilizada»; en el siglo xx se ratificó el Convenio 169 sobre PO (1989) mediante la Ley 21 de 1991; el Decreto 1088 de 1993 reguló la creación de las asociaciones de Cabildos o Autoridades Tradicionales Indígenas.

La nueva Constitución colombiana (1991) reconoce la diversidad étnica y cultural (artículo 7), la protección de las riquezas culturales y naturales (artículo 8) garantizándoles a las comunidades indígenas su desarrollo y autonomía (artículo 329). En cuanto a la explotación de recursos naturales en los territorios indígenas, se dice que esta se hará sin desmedro de las comunidades indígenas (artículo 330).

Los PO poseen varios principios que rigen sus vidas como son^[11]:

1. Ley de Origen, que es su sabiduría ancestral como guardianes de la naturaleza para mantener la vida en equilibrio y armonía;

2. Mayoral, herencia ancestral para vivir de acuerdo con la Ley de Origen y sus costumbres;
3. Reciprocidad (asistencia mutua);
4. Integralidad (pensamiento holístico);
5. Complementariedad (elementos opuestos complementarios);
6. Relacionalidad (interdependencia).

Los PO son considerados guardianes de la naturaleza, debido a que conservan y practican los anteriores principios, y a que en los territorios indígenas sus bosques almacenan al menos el 24 % del carbono del mundo (cerca de 54 546 millones de toneladas). En este contexto surgen las preguntas relacionadas con la afectación que causa el ser humano en la naturaleza: ¿Qué es el cambio climático (CC)?, ¿cómo y cuándo se originó?, ¿cómo afecta el CC a la salud? Al resolver estas preguntas se relacionan los conceptos de salud ambiental y percepción de la salud territorial por los PO.

¿Por qué en la actualidad se experimentan estos cambios de clima?

La Comisión Marco de Naciones Unidas para el Cambio Climático definió el CC como: «cambio de clima atribuido directa o indirectamente a la actividad humana que altera la composición de la atmósfera mundial y se suma a la variabilidad natural del clima observada durante períodos de tiempos comparables»^[12].

El CC fue desencadenado por la humanidad debido a la masiva y desregulada industrialización que, por desecho de los combustibles fósiles, produce gases: el dióxido de carbono, el óxido nítrico, el metano y el ozono, denominados gases de efecto invernadero (GEI). Estos gases se acumulan en la superficie terrestre impidiendo que el calor salga, aumentando la temperatura terráquea e iniciando el efecto invernadero, del que prosigue el calentamiento global y luego el CC^[13,14].

En el 2007, el reporte del panel intergubernamental sobre CC concluyó que a partir de la edad preindustrial hasta hoy la temperatura terrestre ha aumentado 1° C (rango 0.8-1.2° C)^[15]; estas alteraciones climáticas afectan los ciclos hidrológicos, la producción de biomasa, el crecimiento de los bosques y el ciclo de carbono, los ecosistemas, la biodiversidad, la salinización, y

causan las sequías y la alteración de la composición de la Tierra que iniciarán el CC^[16].

Algunos efectos del CC sobre la salud humana son los siguientes^[17]:

- El estrés térmico por calor modificará el equilibrio de los ecosistemas, con pérdida de la biodiversidad y el hábitat, alterando el ciclo de las enfermedades transmitidas por vectores, como: malaria, leishmaniosis, enfermedad de chagas, enfermedad de Lyme, tripanosomiasis africana, oncocercosis, esquistosomiasis.
- Calidad del aire: alergias, incremento de crisis asmáticas. Aumento de la mortalidad asociada a enfermedades respiratorias y cardiovasculares.
- Provisión y seguridad alimentaria: hambruna, enfermedades transmitidas por alimentos, toxiinfecciones.
- Altas temperaturas: afectarán la salud mental, enfermedades relacionadas con el calor y fatalidades.
- Alteración en la calidad y cantidad de agua: infecciones por campylobacter, cólera, leptospirosis.
- Factores sociales: migraciones forzadas masivas, conflictos armados, efectos en la salud física y mental.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la mortalidad atribuida al CC antrópico en los últimos 30 años fue de 150 000 personas^[18]. Para los años 2030-2050 se pronostica más de 250 000 personas/año muertas^[19] distribuidas así: 38 000 ancianos por exposición al calor, 48 000 por diarrea, 60 000 por malaria y 95 000 por desnutrición infantil. El daño económico para la salud en el año 2030 estará entre US \$ 2000-4000 millones por año^[19].

Discusión

Para hablar de salud ambiental, se compara el pensamiento hegemónico (responsable del CC) con el pensamiento tradicional indígena, en dos conceptos: la salud y la diferencia entre salud ambiental y salud territorial (empleada por los PO).

¿Qué es salud para Occidente?

Desde la epistemología del Norte (eurocentrista u occidental), la salud fue definida por la OMS (1947) como un «estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad y dolencia»; posteriormente se dio importancia a factores sociales y conductuales^[20].

En el siglo pasado la salud tuvo interesantes aportes. Lalonde (1974) describió cuatro determinantes de la salud: el medio ambiente, lo biológico, el estilo de vida, los sistemas de atención de salud^[21]. Luego en la Declaración de Alma-Ata (1978) consideraron que el desarrollo y el nivel de salud en las poblaciones desfavorecidas se podría elevar mediante políticas públicas, fijándose así la meta «salud para todos en 2000»^[22]. Posteriormente, tras la Carta de Ottawa (1986) se rescató la importancia de la promoción de salud, que consiste en proporcionarles a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre ella.

Por medio de la Declaración del Milenio (2000), la ONU se trazó la meta de reducir la pobreza para el año 2015, proponiendo ocho Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM) (el ODM7: garantizar la sostenibilidad del ambiente). Al cumplirse la fecha sin alcanzar los ODM, los líderes mundiales ampliaron y complejizaron una nueva agenda de desarrollo sostenible (Objetivos del Desarrollo Sostenible para el año 2030), que pretende proteger el planeta; abolir la pobreza; infundir equidad y justicia social; garantizar una globalización equitativa en los aspectos económicos, sociales y ambientales.

En resumen, las metas de una política de salud para que la humanidad tenga una vida sana serían: 1) Un ambiente saludable: tanto físico como social 2) Respaldo la sostenibilidad, la equidad y la justicia social. 3) Propiciar la intersectorialidad. 4) Promocionar la salud local.

Por tanto, se debería trascender la mirada biológica y morbocentrista fundamentada en las disciplinas científicas de la salud^[23]. Una alternativa fue propuesta por Antonovsky con la salutogénesis, que empodera a las personas para que se enfoquen en los factores que favorezcan la salud y el bienestar, complementando de esta forma el enfoque patogénico y los factores de riesgo^[24]; de otro lado, está la propuesta desde los PO.

¿Qué es salud para los indígenas?

Para los PO los conceptos de tiempo y espacio, a diferencia del pensamiento hegemónico, se perciben desde una lógica circular^[25]. La Ley de Origen conecta estrechamente la vida con el territorio en una espiral donde inicia, luego se desarrolla y por último finaliza (el ciclo de la vida). Se crecen como semillas en un espiral desde el nacimiento hasta la muerte, en esferas familiares, comunitarias y territoriales.

La familia es unión, fortaleza, apoyo, sitio donde se transmite y conserva la cultura, es base de la organización y crecimiento comunitario. La comunidad es el corazón de la vida, donde se aprende y comparte una identidad y cultura indígena que permite unirse, cuidarse, respetarse en el espiral de la vida, conservando la sabiduría ancestral^[26].

El territorio es un organismo vivo, un producto de una relación milenaria y orgánica de la unidad naturaleza-PO^[11]; por tanto, es la vida misma del indígena, en la que sus padres y madres sostienen la comunidad; están encaminados por los mayores (sabios) y las autoridades tradicionales indígenas, quienes les permiten su autonomía y un buen vivir. Allí conviven con sus familias, cultivan (la tierra y la cultura), practican la etnomedicina y disponen de sitios sagrados y prohibidos^[26].

El buen vivir como propuesta alternativa de desarrollo^[27] percibe a la salud como la relación fundamental entre el mundo físico y espiritual, es estar en completa armonía con su cuerpo, su familia, su comunidad, su territorio, sus ancestros^[26]. De otro lado, la enfermedad se interpreta como la pérdida de la armonía, el desequilibrio espiritual de la unidad madre naturaleza-hombre, al quebrantar la Ley de Origen. Existe una fuerte conexión con la madre Tierra; si ella se enferma todo en derredor también se enferma. Este concepto es fundamental para entender la salud territorial.

Para el pueblo mapuche, el estado salud-enfermedad es algo más complejo y completo que simples estados internos del cuerpo, ya que su obligación ritual societal evita las enfermedades. La etiología de la enfermedad está en relación con el equilibrio o el conflicto con lo sobrenatural, social o por transgresión de las normas. Cada individuo guía su estar en el mundo ya que sus acciones determinan la dinámica del equilibrio dual^[11].

Desde la epistemología del sur, la salud para los PO es una construcción social (no personal) en armonía, alegría y buen vivir, en la que colectivamente se responsabilizan del cuidado y la promoción de la salud; manteniendo ellos mismos, la comunidad y el territorio relaciones de equilibrio armónico y ciclos de vida; respetando y preservando el conocimiento de los mayores (ancestral), la autoridad y otros pueblos.

Desde el Consejo Regional de Indígenas del Cauca (CRIC) definen la medicina tradicional como el conjunto de conocimientos, sabidurías ancestrales, técnicas y procedimientos basados en teorías, creencias y experiencias indígenas interculturales (sean o no explicables), utilizados para la prevención, el diagnóstico, la mejora o el tratamiento de enfermedades físicas y mentales; garantizando así la salud, pervivencia y vida de los seres que están en armonía y equilibrio con su territorio, su entidad cultural, la integralidad, participación, reciprocidad, el respeto y la solidaridad entre comuneros y comunidades^[28].

Hasta aquí se tienen las perspectivas colectivas de la salud en ambos pensamientos, pero ¿cómo se conecta el concepto de salud con su contexto (ambiente, territorio)?

¿Qué es salud ambiental?

La salud ambiental es un concepto polisémico. Desde 1960 el ambiente surge como un tema político y social, es el lugar donde el hombre vive, trabaja y se desarrolla. Es un sistema dual: por un lado, el hombre viviendo en sociedad y, por el otro, los elementos de la naturaleza (aire, agua, tierra, clima y medio artificial o social, es decir hábitat) transformados por el hombre, que presentan una conexión intrínseca, íntima y compleja, incluyendo la biota (flora y fauna)^[29,30].

La salud ambiental es considerada una rama de la salud pública que comprende monitoreo, evaluación y control de factores ambientales potencialmente peligrosos para la salud, creando entornos sanos para prevenir enfermedades. Aproximadamente el 24 % de la carga mundial de morbilidad y un 23 % de la mortalidad son atribuibles a factores ambientales. El 50 % de las enfermedades no transmisibles se derivan de las desigualdades sociales en la exposición a factores de riesgo^[31].

En qué contexto se entiende el ambiente

La globalización es el sistema cultural hegemónico que ofrece innumerables ventajas; no obstante, solo mejora la vida de una tercera parte de la humanidad. La cumbre de la tierra denunció como la globalización se preocupa más por los éxitos, los fracasos del libre mercado y del comercio internacional que por los numerosos problemas y deterioros ecológicos, acometiendo contra la biodiversidad, los bancos de peces, desertificando las tierras fértiles, fomentando y agravando el CC. Esta visión más antropocéntrica propende por el derecho a un ambiente saludable^[27] como algo externo.

¿Por qué los PO hablan más de territorio que de ambiente?

La salud es una construcción cultural y en los PO no existe el concepto de salud individual^[32], sino de salud colectiva (ecológica, política, económica, cultural, social y espiritual), que emerge y aprende con el bienestar de la comunidad^[32]. El equivalente al bienestar para los PO es la armonía de todos los elementos en la que se manifiesta la salud como el derecho: a tener su propio entendimiento, a poder controlar su vida, a convivir armónicamente con la naturaleza, consigo mismo y con los demás; estas comunidades nacen, tejen, trabajan, persisten, son guardianas de la naturaleza; sus medicinas, costumbres y creencias son una forma de gobierno en la que el territorio es sagrado para todos^[32], por eso ellos hablan de territorio y no de ambiente.

¿Qué es el territorio para los PO?

En ciencias sociales la noción de territorio ha sido muy discutida. Para los PO el territorio es el centro del espacio de la vida, allí desarrollan su cultura.

El territorio es vida, alimento, salud, sacralidad e identidad, aquel espacio vital de interconexión del sustento físico y espiritual de los PO donde se enraíza y entreteje su pensamiento y cultura^[27]; son sagrados por ser la memoria del pueblo. En el suelo, bajo sus pies, están las cenizas de sus ancestros, que es donde han gestado su existencia y todo lo que implica ser indígena. Su madre es la Tierra, como hijos la ven preciosa y le dicen Pacha-

mama. Consideran que cada ser representa un hilo que forma un tejido sobre la Tierra donde, con sus hermanos el sol, el río, el cielo, las plantas, los animales —ellos no son objetos, sino sujetos con espíritu y corazón—, comparten el mismo soplo, el mismo aire desde el comienzo del mundo y la creación. Desde entonces son sus hermanos, dialogan con ellos, los escuchan. Si necesitan sacrificar un ser, es solo para sobrevivir junto con su comunidad, por eso piden permiso, ya que todo lo que le ocurra a la tierra le ocurrirá a sus hijos^[33]. Esta visión es más biocéntrica porque considera los derechos intrínsecos de la naturaleza (Pachamama); por tanto, la humanidad adquiere obligaciones con ella^[27], porque conforman un solo tejido.

¿Qué aportes ofrecen los PO al concepto de salud ambiental?

Los PO se refieren más a salud territorial que a salud ambiental, ya que acuden a la madre Tierra que es el origen, la fuente de donde emana todo, el elemento esencial en sus territorios y en donde organizan estrategias de prevención, diagnóstico y manejo de las enfermedades^[34].

Las crecientes movilizaciones indígenas en Colombia denominadas «Liberación de la Madre Tierra» buscan recuperar las tierras del desarrollo depredador. Ellas vivifican el cuidado de la Pachamama como expresión de equilibrio y salud en una actitud contracivilizatoria^[35].

Desafíos para el siglo XXI

Las sociedades liberales siempre han sido comerciales y defienden el individualismo y la propiedad privada. Aún más, el liberalismo puro no está comprometido con ninguna práctica social y política en absoluto, se despreocupa por el bien público y deteriora la comunidad que en la modernidad se manifiesta como la industrialización del capitalismo^[36]. Los países de bajos ingresos económicos (sobre todo en África y Asia) tienen mayor riesgo de impactos ambientales sobre la salud^[37]. La resiliencia de los ecosistemas se verá afectada por el incremento demográfico, la contaminación creciente, el mal uso de la tierra, la sobreexplotación de recursos que predisponen al CC y desencadenarán

perturbaciones ambientales asociadas (inundaciones, incendios, etc.). El incremento progresivo de los GEI y la temperatura planteará escenarios como los siguientes:

- Un aumento de la temperatura entre 1,5°C y 2,5°C provocará una pérdida del 20-30 % de las especies.
- Un aumento de la temperatura mayor a 2,5°C modificará muchos ecosistemas impactando gravemente la biodiversidad.

El Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente sostiene que el principal tributario de las emisiones de carbono y metano es la quema de combustibles fósiles; por tanto, es prioritario establecer estrategias para reducir estas actividades:

- A corto plazo, fomentar campañas educativas en salud pública para reconocer los signos del CC.
- A largo plazo, consolidar esfuerzos para adaptar, mitigar y reducir las emisiones de GEI mediante políticas públicas, y estimular el uso de materiales amigables con el planeta.

Los PO poseen una tradición y cultura con sentido comunitario extenso, su economía comunitaria, autónoma y respetuosa forma parte de su vida y está en armonía con la naturaleza. En el territorio el quehacer diario se vive con alegría, se disfruta la armonía material y espiritual, la energía y el cosmos, el tul y los sitios sagrados, el ordenamiento natural. Todos participan con los mandatos comunitarios en este tejido territorial, económico, ambiental, comunitario, conviviendo con la madre Tierra y sus seres en el encuentro con lo ancestral^[28].

Son relevantes las conexiones entre las comunidades saludables y el ambiente; nuestra futura buena salud depende de un buen cuidado del planeta que no altere sus ritmos naturales. La medicina hegemónica como paradigma positivista de ciencia ve al mundo como separado, lineal y determinista; sin embargo, el mundo es un sistema complejo de un devenir perenne, de flujo energético, cíclico, armónico, adaptativo, y para poder entenderlo se debe flexibilizar la mente.

La ciencia hegemónica entiende la contaminación como algo externo (ajeno) ya que el ambiente es tratado como objeto. En contraposición, los PO entienden la contaminación como algo

interno, incorporado en el territorio, un sujeto vivo (ciencia ancestral) cuya relación es simbiótica, es una extensión del ser, «si el territorio se enferma, yo me enfermo». Los PO están estrechamente tejidos al territorio, heredado por sus ancestros, allí las personas y la comunidad hacen parte del telar de un complejo tejido de relaciones que integran tres planos como un todo: la naturaleza, la cultura y el mundo sobrenatural.

Conclusiones

El proceso humanidad-naturaleza tiene diferentes perspectivas como un poliedro; ya sea entendida como una relación sujeto-objeto (predominante con sus desarrollos alternativos) o sujeto-sujeto (alternativa al desarrollo). Con la primera forma hemos deteriorado y llevado a una crisis ambiental; la segunda es una forma ignorada, pero que ha demostrado una efectividad al lograr conservar gran parte de la biodiversidad actual del planeta (al considerarla ser vivo, Pachamama). Es importante un diálogo de saberes en el que la academia incluya y valore los conocimientos de los PO sobre la colectividad y la armonía con el territorio.

Referencias

1. Berger DN, Bulanin N, García-Alix L, Jensen MW, Leth S, Alvarado E, et al. *El Mundo Indígena 2020*. 2020;
2. Mundial B. Medio ambiente. Y DESARROLLO. 2013;
3. Organización Internacional del Trabajo, Internationale Arbeitsorganisation, ILO, editores. Convenio Núm. 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes: Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. Lima: OIT; 2009. 105 p.
4. Martínez Cobo JR. Study of the problem of discrimination against indigenous populations. N Y U N. 1986;87.
5. PFII/2004/WS. [citado 7 de agosto de 2021]. Disponible en: https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/workshop_data_background_es.htm

6. Geographic N. ¿Cuántos pueblos indígenas hay en América Latina? National Geographic en Español. 2018 [citado 12 de noviembre de 2021].
7. DANE. comunicado-grupos-etnicos-2019.pdf. 2019.
8. CIDH, OEA. COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS Situación de los derechos humanos de los pueblos indígenas y tribales de la Panamazonía. 2019.
9. Leal Filho W, King VT, Lima IB de. Indigenous Amazonia, regional development and territorial dynamics: contentious issues. Cham, Switzerland: Springer; 2020. (The Latin American studies book series).
10. Dávila CE, Serna LFC, Bernal GB. Perfil de Salud de la Población Indígena, y medición de desigualdades en salud. Colombia 2016. 2016;135.
11. Mamani FH. Buen Vivir / Vivir Bien Filosofía, políticas, estrategias y experiencias regionales andinas. 2010;80.
12. Fernández JLU. El cambio climático: sus causas y efectos medioambientales. An Real Acad Med Cir Valladolid. 2013;(50):71-98.
13. Levy BS, Patz J, editores. Climate change and public health. Oxford ; New York: Oxford University Press; 2015. 405 p.
14. Haines A, Ebi K. The Imperative for Climate Action to Protect Health. Solomon CG, editor. N Engl J Med. 17 de enero de 2019 [citado 5 de mayo de 2020];380(3):263-73.
15. IPCC. Global warming of 1.5°C. 2018 [citado 18 de abril de 2019]. Disponible en: <http://www.ipcc.ch/report/sr15/>
16. Aguirre N, Eguiguren P, Maita J, Coronel V, Samaniego N, Ojeda-Luna T, et al. Vulnerabilidad al cambio climático en la región sur del Ecuador: Potenciales impactos en los ecosistemas, producción de biomasa y producción hídrica. Univ Nac Loja Serv For Los E U Loja Ecuad. 2015;
17. Haines A, Kovats RS, Campbell-Lendrum D, Corvalán C. Climate change and human health: impacts, vulnerability and public health. Public Health. 2006;120(7):585-96.
18. Patz JA, Campbell-Lendrum D, Holloway T, Foley JA. Impact of regional climate change on human health. Nature. 2005;438(7066):310-7.
19. Organization WH. COP26 Special report on climate change and health: The health argument for climate action. 2021;

20. WHO CO. World health organization. Responding Community Spread COVID-19 Ref WHOCVID-19CommunityTransmission20201. 2020;
21. Ferreira VA, Pires ISC, Ribeiro MC. Health Promotion: Trajectory and Current Perspectives. 2022;
22. Tejada de Rivero DA. La historia de la Conferencia de AlmaAta. Rev Peru Ginecol Obstet. 2018;64(3):361-6.
23. Arias-Valencia S. Epidemiology, health equity and social justice. Rev Fac Nac Salud Pública. 2017;35(2):186-96.
24. The handbook of salutogenesis. New York, NY: Springer Science+Business Media; 2016.
25. Hidalgo Capitán AL, Guillén García A, Deleg Guazha N. Sumak Kawsay Yuyay: antología del pensamiento indigenista ecuatoriano sobre Sumak Kawsay. Huelva: Centro de Investigación en Migraciones, Universidad de Huelva; 2014.
26. OIA. Ciclo de la vida 2. una mirada a la salud y la vida de los pueblos indígenas de Antioquia. OIA;
27. Blanco JP, Aguiar EP. El Buen Vivir como discurso contrahegemónico. Postdesarrollo, indigenismo y naturaleza desde la visión andina. Mana. 2020;26(1).
28. CRIC. El Territorio Indígena. Consejo Regional Indígena del Cauca - CRIC. 2016 [citado 4 de diciembre de 2020].
29. Marrugo Díaz MC. Desagregación de la variable etnia-indígena en los sistemas de información en salud de Colombia. Universidad El Bosque; 2020.
30. Turner B. Turner BS. The Cambridge Dictionary of Sociology. Cambridge [England]; New York: Cambridge University Press; 2006. Cambridge University Press; 2006.
31. SALUD O. Medio Ambiente y Determinantes Sociales de la Salud. Obtenido de <https://bit.ly/2kbwaqh>; 2019.
32. Quintero Laverde MC, Ospina Mejía O, Torrado Cote OP, Urrea González M del C, Díaz Carrero SC. La salud en la cosmovisión de una comunidad indígena. Universidad de La Sabana; 2012.
33. Ráquira Osorio LL. Ruamaska: Lineamientos para una política pública en salud indígena. Fac Derecho Cienc Políticas Soc. 2019;
34. Tumiñá Ussa LA. Recuperar la tierra para recuperar todo. REVISTA YACHAY KUSUNCHI. 2016;Vol. 4(Núm. 1).
35. Urrego-Rodríguez JH. Las luchas indígenas por el derecho fundamental a la salud propio e intercultural en Colombia. Saúde Em Debate. 2020;44:79-90.

36. Wall S, editor. *The Cambridge companion to liberalism*. Cambridge: Cambridge University Press; 2015. 459 p. (Cambridge companions to philosophy).
37. Skolnik RL. *Global health 101*. Third edition. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2016. 576 p.

Desnutrición y seguridad alimentaria y nutricional: análisis de las políticas públicas en Colombia 1945-2020

PAULA ANDREA TABORDA RESTREPO^{1, 2}

IVÁN ARROYAVE¹

¹ Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia

² Fundación Santa Fe de Bogotá

Resumen

El marco legal, normativo y conceptual de la seguridad alimentaria es suficientemente amplio como para pensar que, incluso luego de unos objetivos de desarrollo del milenio y ahora sostenibles, continúe el flagelo del hambre en diferentes entornos y, como consecuencia de este fenómeno, persista la mortalidad asociada a la desnutrición en la población más vulnerable y socialmente con mayor potencial, la población infantil. El objetivo de este capítulo fue analizar el marco normativo y conceptual, las políticas públicas nacionales, el comportamiento de los indicadores luego de su implementación y las recomendaciones al respecto de dicha revisión. Encontramos que a pesar de contar con un marco político, conceptual y programático suficiente y amplio persisten y se agudizan los problemas alimentarios y nutricionales en el país, y perdura la mortalidad asociada a la desnutrición en la era de la cuarta revolución.

Introducción

Según el Estado de la Seguridad Alimentaria y la Nutrición en el Mundo (SOFI, 2020), se estima que, a nivel mundial, la prevalencia tanto de la inseguridad alimentaria moderada como de la grave (Indicador 2.1.2 de los ODS) se situó en el 25,9 % en 2019. Esto se traduce en un total de 2 000 millones de personas^[1]. La desnutrición es resultado de tener privaciones alimentarias por un tiempo prolongado, llevando al cuerpo a adaptaciones fisiológicas de supervivencia, pasando por estados agudos que pueden ser fatales o causando cronicidad y detención del crecimiento, con consecuencias directas sobre el adecuado desarrollo infantil. La desnutrición primaria o por falta de alimentos es totalmente evitable, como diría Caparrós: «Ninguna plaga es tan letal y, al mismo tiempo, tan evitable como el hambre»; al tener todos los medios para evitar una muerte asociada a la desnutrición, se puede decir: «un chico que se muere de hambre es un chico asesinado»^[2].

Colombia es un país autosuficiente en materia alimentaria, hay disponibilidad de alimentos para todos sus habitantes, sin embargo no todas las familias tienen acceso a la cantidad necesaria de alimentos para tener una vida sana, pues en promedio el 42,7 % de los hogares presentan inseguridad alimentaria^[3]. Uno de los problemas radica en el desperdicio de alimentos, pues en el país se pierden al año 6,1 millones de toneladas de frutas y vegetales (58 %), 2,4 millones de toneladas de raíces y tubérculos (49 %); 29 000 toneladas lácteos (23 %); 50 000 toneladas de pescados (15 %) y 269 000 toneladas de cárnicos (12 %), entre otros. Lo anterior dio pie a la formulación de la Ley 1990 de 2019, en la que se expone la política para prevenir la pérdida y el desperdicio de alimentos^[4]. De manera que podemos afirmar que el hambre en nuestro país no se da por falta de disponibilidad de alimentos, es un asunto de inequidad, la cual lleva a que el acceso a estos alimentos esté limitado por circunstancias y determinantes de índoles diferentes.

Así pues, la desnutrición infantil priva a los niños de los nutrientes necesarios en su período más importante de crecimiento, generando secuelas tanto mentales como físicas que son irreversibles y permanentes. Además de impedir el desarrollo del com-

pleto potencial de estos niños, repercute también en el progreso económico e impone costos adicionales a la sociedad, añadiendo presión sobre los sistemas de educación y salud^[5]. Un niño con desnutrición no tiene las mismas oportunidades que un niño con adecuado estado nutricional, se afecta su desarrollo neurológico. Lo anterior, podría dar a entender que no hay un marco legal o de políticas públicas establecidas que permitan la protección de la infancia ante la desnutrición o, más grave aún, la mortalidad por desnutrición. En este texto se analiza el marco normativo y conceptual, las políticas públicas nacionales, el comportamiento de los indicadores luego de su implementación y las recomendaciones al respecto de dicha revisión.

Hambre y desnutrición

Hay manifestaciones en el ser humano que dependen de elementos tan externos como las relaciones internacionales, el modelo político, económico, las fluctuaciones económicas, etc. Las consecuencias últimas de la inequidad, la injusticia social y la pobreza son la desnutrición y las muertes causadas por el hambre. El hambre es el resultado de una de las principales formas de injusticia, porque es una de las necesidades vitales del ser humano, en la cual, si de manera sistemática se sostiene, puede generar múltiples manifestaciones como deficiencias específicas, desnutrición y muerte.

En el libro de Caparrós, este concepto es un sustantivo femenino que significa: «Gana y necesidad de comer; escasez de alimentos básicos, que causa carestía y miseria generalizada; apetito o deseo ardiente de algo». Un estado físico individual, una realidad compartida por muchos, una sensación íntima: es difícil pensar en tres sentidos más distintos. Y hambre, por supuesto, significa mucho más que eso. Pero la palabra hambre es una que los técnicos y burócratas pertinentes suelen evitar. Es probable que les parezca demasiado brutal, demasiado rústica, demasiado gráfica^[6]. Luego de que el ser humano atraviesa por un periodo de hambre prolongada, se desencadena una serie de reacciones que al fin de cuentas cobra la vida de los más vulnerables, los niños y las niñas, los muertos del hambre.

La relación entre desnutrición, desarrollo infantil y condiciones de vida ha mostrado que un tercio de los niños entre tres y

cuatro años cursan con desnutrición crónica y alguna limitación en la medición del desarrollo infantil, cuya situación de fondo se relaciona con escasos ingresos económicos, inestabilidad laboral, nivel educativo de la familia bajo y presencia de necesidades básicas insatisfechas^[7].

La desnutrición puede surgir por causas primarias o secundarias, resultando en el primer caso de inadecuada o pobre ingesta de alimentos de calidad y, en el segundo, por enfermedades que alteran la ingesta de alimentos o los requerimientos de nutrientes, el metabolismo o la absorción^[8]. Cuando se evalúa la mortalidad asociada a desnutrición, esta se toma como causa primaria, para poder determinar que la causa básica es generada por el déficit alimentario.

Como enfermedad de origen social, la desnutrición es la expresión última de la situación de inseguridad alimentaria y nutricional de una población y afecta principalmente a los niños y a las niñas, aunque los adultos mayores también se encuentran en los grupos vulnerables. Se caracteriza por el deterioro de la composición corporal y la alteración sistémica de las funciones orgánicas y psicosociales. Dichas alteraciones dependen de la edad de iniciación del déficit y de la calidad de la dieta consumida, que puede ser insuficiente en energía y nutrientes, o aportar mayor cantidad de energía pero ser deficiente en proteína y demás nutrientes^[9].

Dado que la alimentación es una necesidad básica de los seres humanos y de estos dependen las funciones vitales, es necesario entender si es un derecho y cuáles son los elementos que permitirían evitar tanto el hambre como la desnutrición. El marco legal, normativo y conceptual de la seguridad alimentaria global, nacional y del departamento de Antioquia es lo suficientemente amplio como para pensar que el problema es de agenda o de políticas públicas, pues persiste el flagelo del hambre en diferentes entornos y, como consecuencia de este fenómeno, la mortalidad asociada o por desnutrición en la población más vulnerable y socialmente con mayor potencial, la población infantil.

Metodología

Se realizó una revisión de tema no sistemática, con el fin de responder la pregunta ¿cuáles son las políticas públicas y cuál es el marco normativo y conceptual relacionado con la seguridad alimentaria y la prevención de la muerte por desnutrición? Se hizo una búsqueda abierta teniendo en cuenta las siguientes palabras clave: seguridad alimentaria, hambre, desnutrición, políticas públicas. Posterior a este rastreo, se leyeron los documentos, de acuerdo con la pertinencia de estos frente a la pregunta planteada: ¿qué políticas públicas se tienen en torno a la alimentación, la nutrición y la prevención de la mortalidad asociada a desnutrición, se plantean en el ámbito mundial, nacional y local? Se fueron integrando al documento, sus aspectos clave, con el fin de darle forma a la revisión. Luego de la construcción, tres pares académicos hicieron la validación para completar la escritura y se realizaron los ajustes sugeridos en cuanto a la estructura del texto.

Resultados

Derecho a la alimentación y seguridad alimentaria en el marco mundial

El primer concepto es definido por la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) como «momento en el que todas las personas tienen, en todo momento, acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias en cuanto a los alimentos, a fin de llevar una vida activa y sana». Esta definición da mayor fuerza a la índole multidimensional de la seguridad alimentaria, e incluye «la disponibilidad de alimentos, el acceso a los alimentos, la utilización biológica de los alimentos y la estabilidad (de los otros tres elementos a lo largo del tiempo)»^[10].

Con respecto a los elementos que pueden evitar el hambre y, en consecuencia, la mortalidad asociada a la desnutrición, la seguridad alimentaria, reconocida así desde la década del setenta, ha tenido un marco de referencia internacional, nacional y local,

suficiente como para no entender por qué aún, después de la primera declaratoria de la alimentación como derecho fundamental en la década del cuarenta^[11], sigue presentándose en diferentes entornos una mortalidad por —o asociada a— desnutrición a todas luces evitable.

La alimentación era considerada como un tema de caridad, en dominio de la Iglesia, antes del establecimiento de políticas relacionadas con el hambre. El 16 de octubre de 1945, 42 países tomaron la iniciativa en Quebec (Canadá), a fin de crear la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). Al hacerlo, dieron un paso importante en la lucha perpetua del hombre contra el hambre y la malnutrición. En ese momento el concepto de seguridad alimentaria no existía como se conoce ahora, se reducía a un tema de disponibilidad de alimentos. El concepto de seguridad alimentaria aparece en los años 1970. Ha evolucionado desde consideraciones de tipo cuantitativo y económico hacia una definición que tiene en cuenta la dimensión humana del fenómeno. Una definición ofrecida en 1975 identificaba la seguridad alimentaria con la «capacidad en todo momento de aprovisionar a todo el mundo con productos básicos, de modo que se puede sostener un crecimiento del consumo alimentario, soportando las fluctuaciones y los precios».

En 1990, la definición incluía la capacidad de asegurar que el sistema alimentario provea a toda la población de alimentos que sean nutricionalmente adecuados a largo plazo^[10]. En 1965 es creado el programa mundial de alimentos, pues la FAO y la Asamblea General de Naciones Unidas adoptaron resoluciones paralelas que dieron origen al programa mundial de alimentos para hacer frente a la entrega de socorro alimentario de urgencia en tiempo real a las zonas afectadas^[10].

Desde la década del sesenta hasta el 2000 ocurrieron varias cumbres mundiales en las que se dieron importantes definiciones marco para el establecimiento de políticas y la planificación alimentaria y nutricional en los países^{[10],[12],[13],[14],[15]}.

La Declaración Universal de Derechos Humanos reconoce que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y, en especial, la alimentación (art. 25)^[16].

Al no tener la naturaleza jurídica de un tratado, la Declaración Universal fue posteriormente desarrollada a través de dos pactos

cuyos efectos son vinculantes para los estados que los han ratificado: uno para los derechos civiles y políticos y otro para los derechos económicos, sociales y culturales (PIDESC). El derecho a la alimentación es uno de los derechos del segundo tipo^[16]. En la convención sobre los derechos de los niños, en el segundo ítem del artículo 24 se menciona que los estados partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para reducir la mortalidad infantil^[17].

El marco más reciente que da línea a los países en temas sociales, se puede decir que es el de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en los cuales el objetivo número 1 es erradicar la pobreza y el hambre. En este sentido, el porcentaje de personas con nutrición insuficiente en las regiones en desarrollo cayó a casi la mitad desde 1990, pasando de 23,3 % en el período 1990-1992 a 12,9 % en el período 2014-2016^[18].

En la actualidad, se encuentran vigentes los Objetivos de Desarrollo Sostenible, entre los cuales el segundo objetivo se plantea poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible. En este contexto, los estados han trazado lineamientos para la definición de políticas públicas sociales y económicas vinculadas a cada uno de los objetivos mencionados, con el fin de cumplir las metas planteadas en el mundo para el año 2030. En cuanto al alcance de este objetivo, se ha tenido un retroceso, pues 821 millones sufrían de desnutrición en 2017 mientras que 2015 lo hacían 784 millones^[19]. Con el proceso de pandemia derivada de la COVID-19 el panorama no es alentador y se espera un incremento del número de personas con hambre y desnutrición en el mundo.

Derecho a la alimentación y seguridad alimentaria en Colombia

En Colombia, en 1968 el Instituto Nacional de Nutrición, creado en la década del cuarenta, fue transformado en el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). En 1969 el ICBF inició el Programa Nacional de Educación Nutricional y Complementación Alimentaria, primer programa masivo de nutrición, cuyo objetivo era atender a la población más vulnerable a la desnutrición, es decir, los niños preescolares y lactantes, las mujeres embarazadas y lactantes y los niños escolares, por medio de los

centros y de las escuelas primarias^[20]. El primer plan de alimentación y nutrición del país nació en 1975, luego de una crisis económica nacional, cuando el Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición sentó las bases para una política nacional alimentaria. Dicho plan fue referente para los diferentes planes de gobierno durante una década caracterizada por buscar el desarrollo de las poblaciones a través de la asistencia del Estado.

La inestabilidad política, aunada a la recesión mundial de 1982, precipitó la finalización del desarrollismo y de sus políticas sociales. Este escenario fue el preámbulo para la implementación del modelo neoliberal en América Latina^[20]. Durante las décadas del ochenta y noventa el ICBF fue el encargado de la atención de las necesidades de la alimentación de la infancia a través de varios programas, entre los que se encuentran Hogares infantiles comunitarios que funcionan hasta hoy con varios procesos de mejoramiento, Centros de recuperación nutricional, Recuperación Nutricional Ambulatoria.

En la actualidad, la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional vigente, establecida mediante el CONPES Social 113 de marzo de 2008, define como una de las principales estrategias para el abordaje integral de la SAN, el desarrollo de trabajo conjunto y la priorización de la atención a la población en mayor situación de vulnerabilidad^[21]. Dicha política tiene un enfoque sectorial en el país, lo que implica que se realiza para todos los componentes de la cadena desde cada política. Entre tanto, para los territorios, estas políticas se aplican de manera general, según las decisiones tomadas por el gobierno nacional y son ejecutadas además por los gobiernos territoriales. La desarticulación entre el nivel nacional y el subnacional se evidencia en que el primero diseña políticas macro y de comercio exterior sobre los agroalimentos que se producen en los territorios; en este sentido, busca que el mercado externo resuelva la disponibilidad y abra el comercio internacional de agroalimentos al mercado colombiano, respecto a los mismos productos que en el nivel subnacional se están incentivando. Se mencionan solo los casos del trigo, el arroz y la cebada, que, de ser autosuficientes, pasaron a depender hoy del mercado externo para su disponibilidad^[22].

La Constitución Política de Colombia consagra un derecho alimentario, al hacer de manera explícita en varias disposiciones referencias a un subsidio alimentario para las embarazadas y las

madres que estuvieren desempleadas o desamparadas (artículo 43), al derecho fundamental de los niños a la alimentación equilibrada (artículo 44), al subsidio alimentario para las personas de la tercera edad en caso de indigencia (artículo 46), al ordenar la especial protección del Estado para la producción de alimentos y la promoción de la investigación y la transferencia tecnológica para la producción de alimentos (artículo 65), así como, en términos más generales, mencionar las condiciones posibles de reglamentación del crédito agropecuario, teniendo en cuenta los ciclos de las cosechas y de los precios (artículo 66)^[23]. En consecuencia, si bien el derecho alimentario no se encuentra regulado literalmente en un solo artículo, es un derecho fundamental, no solo por su necesaria vinculación con los derechos a la vida, a la dignidad y a la igualdad, sino por su inclusión en el conjunto de pretensiones atinentes al «mínimo vital».

El Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, PNSAN 2012-2019, fue diseñado desde un enfoque de derechos, con un abordaje intersectorial y de gestión del riesgo^[24]. Tal como menciona el primer informe, frente a las seis estrategias establecidas existieron importantes avances en tres de ellas. Hubo avances en el desarrollo de planes territoriales de SAN; en el desarrollo de iniciativas de información, educación y comunicación en torno a las SAN; y en el seguimiento y evaluación de acciones en SAN. Entre los aspectos a mejorar se encuentran la participación social y comunitaria en los planes, programas y proyectos en SAN, la generación de alianzas estratégicas para el fortalecimiento de intervenciones en SAN, la construcción y el desarrollo de la institucionalidad para la SAN, avanzar en los diseños institucionales, la planeación de políticas, programas, proyectos y desarrollos normativos en SAN que enriquezcan lo establecido en el PNSAN^[25].

El plan decenal de salud pública 2012-2021, una de sus 8 dimensiones principales era la seguridad alimentaria y nutricional, la cual fue definida como la carta de navegación que plantea la línea de trabajo para dar respuesta a los desafíos en salud pública y para consolidar, en el marco del sistema de protección social, las capacidades técnicas en los ámbitos nacional y territorial para la planeación, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de las intervenciones, de acuerdo con los Objetivos de Desarrollo del Milenio^[26]. En cuanto a los indicadores de resultado de esta dimensión, la mortalidad asociada a desnutrición es uno de los

más sensibles; en los menores de cinco años dicho evento ha seguido una tendencia al descenso a través de los años. Entre 2012 y 2016 las tasas disminuyeron alrededor de un 5 % pasando de 14,5 a 13,7 por 1 000 nacidos vivos^[27].

Es importante mencionar que en los acuerdos de paz de la Habana 2018-2019, producto de la negociación entre las FARC y el Gobierno de Colombia, también se discutió sobre el futuro de la seguridad alimentaria y nutricional. En anteriores negociaciones esto siempre había pasado de largo soslayado por otros temas que se creían más relevantes. Se desconocía que el derecho a la alimentación, y la soberanía o la seguridad alimentaria son de nodal importancia porque son una prolongación de asuntos decisivos en la historia de nuestro conflicto armado como la tenencia de la tierra, el uso del suelo o la administración de recursos naturales^[28].

En Colombia, la garantía de la satisfacción de necesidades alimentarias se ha enfocado en la seguridad alimentaria y nutricional, tanto en el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2012-2019^[17] como en el CONPES 113^[18], los cuales son lineamientos rectores en la materia. En Antioquia se cuenta con un plan departamental de seguridad alimentaria y nutricional, llamado MANA, el cual ha tenido el enfoque de trabajo hacia los ejes de este concepto.

La seguridad alimentaria y nutricional tiene en su conceptualización unos ejes determinantes: disponibilidad, acceso físico, social y económico a los alimentos, consumo, aprovechamiento biológico y calidad e inocuidad^[19]. Independientemente de la fuente por la que se obtengan los alimentos, hay inseguridad alimentaria si se hace a través de monocultivos que puedan afectar la producción de otros alimentos y su sostenibilidad, si los tratados de libre comercio son injustos, si hay un desequilibrio en la tenencia de tierra, inequidades o problemas de despojo, etc. Estos aspectos no han podido ser trabajados desde las políticas públicas, porque obedecen al resultado de un sistema económico que así lo conceptúa y favorece.

Haciendo un símil con la pirámide de las necesidades de desarrollo de Maslow, se plantea en este capítulo un orden según la jerarquía de conceptos en torno a la desnutrición, contemplando los ejes de la seguridad y soberanía alimentaria y nutricional (figura 1). En la base está una de las necesidades básicas del ser humano: la alimentación; se ubica en la base, entonces, el con-

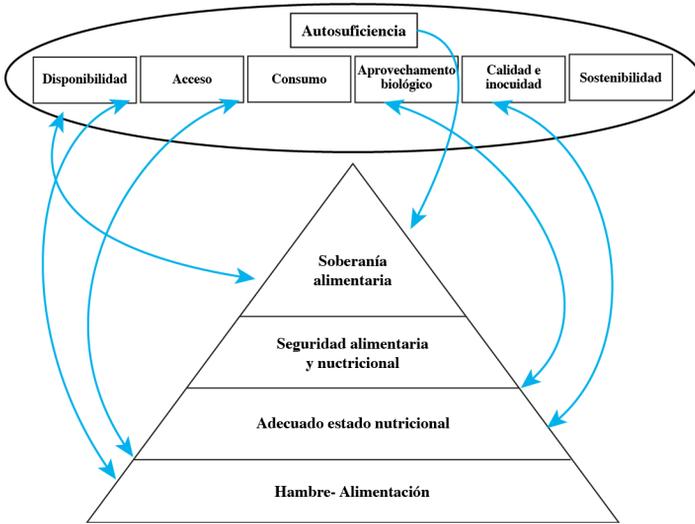
cepto de saciedad del hambre, el cual puede llevar a través de la alimentación como resultante de todos los ejes de la seguridad alimentaria y nutricional, pero directamente asociada con el eje de consumo y aprovechamiento biológico.

Si esta alimentación es suplida de acuerdo con unas características culturales específicas y con unas necesidades fisiológicas, se puede tener un estado nutricional idóneo, siempre y cuando los factores individuales de salud sean adecuados. Cuando el estado nutricional es resultado del acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias en cuanto a los alimentos, a fin de llevar una vida activa y sana^[20], se puede hablar de seguridad alimentaria y nutricional. Cuando la seguridad alimentaria depende de cada pueblo de manera autosuficiente y sostenible, a partir de la definición de políticas agrarias y alimentarias propias^[21], se podría decir que se tiene soberanía alimentaria. Lo anterior implicaría que nadie en una sociedad padezca de hambre y por consiguiente de desnutrición o, en el peor y menos humano de los escenarios, que perezca por dicha causa.

La soberanía alimentaria se encuentra en la cima de la pirámide porque es la representación de un cambio de paradigma frente al tratamiento de las políticas públicas, va más allá de pensar solo en obtener alimentos para una vida sana y activa, se enfoca en el cómo y en si este cómo implica equidad, autonomía y sustentabilidad para los pueblos.

El concepto de soberanía alimentaria es superior al concepto de seguridad alimentaria que apareció en los años setenta. La soberanía alimentaria contempla el acceso a los alimentos y los modos de definición de las condiciones en términos económicos, ecológicos y sociales. Es presentada como una alternativa a las políticas neoliberales, que busca un comercio internacional más justo, que da la prioridad a una producción agrícola local para el autoconsumo, en el que las políticas agrícolas y alimentarias son elegidas por sus habitantes y se reconoce el derecho de los campesinos a producir alimentos y a recibir un precio justo, así como el derecho de los consumidores a escoger sus alimentos con precios accesibles. Dicho concepto lo introdujo Vía Campesina en la cumbre mundial del Hambre en 1996^[25], el cual es un movimiento internacional que en la actualidad agrupa a 150 organizaciones locales y nacionales en 70 países del mundo^[26].

Figura 1. Pirámide de conceptos cercanos a la desnutrición



Fuente: elaboración propia.

Las políticas de seguridad alimentaria y nutricional han realizado intervenciones en el país de tal manera que la mortalidad por desnutrición ha disminuido desde la década del noventa, pero es claro que el hecho de que ocurra un solo caso de muerte por desnutrición habla de la necesidad de tomar acciones. El desarrollo de las directrices nacionales y la atención de la desnutrición no ha tenido un enfoque diferencial, pensando en el bienestar y la autonomía, que permita el desarrollo de las comunidades. Tal es el caso de la bienestarina, que, a pesar de ser un complemento nutricional con muchos nutrientes, no es aprovechado por las comunidades, porque no hace parte de su cultura alimentaria, no es un producto que genere empoderamiento o que respete la ancestralidad alimentaria, razón por la cual se ha desperdiciado aun con la gran cantidad de recursos que se invierten en ella. Por lo anterior es necesario integrar otras posturas que ayuden a construir desde el interior de los pueblos, tal como lo plantea la soberanía alimentaria.

En Antioquia, el problema de mortalidad por desnutrición motivó la formulación del plan de seguridad alimentaria y nutricional MANA. Para el año 2007, MANA ya era reconocida nacional e internacionalmente como una experiencia exitosa en el

campo de la seguridad alimentaria y nutricional, por su impacto social al disminuir las cifras de muerte por desnutrición en el departamento: de 149 casos en el 2001 a 14 casos en el año 2015^[29]. A pesar de estos avances, es necesario tener en cuenta que un solo muerto por desnutrición es un fracaso del sistema alimentario.

Discusión

El impacto en las políticas públicas nacionales se podría medir en términos de disponibilidad, acceso, consumo, calidad e inocuidad, aprovechamiento biológico y estabilidad. Entre estos componentes de la política, uno de los indicadores de resultado más sensibles es el de la mortalidad asociada o por desnutrición, pues cuando ocurre se encuentran afectados los eslabones desde la terrible tragedia de padecer hambre hasta el desenlace más evitable de la historia.

Cerca de la mitad de las muertes de los menores de cinco años podrían atribuirse a la desnutrición. La desnutrición o subnutrición en la población infantil tiene efectos negativos en la salud, en la educación y a lo largo del tiempo en la productividad y el crecimiento económico de un país, pues se pueden ver implicados el desarrollo cognitivo, las habilidades, la prevalencia de enfermedades transmisibles y no transmisibles y la mortalidad^[30]. Una sola muerte por desnutrición devela la inexistencia de una seguridad alimentaria universal, incluyente y plena, por lo cual, en Colombia, los esfuerzos no han sido suficientes para eliminar la inseguridad alimentaria y por ende la mortalidad asociada a desnutrición.

Aunque se tiene suficiente recorrido normativo en el país y la evolución favorable frente a la mortalidad por desnutrición ha sido significativa, la mortalidad por desnutrición persiste, y contando con más de 30 años de trabajo en el fortalecimiento de la seguridad alimentaria y nutricional, se debería afrontar desde enfoques alternativos que permitan la atención a la raíz de las inequidades y la extinción de la precariedad, que una sociedad justa no debería permitir.

La CEPAL sostiene en el informe «Costos del Hambre» que la inseguridad alimentaria registrada nos impacta negativamente en una disminución del 10 % de la productividad individual y

una disminución del 3 % del PIB. En cuanto a la productividad nacional, la FAO expresó en su «Informe inseguridad alimentaria en el mundo» (SOFI, 2013) que: «Colombia es el único país en incumplir Objetivos de Desarrollo del Milenio»; en igual sentido se pronunció el Programa Mundial de Alimentos-PMA (ONU, 201) al indicar que en materia de seguridad alimentaria: «Colombia es el más atrasado de la región», al tiempo que hace referencia, en resumen, a que las causas de los índices de desnutrición se deben a: 1. Carencia de políticas definidas de acceso a la disponibilidad de alimentos, el desempleo y sobrecosto de la canasta familiar. 2. Ausencia de coherencia y armonía al ejecutar recursos. 3. Carencia de institucionalidad fuerte, rectora y líder para superación de desnutrición^[31].

A pesar de la existencia de una política de nutrición en Colombia, con un marco académico y político muy amplio, persisten los principales factores determinantes del problema alimentario tal como el relacionado con el suministro de alimentos y el relacionado con problemas económicos que limitan su adquisición. Por lo anterior, se puede concluir que a pesar de contar con un marco político, conceptual y programático suficiente y amplio persisten y se agudizan los problemas alimentarios y nutricionales en el país, y sigue la mortalidad asociada a desnutrición en la era de la cuarta revolución.

Existen problemas de falta de investigación y de instituciones responsables de la vigilancia y evaluación del Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, problemas de coordinación y de acuerdos interinstitucionales para lograr los objetivos de seguridad alimentaria nacional. Ligado a esto, hay una falta de definición de las funciones, de los compromisos de cada institución y de sus competencias^[31].

Además, la estrategia de coordinación del Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional se ha cumplido solo parcialmente. A esta valoración se debe sumar el que planificadores y técnicos difieren en el cómo se llevó a cabo la coordinación sectorial. Mientras los planificadores opinan que existe la coordinación entre un grupo reducido de entidades incluida la suya, los técnicos opinan que no hay coordinación entre todas las instituciones involucradas. Es importante mencionar que en el país se pueden encontrar avances frente a la desnutrición; en la década de los no-

venta en Antioquia moría un niño cada dos días a causa de la desnutrición, ahora esta cifra está en alrededor de un niño por mes.

El gobierno colombiano se ha caracterizado por implementar políticas de orden coyuntural para el desarrollo del sector agrícola y alimentario a través de programas que únicamente cobijan a población vulnerable. De esta manera no son atacados los problemas estructurales que se configuran en el espacio rural o en quienes no son incluidos por la suma focalización para acceder a seguridad alimentaria y nutricional.

Infortunadamente el mercado es el que toma las decisiones en materia distributiva y asignativa de la producción de alimentos, y al parecer son las motivaciones de liberalización comercial las que atienden las necesidades alimentarias de la región. En ese sentido, las tendencias en materia de intercambio evidencian la transformación de las relaciones de dependencia entre los países; la importación barata de alimentos, además de lesionar la producción interna y por ende el sustento de los campesinos, desintegra las costumbres alimentarias colombianas en detrimento de su soberanía. Por su parte la institucionalidad colombiana, en desconocimiento de las recomendaciones de la FAO, se enfrenta al extremo del proteccionismo a ultranza vs las importaciones masivas de alimentos, en su intento fallido de hallar un punto de encuentro que garantice la autosuficiencia sin sacrificar el consumo en condiciones dignas^[32].

La articulación efectiva de los actores sociales permite contar con niveles más adecuados de certeza en el tratamiento del problema, pues son ellos quienes conocen su contenido, comprenden la evolución y variaciones que ha tenido a lo largo del tiempo y, sobre todo, perciben los impactos que ha generado en sus territorios^[33]. Dicha articulación debe realizarse en términos institucionales, pero también sociales, contando con la definición de programas desde el interior de las comunidades, hacia ellas mismas, pues no es posible que por primera vez se haya proclamado el derecho a la alimentación desde hace más de 60 años y aún estemos viendo cómo la desnutrición es una realidad implacable y que se agudiza con una emergencia en salud como la que estamos viviendo a causa de la COVID-19, por la cual se espera que el número de personas que sufren hambre, puedan aumentar hasta en una tercera parte.

Referencias

1. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). El Estado De La Seguridad Alimentaria Y Nutricional En El Mundo. Informe. 2018. 2018 p.
2. El hambre.pdf.
3. Ministerio de Salud y protección Socialde Colombia. Dirección de Epidemiología y Demografía. Análisis De Situación De Salud: Dimensión De Seguridad Alimentaria Y Nutricional Colombia. Primera. Bogota- Colombia; 2015. 175 p.
4. República de Colombia. LEY 1990 DE 2019. 2019;4–6.
5. Fernández RMA. El Costo Del Hambre. 2007;(Impacto social y económico de la desnutrición infantil en Centroamérica y República Dominicana):200.
6. Caparrós M. El hambre. Primera. Planeta E, editor. Buenos Aires; 2014. 491 p.
7. Cañon MF. Representaciones Sociales de la Salud Infantil en niños, niñas y equipo de atención en salud, en contextos rural y urbano del departamento de Cundinamarca. Universidad Nacional; 2019.
8. Heimburger D. Malnutrition and Nutritional Assessment. Harrison's Princ Intern Med. 2012;605–11.
9. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - UNICEF. Lineamiento para el manejo integrado. Unicef. 2017;144.
10. FAO. 70 años de la FAO. UUUUUU, editor. Italia; 2015.
11. Jusidman C. El derecho a la alimentación como derecho humano. Salud pública Mex. 2014;56(Supp 1):1–6.
12. FAO. Conferencia Internacional sobre Nutrición. 1992.
13. FAO. Cumbre Mundial sobre alimentación. 1996.
14. FAO. Reunión de Alto Nivel sobre «La Seguridad Alimentaria para Todos.» 2009.
15. FAO. Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición (CIN2). 2014.
16. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. El derecho a la alimentación adecuada. El derecho a la Aliment adecuada. 2010;(34):66.
17. Medina J, De Febrer M. El derecho a la alimentación en el marco internacional de los derechos humanos y en las constituciones. Rev Pedagog Univ y Didáctica del Derecho. 2013;1(1):16.

18. ONU. Objetivos de desarrollo del Milenio, Informe 2015. Nueva York; 2015.
19. ONU. Informe de los objetivos del desarrollo sostenible. Inf los Objet del Desarro Sosten 2019. 2019;64.
20. Mancilla, Lorena; Alvarez, Luz Stella; Pérez E. Las políticas alimentarias y nutricionales en Colombia y América Latina: Historia, contexto y desafíos. 1st ed. Medellín: Universidad de Antioquia; 2016.
21. Conpes CN de PE y S. Documento Conpes Social 113. Política Nac Segur Aliment Y Nutr. 2007;48.
22. Betancourt García M. Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional y Desarrollo Territorial en Colombia. Vol. 3. 2015. 54–67 p.
23. República de Colombia. Constitución politica de colombia 1991 preambulo el pueblo de colombia. 1991. 108 p.
24. CISAN, Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, MSPS F. Plan de SAN Nacional 2012 2019. 2012;68.
25. Ministerio de Salud y Protección Social, FAO - Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Primer informe de seguimiento al Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2012 - 2019. 2016;185.
26. Ministerio de Salud y protección Social. Plan decenal de salud pública. Vol. 2013. 1996. 287–297 p.
27. Ministerio de Salud y Protección Social. Informe de gestión avance del Plan Decenal de Salud Pública 2012- Dirección de Epidemiología y Demografía. 2021;66–81.
28. FAO. Seguridad Alimentaria y Derecho a la Alimentación en Escenarios de Posconflicto. Análisis, para determinar estándares de política pública, del acuerdo «Política de desarrollo agrario integral», logrado entre Gobierno nacional de Colombia y las FARC - EP, . La Agenda de Desarrollo Post-2015 y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. 2015.
29. Gobernacion de Antioquia Secretaria Seccional de Salud. Gestión de las experiencias MANA, APS y AIEPI, Antioquia hacia la protección social y el desarrollo humano. (COOP-008-2006 CCTD-O, editor. Vol. 53, Journal of Chemical Information and Modeling. 2008. 1689–1699 p.
30. Instituto Nacional de Salud (INS). Mortalidad por y asociada a la desnutrición en menores de 5 años. 2014;31.
31. Ortiz Moncada R, T RCM, Alvarez C. Análisis de la Política de Nutrición en Colombia. 2006;8(1):1–13.

32. Agudelo López YA. Impacto de las políticas agrarias en la seguridad alimentaria para el caso Colombiano (1990-2008). 2011;
33. Serrano JAS. Inequality in the distribution of land in Colombia: Main obstacle to a lasting and democratic peace. *An Geogr la Univ Complut.* 2018;38(2):409–33.

La resistencia adquirida a los antirretrovirales: un problema de salud pública emergente y multicausal

JUAN CARLOS ALZATE ÁNGEL¹

IVÁN ARROYAVE¹

CARLOS ALBERTO ROJAS ARBELÁEZ¹

¹ Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia

Resumen

Actualmente la infección por el VIH ha pasado de ser enfermedad mortal a crónica gracias a los avances en fármacos antirretrovirales. El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA estableció la estrategia 90 90 90: para 2020 el 90 % de los contagiados con VIH lo sepan, que el 90 % de las personas con diagnóstico reciban tratamiento antirretroviral y que el 90 % de estos últimos tengan supresión viral, pero pocos países cumplieron las metas. En ese escenario, el aumento de la resistencia adquirida a los antirretrovirales ha aumentado, convirtiéndose en una amenaza de salud pública emergente en los países de bajos y medianos ingresos. Se realizó una revisión narrativa y se identificó que no se han alcanzado las metas de la OMS para el control de la epidemia. En Colombia se han evaluado y reportado varios estudios que han intentado clarificar las causas y los factores, con hallazgos desalentadores como que los reportes oficiales no tratan el tema de la resistencia adquirida a los antirretrovirales. Para poder afrontar estrategias adecuadas de acción, la resistencia a los antirretrovirales no puede ni debe seguir siendo valorada con una mirada microbiológica.

Introducción

Los avances en fármacos antirretrovirales han permitido que la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) haya evolucionado de ser una enfermedad mortal hasta convertirse en una enfermedad crónica si se recibe y sigue un tratamiento adecuado de por vida, razón por la cual las complicaciones asociadas al síndrome de inmunodeficiencia humana (SIDA) ya no son el principal problema de la enfermedad en muchas partes del mundo^[1]. Cuando estos fármacos son utilizados regularmente y sin interrupciones por las personas infectadas, el riesgo de transmisión de la enfermedad disminuye sustancialmente^[2], incluso sin un uso consistente del condón.

El objetivo de poner fin a la pandemia del VIH/SIDA es entonces teóricamente alcanzable; sin embargo, desde un punto de vista práctico, el camino para poner fin a la pandemia del VIH/SIDA será difícil y requerirá una implementación agresiva de los avances de la investigación biomédica que se han logrado en las áreas de tratamiento y prevención desarrollo de herramientas adicionales, como una vacuna contra el VIH de eficacia moderada y atención a los determinantes sociales y conductuales críticos^[4].

Según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), el número de nuevas infecciones ha disminuido alrededor del mundo, con excepción del norte de África, el este de Europa y Asia central que tienen una tendencia creciente y Latinoamérica donde la tendencia es estable^[5]. Desde 2010, la mortalidad relacionada con el SIDA ha disminuido globalmente en un 34 %; sin embargo, esta tendencia no es lo suficientemente rápida para alcanzar los objetivos que tienen entidades como la ONU para el año 2020, requiriéndose una disminución en las muertes de 150 000 casos por año^[5]. Con este objetivo y, además, con el fin de terminar la epidemia por SIDA en el mundo, ONUSIDA estableció nuevas metas en el control del virus inmersas en la estrategia denominada 90 90 90, la cual buscaba que en 2020 el 90 % de todas las personas viviendo con el VIH conocieran su estado frente a la enfermedad, el 90 % de las personas con diagnóstico recibieran tratamiento antirretroviral y el 90% de las personas que recibían tratamiento antirretroviral tuvieran supresión viral; con lo cual se esperaba alcanzar el objetivo de erradicar la epidemia para el año 2030^[6]. A pesar

de la implementación de diferentes estrategias para lograr estas metas, finalizando el 2020 se considera que pocos países en el mundo cumplieron con estas metas, en parte debido a que las inequidades en cuanto a atención, acceso a medicamentos y estigmatización hacia estas personas se mantienen, por lo cual los nuevos objetivos que se pretende cumplir en 2025 buscan reducir inequidades, impactando en la estigmatización, las inequidades de género, el uso de estrategias de prevención combinada y el tratamiento antirretroviral^[7].

En Latinoamérica y Colombia, las guías de práctica clínica publicadas a la fecha recomiendan el uso del tratamiento antirretroviral basadas en algunas consideraciones que difieren de las recomendaciones de otros países y organizaciones, como Estados Unidos, la Sociedad Europea de SIDA y la Organización Mundial de la Salud (OMS), quienes recomiendan el tratamiento temprano para todos los pacientes recién diagnosticados, independientemente del conteo de células^[8-10]

Estas diferencias en las recomendaciones podrían reflejar la baja proporción de pacientes que reciben terapia antirretroviral en Colombia, con un último reporte oficial por parte del Ministerio de Salud, de 82,9 %^[11]. Además de no cumplir con la estrategia de la OMS para dar fin a la epidemia, el reporte de personas en tratamiento con un adecuado control es solo del 68,2 %, lejos de las metas del 90 %^[11].

La falla al tratamiento es definida según el valor de carga viral, que mide la concentración de ácido ribonucleico (ARN) viral en la sangre de los pacientes tratados y cuyo objetivo es que se mantenga por debajo del límite de detección de las pruebas de laboratorio disponibles, generalmente 50 copias/ml^[12]. Las causas de la falla son variadas, entre ellas la falta de adherencia adecuada al tratamiento por parte del paciente y las interacciones farmacológicas con otros medicamentos que consume el paciente simultáneamente, lo cual disminuye las concentraciones plasmáticas terapéuticas de los antirretrovirales, generando adicionalmente resistencia a estos medicamentos^[13].

La resistencia a los fármacos antirretrovirales puede presentarse en individuos que se encuentran en tratamiento, en quienes el virus se vuelve resistente, lo cual se conoce como resistencia adquirida (RAA), o en individuos recientemente diagnosticadas con la infección, sin exposición previa a los antirretrovirales, que

se infectaron con un virus resistente, lo cual se conoce como resistencia transmitida (RTA).

La RAA ha aumentado de 11 % a 29 % desde 2011, según encuestas realizadas por la OMS, y se convierte en una amenaza debido a que más individuos fallarán a la terapia, presentando las consecuencias clínicas de la infección, y estos mismos individuos serán pacientes potencialmente transmisores de formas de los virus resistentes al tratamiento. Fármacos más robustos podrían ayudar a solucionar este problema, pero su producción nos enfrenta a retos logísticos y económicos difíciles de sostener para toda la población^[14]. Además de la falla al tratamiento, la RAA tiene otras consecuencias, incluyendo un retroceso en las ganancias que se han tenido en cuanto a morbilidad y mortalidad con las estrategias de brindar tratamiento a todos los pacientes y la profilaxis preexposición con antirretrovirales (PrEP)^[15]. Adicionalmente, en países de bajos y medianos ingresos, el costo de los regímenes de segunda y tercera línea, muchos de los cuales se usan como consecuencia de RAA a los de primera línea, son hasta cinco y catorce veces más, comparados con los de primera línea^[16]. Por otro lado, el aumento en la RAA lleva a un aumento en la RTA, ya que las personas que adquieren la resistencia pueden transmitirla a personas no expuestas a fármacos antirretrovirales previamente. El aumento de la RTA puede tener serias consecuencias y se ha estimado que de mantenerse por encima del 10 % del total de personas con nuevo diagnóstico, la RTA podría ser responsable del 16 % de las muertes por SIDA (890 000 muertes) y del 9 % de las nuevas infecciones por el VIH (450 000) solo en África subsahariana^[17].

Este trabajo tiene como objetivo llamar la atención sobre la RAA como un problema de salud pública emergente en los países de bajos y medianos ingresos, y plantear que esta situación no se limita a la aparición de genotipos resistentes del virus, sino que se trata de un asunto multicausal y complejo.

Métodos

Se realizó una revisión narrativa acerca de la evolución de la infección por VIH como epidemia, los avances en el tratamiento, los objetivos de las diferentes organizaciones para su control y

los resultados y avances actuales, así como su posible relación con la resistencia adquirida a los antirretrovirales.

Resultados

Los mecanismos para la generación de resistencia del VIH a los antirretrovirales se basan en la gran variabilidad genética que posee el virus, resultado de un alto número de errores en el proceso de transcripción de la enzima transcriptasa reversa, recombinación con otros virus dentro de las células blanco y acumulación de provirus en el curso de la infección. Además de la alta variabilidad genética del virus, un factor crítico es la replicación persistente del VIH cuando está expuesto a terapias que suprimen de forma incompleta la replicación viral, con un incremento en la resistencia adquirida^[18].

La RAA ha aumentado en los últimos años y algunas revisiones sistemáticas realizadas entre 2014 y 2017 para valorar la prevalencia de la misma han reportado que el 9,7 % (IC95 % 9,2–10,3) de personas en tratamiento antirretroviral presentan al menos una mutación de resistencia a estos fármacos y que, entre aquellos que fallan a los inhibidores de la transcriptasa reversa, el 68 % tiene una o más mutaciones detectadas por genotipificación del virus^[19].

La salud pública ha sido definida desde hace casi 100 años como «la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y promover la salud física a través de esfuerzos comunitarios organizados para el saneamiento del medio ambiente, el control de las infecciones transmisibles, la educación del individuo en higiene personal, la organización de servicios médicos y servicios de enfermería para el diagnóstico precoz y preventivo, el tratamiento de la enfermedad y el desarrollo de una maquinaria social que asegure a cada individuo en la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud»^[20]. Se enfoca en programas de prevención para la población, equidad en salud y una aproximación multidisciplinaria^[21]. Si se considera que la RAA tiene relación con una enfermedad influenciada por violencia y discriminación, estructuras legales, cambios demográficos, ambientes políticos e incluso situaciones bélicas^[22], debería ser comprendida entonces como un problema de salud pública, del

cual se deben entender sus determinantes para enfocar y plantear estrategias adecuadas para su prevención y control.

Es importante, además, entender la evolución de la epidemia desde 1980, cuando se conocieron y reportaron posteriormente los 5 primeros casos^[23]. Rápidamente, el mundo se vio enfrentado a una epidemia de infecciones, enfermedades y muerte en una población criticada y estigmatizada por sus prácticas sexuales. A este padecimiento se lo denominó incluso «la ira de Dios» hasta el aislamiento del VIH y su determinación como causa infecciosa de la enfermedad en 1983^[24].

Desde el reporte del aislamiento del virus comenzó una carrera contra el tiempo para buscar un tratamiento efectivo que curara la enfermedad y permitiera el control de la epidemia. Múltiples intentos fallidos, entre los que se cuenta el redescubrimiento de la Zidovudina, luego de su fracaso por toxicidad en los años 60 para el tratamiento de neoplasias hematológicas, como el primer fármaco activo contra el virus aprobado para su uso en 1987. La síntesis de nuevos medicamentos que buscaban inhibir la transcriptasa reversa, basados en el conocimiento que se tenía de la retrovirología hasta ese entonces, aumentaron la desesperanza y el pesimismo alrededor del mundo, al ver como personas en todos los estratos sociales, incluyendo actores, filósofos y cantantes, morían por la enfermedad a pesar de estos fármacos.

El descubrimiento, en 1995, de los inhibidores de proteasa y la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) llevó a que surgiera el optimismo, al ver cómo disminuía dramáticamente el número de muertes por la enfermedad a medida que aumentaba el uso de los nuevos medicamentos^[24]. A partir de ese momento, todo se basó en tratar farmacológicamente a las personas infectadas, con serios eventos adversos que invitaron a la cautela en el inicio del tratamiento y a una búsqueda desenfrenada de nuevos medicamentos, más efectivos y sobre todo seguros y tolerables, obviamente más costosos, lo que llevó a que hoy haya disponibles aproximadamente 30 fármacos que, utilizados en diferentes combinaciones, pueden generar un adecuado control de la enfermedad^[25]. Incluso hoy, además de ser estrategias para tratar personas infectadas, los fármacos se usan como la principal medida para prevenir la infección en muchos países del mundo^[26].

A pesar de esto, y como se mencionó previamente, no se han alcanzado las metas de la OMS para el control de la epidemia.

En Colombia se han evaluado y reportado varios estudios que han intentado clarificar las causas y factores asociados al comportamiento de la epidemia en el país. Entre otros, los factores socioculturales como el estigma social, el significado religioso, las definiciones de grupos de riesgo se han convertido en barreras de acceso al diagnóstico de la infección^[27]. Por otro lado, un menor nivel educativo, el tipo de afiliación al sistema de salud, el hecho residir en zonas rurales, el género masculino, y la edad influyen en la identificación de nuevos casos^[28]. El personal de salud se ha relacionado con los estigmas sociales hacia las personas que viven con infección por VIH^[29]. La discriminación hacia las personas infectadas por VIH se ha asociado con depresión y bajo nivel de adherencia al tratamiento y al seguimiento en los programas de atención^[30]. Adicionalmente, en países con características socioeconómicas similares a Colombia, factores como el uso de fármacos con baja barrera genética para la resistencia, prácticas inadecuadas de prescripción, entrega irregular del tratamiento a los pacientes, pobre retención de los pacientes en los programas de atención y cambio frecuente en los prestadores de la misma se han relacionado con la aparición de resistencia al tratamiento antirretroviral^[31].

En la primera década del siglo XXI, se consolidan las guías de manejo alrededor de la infección, intentando poner un orden a la prescripción y tratamiento con fármacos, y durante los últimos años, consolidando un sistema de vigilancia, especialmente en países como Colombia, al clasificar la infección como enfermedad de alto costo y vigilar a las aseguradoras encargadas de la atención de los pacientes, según un reporte adecuado o inadecuado de indicadores de seguimiento, con el fin de gestionar el riesgo, entendiendo la gestión del riesgo como una estrategia para anticiparse a los eventos de interés en salud pública, las enfermedades y los traumatismos para que no se presenten o se detecten y traten precozmente buscando mitigar o acortar su evolución y sus consecuencias^[32].

Sin embargo, los reportes oficiales no tratan el tema de la resistencia adquirida a los antirretrovirales y, por ejemplo, en los reportes de la Cuenta de Alto Costo del Ministerio de Salud de Colombia no se presentaron datos acerca del ordenamiento de estudios de resistencia a antirretrovirales en pacientes con fallas al tratamiento durante 5 años (2014 a 2018) y solo en 2019 se

menciona que dicho estudio se realiza al 28 % de estos pacientes^[33]. Adicionalmente, los estudios realizados por diferentes grupos de investigación en Colombia acerca de la resistencia adquirida a los antirretrovirales se han basado en descripciones de las mutaciones asociadas a la resistencia, con los últimos datos publicados correspondientes a cohortes de 2010 y anteriores^[34-36].

Discusión

La salud pública y la atención primaria en salud deberían ser los pilares de los sistemas de salud sostenibles, equitativos, eficientes y asequibles, y esto debe reflejarse en las políticas de salud y en los sistemas de educación profesional de todas las naciones^[37].

Desde el punto de vista de la infección por VIH, más allá de las cifras de tratamiento, se han informado cada vez más las medidas de adherencia al tratamiento, retención y resultados, aunque con diferente calidad e integridad. Algunas de estas estrategias se reflejan en los reportes anuales de ONUSIDA que corresponden a la estimación de las cifras de la epidemia para cada país, y en el caso de Colombia, en los reportes anuales de la Cuenta de Alto Costo que, a través de medidas descriptivas e indicadores de gestión del riesgo construidos con estas, presenta el comportamiento de la epidemia en el país^[38].

Sin embargo, con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) el seguimiento del tratamiento está cambiando de tres maneras importantes. En primer lugar, el seguimiento del tratamiento está pasando de los números a la cobertura y la reducción de brechas en una cascada de servicios para lograr el acceso universal. En segundo lugar, esto requiere un mayor énfasis en los sistemas de monitoreo de casos y pacientes desagregados a nivel individual, que pueden respaldar mejor la vinculación, la retención y la atención crónica a largo plazo. En tercer lugar, la cascada de prevención, pruebas y tratamiento con una cadena de resultados clara vincula el número de tratamientos con el impacto, en términos de reducción de carga viral, mortalidad e incidencia^[39].

Finalmente, existen en la actualidad diversas recomendaciones y políticas alrededor de la infección por VIH en el mundo, las cuales surgen de consideraciones clínicas clave que, convertidas

en políticas en los diferentes países, podrían ayudar a cumplir con la meta del 90 90 90. La colaboración llamada Laboratorio de políticas en VIH (HIV Policy Lab), conformada por sectores académicos, organizaciones de la sociedad civil y la Organización de las Naciones Unidas, ha venido revisando y reportando la adopción de estos adelantos científicos como políticas por parte de los diferentes países. En el caso de Colombia, la adopción general de dichas políticas está en un nivel medio, con 14 de 33 de ellas adoptadas, 5 adoptadas parcialmente, 12 no adoptadas y 2 sin datos disponibles para su valoración. Entre las no adoptadas se encuentran las relacionadas con las indicaciones de inicio del tratamiento antirretroviral (TAR), el inicio del TAR el mismo día del diagnóstico, uso de regímenes de TAR más efectivos y seguros, el autotesteo de la infección por VIH, no restringir el acceso al TAR según la edad (principalmente en adolescentes) y la profilaxis preexposición^[40].

Teniendo en cuenta que la adherencia al tratamiento antirretroviral es un factor relacionado con la aparición de resistencia del VIH a los medicamentos, valdría la pena explorar esta resistencia como un modelo holístico en el que se podrían tener diferentes miradas, como la de los campos de salud descritos por Marc Lalonde^[41], considerando factores como: 1) los estilos de vida, que pueden ser interferidos por la toma de los fármacos antirretrovirales, pues a menudo en la consulta muchos pacientes cuestionan el tener que exponer su vida privada, su intimidad o sus hábitos al ver el fármaco como un factor más importante que estos; 2) el medio ambiente, el cual no se analiza ni se entiende completamente como un factor relevante en el estudio de la resistencia; 3) la biología humana, o en este caso del virus, pues, más que los factores del hospedero, se han tenido en cuenta para su análisis y avances en ciencia, los factores biológicos del virus buscando atacarlo según su capacidad replicativa y de mutación frente al ataque de los fármacos y 4) los sistemas de atención sanitaria, especialmente en países con sistemas de salud complejos, donde los tratamientos suministrados a los pacientes se basan en su costo y no en la evidencia científica que apunta hacia mejores resultados con los nuevos antirretrovirales. Sin embargo, como las discusiones en el campo de la salud pública lo han apuntado, es posible que este modelo y otros similares como el de la triada

ecológica se queden cortos en la explicación de lo que determina la resistencia a los antirretrovirales.

Conclusiones

La resistencia a los antirretrovirales no puede ni debe seguir siendo valorada desde una mirada unicausal, microbiológica. Existe un complejo panorama alrededor del problema, que nos obliga a desarrollar nuevos estudios, con metodologías adecuadas, posiblemente cualitativas y cuantitativas, que nos permitan valorar, al menos en nuestra población colombiana, y por qué no, latinoamericana, qué contexto está direccionándola, para que podamos proponer nuevas estrategias integrales de atención, basadas en estos resultados, valorando de una vez por todas el alto costo, pero no desde lo económico solamente, sino también según las condiciones a que han estado expuestas las personas que viven con VIH en nuestra sociedad.

Referencias

1. Deeks, SG; Lewin, SR; Havlir D, Deeks SG, Lewin SR, Havlir D V. The End of AIDS: HIV Infection as a Chronic Disease. *Lancet*. 2013;382(9903):1525–33.
2. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. Antiretroviral Therapy for the Prevention of HIV-1 Transmission. *N Engl J Med*. 2016;375:830–9.
3. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, van Lunzen J, et al. Sexual Activity Without Condoms and Risk of HIV Transmission in Serodifferent Couples When the HIV-Positive Partner Is Using Suppressive Antiretroviral Therapy. *Jama*. 2016;316(2):171–81.
4. Eisinger RW, Fauci AS. Ending the HIV/AIDS Pandemic1. *Emerg Infect Dis*. 2018 Mar 1 [cited 2021 Mar 16];24(3):413–6.
5. UN Joint Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). UNAIDS DATA 2018.
6. UNAIDS. 90-90-90 An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic.

7. UNAIDS. GLOBAL AIDS STRATEGY 2021 – 2026 END INEQUALITIES. END AIDS. 2021;
8. Department of Health and Human Services. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents. (Updated April 8, 2015).
9. European AIDS Clinical Society (EACS). 2018;9.1(October):1–103.
10. World Health Organization. Update of Recommendations on First- and Second-Line Antiretroviral Regimens. Geneva, Switzerland: 2019;.
11. Colombia. Ministerio de Salud. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Situación del VIH SIDA en Colombia. 2018.
12. Deeks SG, Overbaugh J, Phillips A, Buchbinder S. HIV infection. *Nat Rev Dis Prim*. 2015;1:1–22.
13. Arts EJ, Hazuda DJ. HIV-1 Antiretroviral Drug Therapy BASIC PRINCIPLES OF ANTIRETROVIRAL ir. *Cold Spring Harb Perspect Med*. 2012;2(a007161).
14. Beyrer C, Pozniak A. HIV Drug Resistance - An Emerging Threat to Epidemic Control. *New Engl J Med*. 2017;377(17):1605–7.
15. Cambiano V, Bertagnolio S, Jordan MR, Pillay D, Perriens JH, Venter F, et al. Predicted levels of HIV drug resistance: Potential impact of expanding diagnosis, retention, and eligibility criteria for antiretroviral therapy initiation. *Aids*. 2014;28(SUPPL. 1):1–2.
16. World Health Organization. Global action plan on HIV drug resistance 2017 - 2021. WHO press. 2017. 40 p.
17. Phillips AN, Stover J, Cambiano V, Nakagawa F, Jordan MR, Pillay D, et al. Impact of HIV Drug Resistance on HIV/AIDS-Associated Mortality, New Infections, and Antiretroviral Therapy Program Costs in Sub-Saharan Africa. *J Infect Dis*. 2017 May;215(9):1362–5.
18. Clutter DS, Jordan MR, Bertagnolio S, Shafer RW. HIV-1 drug resistance and resistance testing. *Infect Genet Evol J Mol Epidemiol Evol Genet Infect Dis*. 2016 Dec;46:292–307.
19. Geneva: World Health Organization. HIV Drug Resistance Report 2017. 2017.
20. Winslow CE. The untilled fields of Public Health. *Science* (80-). 1920;51(1306):23–33.
21. Koplan JP, Bond TC, Merson MH, Reddy KS, Rodriguez MH, Sewankambo NK, et al. Towards a common definition of global health. *Lancet*. 2009;373(9679):1993–5.

22. Poundstone KE, Strathdee SA, Celentano DD. The social epidemiology of human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome. *Epidemiol Rev.* 2004;26:22–35.
23. Gottlieb MS. Pneumocystis pneumonia--Los Angeles. 1981. *Am J Public Health.* 2006 Jun;96(6):980–1.
24. Sepkowitz K. AIDS - The first 20 years. *N Engl J Med.* 2001;344(23):1764–72.
25. Tseng A, Seet J, Phillips EJ. The evolution of three decades of antiretroviral therapy: Challenges, triumphs and the promise of the future. *Br J Clin Pharmacol.* 2015;79(2):182–94.
26. Hodges-Mameletzis I, Dalal S, Msimanga-Radebe B, Rodolph M, Baggaley R. Going global: The adoption of the World Health Organization's enabling recommendation on oral pre-exposure prophylaxis for HIV. *Sex Health.* 2018;15(6):489–500.
27. Bran-Piedrahita L, Palacios Moya L, Posada-Zapata IC, Berm. Concepto sociocultural del VIH y su impacto en la recepción de campañas de promoción de la salud en Medellín. *Rev Cienc Salud.* 2017;15(1):59–70.
28. Arrivillaga M, Hoyos PA, Tovar LM, Varela MT, Correa D, Zapata H. HIV testing and counselling in Colombia: Evidence from a national health survey and recommendations for health-care services. *Int J STD AIDS.* 2012;23(11):815–21.
29. Tamayo-Zuluaga B. B, Macías-Gil Y Y, Cabrera-Orrego R R, Henao-Pelaéz JN JN, Cardona-Arias JA JA. Estigma social en la atención de personas con VIH/sida por estudiantes y profesionales de las áreas de la salud, Medellín. *Ciencias la Salud.* 2015;13(1):9–23.
30. Rueda S, Mitra S, Chen S, Gogolishvili D, Globberman J, Chambers L, et al. Examining the associations between HIV-related stigma and health outcomes in people living with HIV / AIDS : a series of meta-analyses. *BMJ Open.* 2016;6(e011453):1–15.
31. Bertagnolio S, De Luca A, Vitoria M, Essajee S, Penazzato M, Hong SY, et al. Determinants of HIV drug resistance and public health implications in low- and middle-income countries. *Antivir Ther.* 2012;17(6):941–53.
32. Ministerio de salud y protección Social. Gestión integral del riesgo en salud. 2015;
33. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, Cuenta de Alto Costo (CAC). Situación del VIH SIDA en Colombia 2019. Bogotá DC. 2020;

34. DiazGranados CA, Mantilla M, Lenis W. Antiretroviral drug resistance in HIV-infected patients in Colombia. *Int J Infect Dis.* 2010;14(4):e298–303.
35. Gómez SM, Olaya P DF. Resistencia a los medicamentos antirretrovirales en pacientes que reciben tratamiento para VIH-sida en Colombia. *Infectio.* 2010;
36. Martínez-Cajas JL, Mueses-Marín HF, Galindo-Orrego P, Agudelo JF, Galindo-Quintero J. [HIV drug resistance in ART-experienced patients in Cali, Colombia, 2008-2010]. *Biomedica.* 2013;33(4):631–42.
37. White F. Primary health care and public health: Foundations of universal health systems. *Med Princ Pract.* 2015;24(2):103–16.
38. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo Cuenta de Alto Costo (CAC). Situación del VIH/SIDA en Colombia 2020. 2021.
39. Low-Beer D, Beusenbergh M, Hayashi C, Calleja T, Marsh K, Mahit A, et al. Monitoring HIV Treatment and the Health Sector Cascade: From Treatment Numbers to Impact. *AIDS Behav.* 2017;21(s1):15–22.
40. HIV Policy Lab. Colombia
41. Lalonde M. A new perspective on the Health of Canadians. A working document. 1981. 82 p.

Implementación de políticas públicas con la finalidad de reducir siniestros y casos de accidentabilidad en Colombia

YENIFER ALEJANDRA ÁLVAREZ CEBALLOS¹

VALERIA OSORNO ARROYAVE¹

IVÁN ARROYAVE¹

¹ Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia

Resumen

Las políticas públicas en la seguridad vial tienen como propósito disminuir y llevar un control sobre las víctimas fatales y no fatales por accidentes de tránsito. En el año 2011, en Colombia, se implementó el Plan Nacional de Seguridad Vial, que aborda políticas y acciones articuladas e integrales que permitan la coordinación institucional e intersectorial sobre esta problemática de salud pública. El objetivo fue realizar una síntesis de las principales intervenciones para prevenir los accidentes de tránsito en Bogotá, Medellín, Barranquilla, Cali y Bucaramanga entre 1992 y 2018, discriminando los usuarios viales sobre los cuales estas intervenciones debieron tener un efecto de reducción en la mortalidad por accidentes de tránsito. Se encontró que la principal normativa implementada en todas las ciudades es el control de velocidad. Sin embargo, para Medellín, Bogotá y Barranquilla se abordaron otras políticas que dan cuenta de reducción de siniestros y cifras de accidentabilidad. Se concluye que las cifras de accidentabilidad y siniestros sí se han reducido. A pesar de ello, no se considera proporcional en relación con los recursos que implican llevar a cabo la implementación de una política pública con la poca reducción de la cifra de casos presentados en la seguridad vial.

Introducción

Los accidentes de tránsito se han convertido en una de las principales causas de lesiones, discapacidad y mortalidad en las personas en todo el mundo. Las lesiones causadas por el tránsito de vehículos (LCT) ocasionan anualmente más de 1,3 millones de muertes y 24,3 millones de lesionados por la misma causa. La situación de mortalidad en el mundo es crítica y se proyecta con tendencia al aumento durante las próximas décadas^[1]. La OMS reconoce este fenómeno como un asunto prioritario para la salud pública e insta a todos los estados miembros a implementar acciones para afrontarlo^[2].

Pese a los esfuerzos orientados a mitigar el impacto producido por las LCT, las estadísticas demuestran mayores tasas de discapacidad y muerte, situación que no es distinta en el contexto de Colombia, donde para el año 2021 se registraron 7 270 muertes según datos del Observatorio de la Agencia Nacional de Seguridad Vial (ANSV)^[3], empeorando la situación que está relacionada con el crecimiento acelerado de la industria automotriz^[4].

Aunque en las últimas décadas en el país se han implementado una serie de estrategias tendientes a la prevención de accidentes de tránsito y reducción de la mortalidad, el impacto que las mismas han producido no se considera proporcional en relación con los recursos que han implicado su implementación; así mismo, algunas de esas acciones no tienden a permanecer en el tiempo, lo que finalmente influye en la medición de su efectividad.

Metodología

El presente artículo se deriva de un estudio observacional y descriptivo, el cual incluyó una revisión documental y extensiva, de las principales políticas implementadas para reducir los siniestros y la accidentalidad vial en las ciudades principales de Colombia (Medellín, Bogotá, Barranquilla, Cali y Bucaramanga) desde el año 1992 hasta el 2018.

Se inició la búsqueda, accediendo a las páginas oficiales de las respectivas alcaldías, secretarías e institutos de movilidad municipales, indagando por acciones y medidas tendientes a impactar

en la movilidad y la reducción de la mortalidad directa o indirectamente que se hubieren implementado para los diferentes usuarios viales, a través de resoluciones, actas, acuerdos y ordenanzas. En complemento, se empleó una estrategia de búsqueda con palabras claves como movilidad segura, políticas viales, reducción de accidentes de tránsito, reducción de la mortalidad vial, incidentes viales, seguridad vial, además se usaron operadores booleanos AND, OR con los términos políticas AND reducción mortalidad vial, movilidad segura OR estrategias, seguridad vial AND ciudad respectiva, los cuales se corrieron en el buscador de Google y Google académico, donde se seleccionaron aquellos resultados tamizando los encabezados que se ajustaron al tema de interés.

En las intervenciones encontradas se destacan las estrategias en el medio físico-ambiental, educación, información y comunicación, el mejoramiento del sistema público de transporte, el control de la velocidad y la legislación que implica la modificación de los comportamientos de riesgo en las vías.

Resultados

Marco normativo nacional

En Colombia existen dos referentes normativos que guían las acciones en materia de seguridad vial. El primero, el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, definió la seguridad vial como política de Estado, articulado con la creación de la Agencia Nacional de Seguridad Vial como ente regulador de normas, acciones y estrategias en esta materia en el año 2013. El segundo, el Plan Nacional de Seguridad Vial 2011-2021, establecido mediante la Resolución 2273 de 2014, es un instrumento que ha orientado las acciones en movilidad en los ámbitos nacional, regional y local durante diez años^[5].

Estas acciones se materializan a través del trabajo articulado del Ministerio de Salud y Protección Social como actor fundamental de la gestión de esta política pública, por lo que se establece en complemento el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, enmarcado en un pilar denominado «la década por la acción», con una meta de reducción de la mortalidad por siniestros

de tránsito en un 25 % al 2021, mediante la promoción de sistemas de transportes sostenibles, infraestructura vial y peatonal y fomento de la cultura vial^[6].

Bogotá

Bogotá es una ciudad donde cada dos horas se registra una víctima por siniestro vial, además concentra la mayor cantidad de motociclistas fallecidos por la misma causa. Esto sucede a pesar de que se posiciona como una de las ciudades pioneras en la exigibilidad del uso del casco protector para los ocupantes de estos vehículos, implementando la estrategia de obligatorio cumplimiento en el año 1997, manteniéndose vigente a la fecha, con las respectivas actualizaciones en materia de seguridad que brinda la norma técnica colombiana^[7].

Para el año 2001, mediante un proyecto de acuerdo, la ciudad apostó por emplear herramientas educativas y se estableció que, de manera permanente, en todos los centros de educación formal y no formal y en las entidades distritales, se brinde semestralmente una jornada de información, educación y prevención de accidentes, además de promover campañas de divulgación, para fomentar el uso de medios de transporte alternativos^[8]. En ese mismo sentido, como fortalecimiento de la estrategia, para el año 2007, se adoptó la formación en seguridad vial escolar, como un proyecto pedagógico transversal de los currículos de todas las instituciones educativas públicas y privadas de Bogotá^[9].

En concordancia, se adopta el Plan Maestro de Movilidad en el año 2006, convirtiéndose en la ruta estratégica en lo referente a la creación del Sistema Integrado de Transporte Público (SITP), la logística de la movilidad y la adecuación de los subsistemas viales y peatonales, que incluyeron señalización, iluminación y establecimiento de cruces, cebras y puentes para peatones. Para el 2008, la ciudad avanzaba hacia la implementación del servicio de transporte en bicicleta denominado «BICI» como medio no motorizado integrado al sistema público de transporte, logrando su completa adecuación seis años después^[10].

En los años siguientes, los lineamientos en movilidad encontrados en Bogotá estuvieron asociados al control del tráfico y la seguridad vehicular, destacándose el pico y placa, que establece la restricción de tránsito para vehículos y motocicletas en horas

de alta congestión, controles de velocidad y acciones pedagógicas para eliminar el comportamiento de conducir bajo efectos del alcohol. Estas acciones se vincularon a la campaña educativa desarrollada en 2016, llamada «Tomar y manejar arruina vidas», en la que se brindaron 93 jornadas de capacitación y sensibilización sobre los módulos de alcoholemia y se complementó con la campaña «Planea tu regreso a casa» que impactó alrededor 9 700 ciudadanos con la entrega de la información^[11].

Finalmente, la mayor apuesta por la movilidad y la reducción de la siniestralidad de Bogotá como distrito capital se refleja con la implementación del Plan Distrital de Seguridad vial y del Motociclista, el cual fue adoptado mediante el Decreto 813 de 2017. Este plan contiene la priorización que guiará los programas de la ciudad en estos aspectos hasta el año 2026 bajo la política internacional Visión Cero. Este enfoque establece que ninguna vida perdida en el tránsito de vehículos es moralmente aceptable. Esta es una iniciativa Global para la Seguridad Vial de Bloomberg Philanthropies (BIGRS), basada en el caso de Suiza, país líder en la adopción de la política y que se ha destacado por obtener resultados muy positivos en la disminución de la siniestralidad^[12].

La Visión Cero para Bogotá fundamenta su ejecución a través del fortalecimiento de la institucionalidad y gestión de la seguridad vial, mediante la articulación y coordinación con instituciones, organizaciones y entidades públicas y privadas, nacionales e internacionales, para favorecer el intercambio y la divulgación de prácticas exitosas en materia de seguridad vial enfocadas en salvaguardar la vida de los diferentes actores en las vías^[13].

De la misma forma, con este plan se da continuidad a las estrategias de comunicación y cultura vial que ha tratado de mantener vigente la ciudad, ahora con un enfoque más pedagógico e intersectorial, con mayor activismo y participación social, así como también con la promoción constante y durante los seis años de diferentes campañas en medios de comunicación masiva, de contenidos en seguridad vial, dirigidos a modificar comportamientos de riesgo en la vía. En complemento, la Secretaría de Salud ofrece formación a la ciudadanía en general, en cursos como primer respondiente y otros cursos relacionados con urgencias, emergencias y desastres^[13].

Por otra parte, se ha reconocido que la infraestructura vial es transversal a la seguridad y a la reducción de la siniestralidad; por ello, Bogotá implementó la guía de Auditorías de Seguridad Vial que consistió en un proceso sistemático de revisión y observación minuciosa de la infraestructura vial existente. Con base en los hallazgos se planifican acciones, respecto a señalización, iluminación, estado de las vías, control, pedagogía, además se orienta sobre las intervenciones requeridas, para adecuar los espacios de disfrute y promover caminos seguros para los peatones y las personas que se desplazan en bicicleta^[13].

Finalmente, el control para la seguridad vial con el uso de la tecnología se considera uno de los puntos más importantes de la visión estratégica de la política. Se destacan acciones en gestión de la velocidad, como la implementación de un sistema electrónico de foto detección o cámaras salvavidas y la reducción a 50 km/h del límite máximo de velocidad en todas las vías del distrito capital, con el propósito de gestionar eficientemente los factores de riesgo de siniestralidad vial que causan más de 500 muertes cada año^[13].

Medellín

La situación para Medellín es igual o peor de alarmante que la de Bogotá. La capital de Antioquia, para el año 2017, se posicionó como la ciudad con mayor accidentalidad en el país, registrando 258 víctimas fatales por accidentes de tránsito, mayormente motociclistas, peatones y ciclistas^[14]. En general, en Medellín se ha podido observar una tendencia decreciente en los últimos catorce años de las tasas de personas fallecidas en hechos de tránsito. Se ha reducido al pasar de 32 (648 fallecidos) en 1999 a 12,6 (306 fallecidos) en 2014 por cada 100 000 habitantes^[15].

Y es que, desde el año 2004, cuando los accidentes de tránsito se ubicaron como la novena causa de mortalidad en la ciudad, se emprendió la medida del uso del casco obligatorio para los ocupantes de motocicletas y similares, además del uso del chaleco o chaqueta reflexiva en horas de menor visibilidad^[16].

Dos años más adelante, Medellín estableció un convenio con una importante multinacional de telecomunicaciones por diecinueve años, con el fin de desarrollar las actividades enmarcadas en la gestión, operación y administración del Centro de

Gestión de Movilidad para la Secretaría de Tránsito de Medellín. Este incluyó el diseño, la adquisición y la puesta en operación de los equipos y el software para los módulos: foto detección de infracciones, paneles de mensajes variables para usuarios de infraestructura vial, circuito cerrado de televisión, mecanismos de acción inteligente de semaforización, gestión de datos para el transporte público colectivo y la gestión y adecuación física y tecnológica del centro de información para el usuario vial^[17].

La integración de todas las actividades anteriores, constituyen el SIMM (Sistema Inteligente de Movilidad de Medellín), que fue una acción meritoria de reconocimiento en el año 2015; la Secretaría de Movilidad ganó el «Premio a la mejor solución informática Computerworld» que además es único en Colombia y pionero en Latinoamérica. Se le atribuyen grandes cualidades por sus aportes a la sociedad y a la sostenibilidad financiera, tecnológica y ambiental^[18].

Un año más tarde, se observó un trabajo intersectorial y articulado de la ciudad con los nueve municipios pertenecientes al Área Metropolitana, proceso que trajo como resultado, la adopción del Plan Maestro de Movilidad para la región metropolitana del Valle de Aburrá. Este plan contempló la proyección de múltiples intervenciones viales, establecimiento de corredores, ampliación de calzadas, intercambios y variantes, cambios de sentido y regulación de velocidades. También incluyó las actividades enmarcadas para el fortalecimiento del transporte público que ya venía funcionando en el área. Estos proyectos implicaron la integración del metro con el sistema de buses, el metroplús y el metrocable^[19].

Adicionalmente, en el año 2009, en búsqueda de la reducción de la alta congestión vehicular y también como medida alternativa, saludable y ambientalmente sostenible, se reglamenta el Sistema de Bicicletas de Medellín, el cual estuvo adherido al Plan de Movilidad, que finalmente viabilizó la creación de ciclorrutas y su integración con el sistema público de transporte Metro.

A pesar de los grandes esfuerzos, la movilidad es un aspecto complejo de intervenir y más por el contexto de la ciudad; Medellín es el corredor vial del Valle de Aburrá, por lo tanto, el número de usuarios en la vía es muy alto. Por otra parte, el parque automotor de vehículos particulares y principalmente de motociclistas ha tenido un crecimiento exponencial, agravando

el problema, porque según los análisis de la Secretaría de Movilidad de Medellín, de cada tres incidentes de tránsito que se presentan en la ciudad, en dos están involucrados motociclistas que resultan lesionados o pierden la vida, vinculándose principalmente a causas por el exceso de velocidad.

Por lo anterior y debido a que existían zonas de altas concentración de colisiones, sitios con frecuencia regular de siniestralidad y de hechos viales, la Secretaría de Movilidad de la ciudad estableció la medida de foto detección, que velaría por el control del exceso de velocidad, de la violación del pico y placa y el irrespeto al semáforo en rojo.

Esta estrategia que inició como una prueba piloto fue implementada en el año 2011 con la instalación de treinta cámaras en puntos críticos, convirtiéndose en la primera ciudad del país en regular los aspectos mencionados anteriormente a través de un sistema electrónico de fiscalización. Ante los buenos resultados, para el año 2013, la medida continuaba vigente, había logrado reducir la cifra de accidentalidad del año 2011 con relación a la del 2013. No obstante, había otros puntos de la ciudad con una situación crítica que no estaban siendo intervenidos. Por otro lado, la cartera morosa pendiente por recaudar rodeaba los 53 000 USD, es decir que, por hora, 72 personas se volvían acreedoras de un comparendo, y a veces un mismo usuario tenía foto detección múltiples veces en un día. Esto conlleva el posicionamiento de la medida como una estrategia financiera; sin embargo, esta no impactaba realmente en la creación de una cultura de seguridad vial, porque la mayoría de los comparendos impuestos en este periodo correspondieron a infracciones de tránsito asociadas al exceso de velocidad, a transitar por sitios u horarios prohibidos y a no detenerse ante una señal de pare, luz roja o amarilla de un semáforo. Todas las conductas aprendidas mencionadas anteriormente son atribuibles a la falta de formación y sensibilización de los ciudadanos; además, la medida en sí misma presentaba bastantes irregularidades, porque los usuarios que cometían una infracción no eran notificados en el tiempo que establecía la ley, por lo tanto, perdían beneficios del pronto pago. Asimismo, se disminuyó el control y la regulación física de los agentes en las vías, por lo que se consideró la necesidad de articular tales acciones a una política de seguridad que permitiera

una verdadera intervención y no solo un conjunto de acciones individuales y aisladas del problema^[20].

Por lo anterior, Medellín oficializó su estrategia como una de las grandes acciones en reducción de la fatalidad vial, a través del Plan de Movilidad 2014-2020, con importantes proyectos que involucraron la inversión de grandes sumas de dinero para el fortalecimiento tecnológico de información para la Secretaría de Movilidad, estudios de movilidad, señalización, mantenimiento a la red semafórica y aspectos diversos de infraestructura, mejoramiento del sistema electrónico de foto detección y el mecanismo de notificación, avisos luminosos que alertan sobre la presencia de la cámara y proyectos de educación vial, que desarrolla intervenciones con niños, jóvenes, adultos y personas en situación de discapacidad en calidad de peatones, conductores, pasajeros y motociclistas^[19,20].

Barranquilla

Los resultados encontrados para Barranquilla son muy similares a los dos casos anteriores. En el 2006 implementa el uso del casco y el chaleco reflectivo, como medida de obligatorio cumplimiento para los ocupantes de motocicletas^[21].

En lo que respecta al transporte público, en el 2010 entra en vigor el Transmetro S.A.S., oficialmente Sistema Integrado de Transporte Masivo del Distrito especial, industrial y portuario de Barranquilla y su Área Metropolitana. Es el sistema de autobuses de tránsito rápido con carriles exclusivos que opera en la ciudad y que tiene como finalidad contribuir a mejorar la movilidad^[22].

Finalizando ese año, como medida para garantizar la seguridad y protección en estas zonas que poseen alta afluencia de peatones por tener cerca colegios, iglesias, instituciones de salud, industrias y zona residenciales, se instalaron 43 cámaras de fiscalización electrónica según previos análisis realizados por la Secretaría de Tránsito, en materia de accidentalidad, velocidad, volumen vehicular y peatonal y geometría de las vías^[23].

En los años posteriores se observaron acciones para la adecuación vial, señalización y semaforización, también se dio la adopción de los alcohosensores para el control de la alcoholemia y embriaguez, y la gestión integral del municipio, para brindar oportunidades a las personas que usan como fuente de ingresos

el transporte de personas informalmente en medios de tracción animal^[24].

En el 2013 se logró integrar el Sistema Público de Bicicletas (SIBAQ), modalidad de préstamo, como medio alternativo a la movilidad en el distrito que favorece la salud pública, la calidad del aire y la movilidad y que, además, está integrado al transporte público. Es una estrategia que apostó por la garantía de la seguridad de los diferentes usuarios viales, con el establecimiento de rutas específicas para el tránsito de bicicletas y, en todos los casos, usando las respectivas medidas de protección como el casco, las luces y el chaleco reflectivo^[25].

Aun así, para el año 2015, Barranquilla era la quinta ciudad con más personas fallecidas por hechos de tránsito, según datos del Instituto Nacional de Medicina Legal. De hecho, la ciudad experimentó una tendencia creciente de la siniestralidad desde el año 2010 hasta el 2015, cerrando ese periodo con una cifra de 238 muertes y 2 014 heridos en accidentes de tránsito^[26].

Cali

La información reportada por esta ciudad en materia de reducción de accidentalidad es escasa. De algunos artículos de investigación se pudieron obtener datos acerca de medidas como el uso del casco obligatorio, la reducción de la velocidad y las cámaras de foto detección electrónica. No fue posible recabar información acerca del sistema de transporte público, sistema de bicicletas o medios alternativos.

La obligatoriedad del uso del casco para ocupantes de motocicleta en Cali se estableció en el año 1996. Un año más tarde, se extendió la medida también para los acompañantes y, en el año 2001, la Secretaría de Movilidad estableció que todos los ocupantes de este tipo de vehículos tendrían que usar el chaleco reflectivo durante las 24 horas del día. Además, estableció como medida educativa que todos los infractores realizaran un curso posterior a la falta y al pago de la sanción. Así lo confirmó un estudio realizado por diferentes instituciones como la OPS, la Universidad del Valle, Baylor College of Medicine, entre otros. Al evaluar la efectividad de la medida, se encontró que el descenso de la mortalidad de los motociclistas fue sostenido entre 1995 y 1999, pasando de 179 a 107 casos; se concluyó, además, que las

medidas como el uso del casco, el chaleco, la restricción vehicular en cierto tipo de días y horas además de la educación tienen mayor eficacia cuando se aplican y evalúan conjuntamente que cuando se hace por separado^[27].

No obstante, entre 2010 y 2011, en este lugar se registraron 47 195 accidentes según datos de la Secretaría de Tránsito municipal, en el 61,5 % de los casos hubo heridos y se presentaron 154 fallecimientos^[28]. Para el 2012, la ciudad avanzaba en la primera prueba piloto con la instalación de 20 nuevas cámaras entre enero y agosto, cifra que fue incrementando hasta llegar a cuarenta dispositivos en el 2013. A la vez que se ejecutaba este proyecto tecnológico, se impusieron comparendos pedagógicos, mientras se realizaba la difusión y socialización por medios radiales, televisivos, internet, entre otros. Conforme iba avanzando el tiempo y el conocimiento de la política por parte de los habitantes, se fueron eliminando las medidas pedagógicas hasta avanzar a los sancionatorias^[29]. Durante los primeros tres meses del 2012, mediante el sistema de foto multas, la Secretaría de Tránsito impuso 8 434 comparendos que se asociaron con un aumento de la accidentalidad en las intersecciones donde se instalaron algunos de los dispositivos de foto detección en el año siguiente a su implementación, sin dejar de considerar que estas cámaras fueron instaladas en lugares no con mayor accidentalidad como se ha aplicado en algunos países desarrollados, sino que fueron instaladas en intersecciones identificadas por el alto nivel de infracciones del código vial por parte de conductores y motociclistas^[28].

Bucaramanga

Para esta ciudad la información hallada fue todavía más escasa, aunque esta razón motivó a realizar una búsqueda exhaustiva de las medidas ya encontradas en las otras ciudades para hacer más viable la comparación. No obstante, el resultado no fue tan satisfactorio.

Los datos encontrados corresponden a publicaciones en prensa local que no permiten obtener mayores detalles sobre la medida y el tiempo exacto de su implementación. Sin embargo, es pertinente mencionar que, en el año 2016, mientras las otras ciudades implementaron o tenían el proyecto de crear modernos

sistemas de foto detección electrónica, Bucaramanga ejecutaba el control del exceso de velocidad mediante radares y sensores que detectan velocidades superiores a las permitidas. Estos elementos están calibrados por personal experto, además son operados todo el tiempo por agentes de tránsito en los lugares que han sido identificados con alta accidentalidad y, algunos metros antes, los usuarios son alertados mediante señales luminosas de la presencia de estos radares, con el fin de dar cumplimiento a la normatividad vigente en el país frente a estas medidas y similares. Por los mismos reportes se dice que la medida en el tiempo se mantuvo intermitente por algunas irregularidades en su ejecución y la resistencia que presentó la comunidad ante la misma^[30].

Discusión

El propósito de esta revisión fue reconocer las estrategias definidas en materia de reducción de la siniestralidad vial discriminadas por usuario en las principales ciudades de Colombia. Para enfrentar esta problemática de salud pública es concerniente efectuar una intervención prioritaria en dos aspectos fundamentales. El primero se asocia con el impacto en el aumento del gasto derivado de la atención pre y hospitalaria de los pacientes politraumatizados y sus repercusiones en los sistemas de salud. El segundo está referido al costo social que se traduce en la pérdida o disminución de la capacidad productiva y el sostenimiento económico de la familia debido a secuelas o discapacidad, dolor, sufrimiento, pérdidas económicas incuantificables para la sociedad y años de vida potencialmente perdidos por muerte^[31].

En lo que respecta a la medida del uso del casco obligatorio encontrada en la mayoría de las ciudades, esta estrategia está bien documentada y su utilización ha sido ampliamente recomendada. Varios autores consideran que el uso del casco contribuye a una menor ocurrencia de mortalidad por LCT, otros señalan menor probabilidad de muertes por trauma craneoencefálico (TEC) y lesiones en la columna cervical para quienes utilizan la motocicleta como medio de transporte^[32,33].

Aunque con el uso masivo y tecnificado del casco obligatorio en Colombia se podría salvar la vida de más de quinientas personas que usan estos vehículos, la verdadera dificultad radica

en que los usuarios viales se sensibilicen y se acojan a la política normativa. La evidencia señala que solo el 2,8 % de los motociclistas del país utiliza un casco protector con los estándares de seguridad adecuados, existen estudios que demuestran que el primer tipo de lesión y causa de muerte en motociclistas en el país es el TEC tras un accidente de tránsito, situación que de alguna forma se habría podido evitar, o reducir su impacto, si estas personas portaran un casco certificado y que además se usara de manera correcta^[34].

Medidas como el uso de prendas reflectivas, estrategias pedagógicas para la modificación de conductas de riesgo, como el control del consumo de alcohol o sustancias psicoactivas mientras se conduce, también han sido objeto de estudio en diferentes partes del mundo, con asociaciones positivas en materia de reducción de siniestralidad^[35].

De la misma manera, la reducción de los límites de velocidad y el establecimiento de cámaras de detección electrónica han sido exitosamente utilizados en países como Noruega y Reino Unido. Estas investigaciones explican la reducción en el primer país, hasta de un 20 %, en lesiones de tránsito con heridos y menor número de siniestros y accidentalidad en vías con menor velocidad; y para el segundo país en mención también se encontró que las cámaras reducen los accidentes con heridos en un 20 % mientras que dispositivos verticales como los resaltos los reducen en un 42 %^[28].

En los resultados presentados se puede evidenciar que las acciones descritas han sido adoptadas por la mayoría de las ciudades y aunque es preciso reconocer que las cifras de accidentalidad y mortalidad por esta causa en Colombia se han reducido a lo largo del periodo, los cambios introducidos no se aprecian como significativos, porque prevalece el incumplimiento y la falta de respeto hacia las normas de tránsito y circulación, ya sea por desconocimiento o desacato intencionado de diferentes actores viales y esto frente a la escasa intervención de agentes reguladores que permitan mantener el orden y el cumplimiento de normas, también sin desconocer que el país presenta un importante debilitamiento en la gestión e institucionalización de secretarías y organismos de tránsito, que por ser entidades autónomas y descentralizadas no disponen de los recursos técnicos, financieros ni cuentan con talento humano suficiente en calidad, cantidad e

idoneidad para dirigir las acciones municipales concernientes a la movilidad^[14,15,20].

Por otra parte, el crecimiento que ha tenido el parque automotor en el país, con mayor impacto claramente en las ciudades capitales por su tamaño y composición poblacional ha incrementado proporcionalmente la congestión vehicular, las colisiones o los hechos de tránsito, así como la contaminación ambiental^[36]. Lo anterior se relaciona con el hecho de que hay encuestas de satisfacción de los usuarios acerca del transporte público que ponen de manifiesto la existencia de diferentes condiciones, como la falta de capacidad instalada con relación a la afluencia de personas del sistema, que resultan insuficientes para atender la demanda de la población. Además, las facilidades económicas que ofrecen los concesionarios para la adquisición de vehículos han significado un mayor interés de las personas por volverse acreedores de vehículos particulares y principalmente motocicletas^[37]. No obstante, este hecho no está vinculado con el cumplimiento de normas en movilidad y mucho menos con los requisitos mínimos de seguridad que establecen, por ejemplo, la revisión técnico-mecánica, porque aproximadamente el 60 % de conductores y motociclistas la evaden, así como el seguro obligatorio para la atención de víctimas de accidentes de tránsito. Esto está asociado a la falta de control operativo por disponibilidad de agentes o policías de tránsito que vigilen este tipo de conductas, asumiendo también que algunas ciudades reemplazaron la presencia en las vías de los agentes por el control y la vigilancia de cámaras y también el hecho de que algunas personas se movilizan en zonas urbanas donde existe un escaso o nulo control, por lo que aducen que no es necesario mantener los documentos al día, porque ninguna autoridad se los solicitará^[38].

Como consideraciones finales es importante resaltar que, más allá de las dificultades técnicas, financieras y operativas que se tengan en materia de movilidad, en Colombia y sus ciudades principales se han acogido importantes medidas de efectividad demostradas en todo el mundo y especialmente en países desarrollados. En ese sentido, se recomienda que se promueva la articulación y participación de diferentes entidades que se comprometan y ejerzan acciones determinantes en la intervención del problema, sobre todo que las estrategias sean duraderas en el

tiempo, tanto por los recursos que implican su implementación como por la posibilidad de su evaluación a lo largo del tiempo, que no estén condicionadas a un periodo de gobierno local que termina por influir en su continuidad. Las acciones en movilidad no pueden estar aisladas de los Planes de Ordenamiento Territorial, por lo que la infraestructura vial debe estar coherentemente planificada con el contexto territorial para alcanzar una gestión más eficiente en el ámbito de la movilidad.

Como se mencionó, el crecimiento del parque automotor es una situación que se torna sin control. Al respecto, la intervención regulatoria del Estado se basa en la búsqueda de acuerdos y negociaciones para la exportación de los vehículos producidos en el país; aun así, la legislación que regula la compra desmesurada es muy poca, por lo que sería adecuado tomar las medidas respectivas. De la misma forma, la múltiple presencia de vehículos de carga que comparten las vías con diferentes usuarios como los motociclistas, ciclistas, conductores y peatones constituye un riesgo importante en la movilidad. Así lo confirmó un estudio en el que se encontró que, a mayor presencia de vehículos pesados, mayor es la probabilidad de accidentes. Esto se asocia con el hecho de que estos vehículos transitan a menores velocidades provocando que los otros usuarios quieran adelantarse y, en ese intento, en múltiples ocasiones se producen accidentes de tránsito fatales^[39]. Por lo tanto, es prioritario regular las horas, las vías y los carriles específicos para este tipo de vehículos, además porque también aumentan de forma significativa los índices de contaminación por el estado y el modelo, que en su mayoría no son tan nuevos.

Finalmente, también se considera fundamental el mantenimiento de estrategias educativas, comunicacionales e informativas que tiendan a modificar las conductas de riesgo de los usuarios en las vías, y a generar mayor sensibilización y empoderamiento de las comunidades mediante un involucramiento activo, sumado al establecimiento de medidas no tanto sancionatorias como orientadas a preservar la vida de los habitantes, y para ello es congruente el fortalecimiento de los organismos de tránsito, la eliminación de las conductas de corrupción que se denuncian de algunos agentes y un fuerte marco regulatorio que dote de

suma capacidad resolutoria a la autoridad y su gobernanza, en los ámbitos local, regional y nacional.

Referencias

1. World Health Organization. The global burden of disease : 2004 update. World Health Organization; 2008 [citado 7 de mayo de 2022].
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la Salud en el Mundo 2003 [Internet]. 2003 [citado 22 de mayo de 2022].
3. Agencia Nacional de Seguridad Vial (ANSV). Observatorio | ANSV, estadísticas
4. Colombia. Ministerio de Transporte. Estadísticas, transporte en cifras. 2014
5. Colombia. Ministerio de Transporte. Resolución 2273 de 2014 «Por la cual se ajusta el Plan Nacional de Seguridad Vial 2011-2021 Y se dictan otras disposiciones». p. 1-6.
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. © Ministerio de Salud y Protección Social; 2013 [citado 23 de mayo de 2022].
7. Colombia. Concejo de Bogotá D.C. Acuerdo 3 de 1995 «Por el cual se dictan unas normas sobre la circulación de vehículos automotores en Santa Fe de Bogotá, D.C. y se establecen otras disposiciones»
8. Colombia. Concejo de Bogotá D.C. Proyecto de Acuerdo 24 de 2001 «Por el cual se dictan disposiciones para el adecuado uso, disfrute y aprovechamiento de los medios alternativos y complementarios de transporte en el Distrito Capital»
9. Colombia. El alcalde Mayor de Bogotá. Decreto 164 de 2007 «Por el cual se adopta la formación en seguridad vial escolar como proyecto pedagógico transversal del currículo para todas las instituciones educativas públicas y privadas de Bogotá D.C. ».
10. Secretaria Distrital de Movilidad. Plan Maestro de Movilidad Bogotá 2006. 2006 [citado 23 de mayo de 2022].
11. Secretaria Distrital de Movilidad. Visión Cero: El trabajo para salvar vidas en las calles de Bogotá. Secretaría Distrital de Movilidad. 2017 [citado 7 de mayo de 2022].
12. Alcaldía Mayor de Bogotá. Plan Distrital de Seguridad Vial 2017-2026. 2017

13. Secretaría Distrital de Movilidad. Visión Cero Bogotá. Secretaría Distrital de Movilidad. 2016
14. Concejo de Medellín. La alta accidentalidad en Medellín se convirtió en un problema de salud pública
15. Alcaldía de Medellín. Medellín: número de muertes en accidentes de tránsito y tasa por 100.000 habitantes, 2014-2019. Medellín Cómo Vamos. 2020
16. Medellín. Secretaría de transporte y Tránsito. Resolución 212 de 2004 « Por la cual, se hace exigible el uso del chaleco o chaqueta reflectiva y casco en forma permanente, para los ocupantes de los vehículos tipo moto y similares que circulan en la jurisdicción de Medellín». 2004.
17. Alcaldía de Medellín. Convenio interadministrativo 540000003 de 2006 «Convenio para la modernización y optimización de la gestión de servicios administrativos de la secretaria de tránsito de Medellín a través de una solución integral de tecnología, información, comunicaciones y operación de tecnología de información (foto detección)» [Internet]. 2006 [citado 23 de mayo de 2022].
18. Alcaldía de Medellín. Secretaría de Movilidad ganó «Premio a la mejor solución informática Computerworld» - Secretaría de Movilidad de Medellín. 2015
19. Área metropolitana del Valle de Aburrá. Acuerdo metropolitano No. 42 de 2007 «Por el cual se adopta el Plan Maestro de Movilidad para la Región Metropolitana del Valle de Aburrá.»
20. Concejo de Medellín. Acta 142 octubre 5 de 2016 «Analizar la aplicación de las foto detecciones en la ciudad de Medellín» 2016
21. 21. Alcaldía de Barranquilla. Decreto 0179 de 2006 «Por medio del cual se dictan medidas para controlar la prestación del servicio público de transporte en motocicletas de conformidad con el Decreto 2961 del 2006 expedido por el gobierno nacional». 2006.
22. Barranquilla. Metrópoli Caribe, área metropolitana de Barranquilla. Resolución 051-10 de 2010 «Por medio de la cual se establecen los criterios generales para la reorganización del sistema de transporte público colectivo en la ciudad». feb 23, 2010.
23. Barranquilla. Alcaldía de Barranquilla. Resolución 0027 de 2011 «Por medio de la cual se implementan un nuevo punto de fiscalización electrónica y establecimiento del periodo de pedagogía en el Distrito Especial, Industrial y Portuario de Barranquilla.» ago 18, 2011.

24. Barranquilla. Secretaria de Movilidad Distrital de Barranquilla. Resolución 0111 de 2014 «Por medio de la cual se reglamenta el uso, manejo y control de alcohosensores en el Distrito Especial de Barranquilla». dic 4, 2014.
25. Barranquilla. Alcaldía de Barranquilla. Decreto 1007 de 2013 «Por medio del cual se adoptan medidas para la circulación de bicicletas en vías del Distrito Especial, Industrial y Portuario de Barranquilla». nov 29, 2013.
26. Instituto de Medicina Legal Colombia. Lesiones accidentales. Colombia; 2014 [citado 23 de mayo de 2022] p. 4-34.
27. Espitia-Hardeman V, Vélez L, Muñoz E, Gutiérrez-Martínez MI, Espinosa-Vallín R, Concha-Eastman A. Efectos de las intervenciones diseñadas para prevenir las muertes de motociclistas en Cali, Colombia (1993-2001). Salud Pública México 2008 [citado 22 de mayo de 2022];50:s69-77.
28. González JF, Prada SI. Cámaras de foto detección y accidentalidad vial. Evidencia para la ciudad de Cali. Desarro Soc [Internet]. diciembre de 2016 [citado 22 de mayo de 2022];(77):131-82.
29. Alcaldía de Santiago de Cali, Secretaría de Tránsito y Transporte. En agosto, se instalarán 11 nuevas cámaras de foto detección en la ciudad. [citado 22 de mayo de 2022].
30. Vanguardia. Iniciaron las multas con radares de velocidad en Bucaramanga. 2014 [citado 22 de mayo de 2022].
31. Universidad Cooperativa de Colombia. Seguridad vial, un reto para Santander, Colombia y el mundo. 2016 [citado 22 de mayo de 2022].
32. Derrick AJ, Faucher LD. Motorcycle helmets and rider safety: a legislative crisis. J Public Health Policy. julio de 2009;30(2):226-42.
33. Ranney ML, Mello MJ, Baird JB, Chai PR, Clark MA. Correlates of motorcycle helmet use among recent graduates of a motorcycle training course. Accid Anal Prev. noviembre de 2010;42(6):2057-62.
34. Ministerio de Salud y protección social. Con el uso adecuado del casco se salvarían las vidas de más de 500 motociclistas. [citado 23 de mayo de 2022].
35. Rodríguez-Hernández JM. Medidas de prevención primaria para controlar lesiones y muertes en peatones y fomentar la seguridad vial. Rev. SALUD PÚBLICA. 2010;13.
36. RUNT. Parque automotor registrado en RUNT. 2018 [citado 23 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.runt.com.co/runt-encifras/parque-automotor>

37. Movilidad y ciudad del siglo XXI: retos e innovaciones. [citado 23 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://bibliotecadigital.ccb.org.co/handle/11520/25073>
38. Tiempo CEE. Casi el 60% de carros y motos evaden la revisión técnico- mecánica. Portafolio.co. [citado 23 de mayo de 2022].
39. Guerrero T, Espinel Y, Palacio D. Efectos de los atributos asociados a geometría vial, volúmenes vehiculares y velocidades en la incidencia de accidentes en una ciudad intermedia. Ing. Unv. 2015 [citado 23 de mayo de 2022];Vol. 19,((2)):351-7.

Atención primaria en salud: una mirada a la protección de la población en el contexto colombiano

CARLOS ALBERTO REINA BOLAÑOS¹

ANTHONY GARCÉS HURTADO²

JUAN DANYSTER MONTOYA³

¹ Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia

² Universidad Metropolitana de Barranquilla

³ Universidad Autónoma de Occidente

Resumen

La atención primaria en salud (APS) se remonta, en términos prácticos e históricos, a sus primeras concepciones y prácticas, cuando se concebía en un sentido generalizado como la lucha contra la enfermedad; no obstante, se hallan concepciones y debates en cuanto a su carácter holista. Por otra parte, como todos los productos y las prácticas humanas, la salud es el resultado de la cultura y de un contexto político y económico determinado. Así, la protección de la población es una problemática que debe ser analizada estructuralmente, puesto que la calidad depende de los desarrollos socioeconómicos, así como de las diferentes concepciones de Estado que, desde un punto de vista progresista, han evolucionado hasta concepciones de salud universal. En efecto, Colombia no ha sido ajena a las transformaciones sociales y su sistema de salud ha cambiado, dándole mayor o menor peso a la atención primaria en salud según el momento histórico por el que atraviesa. Ante los retos por los que atraviesa actualmente el Sistema General de Seguridad Social en Salud la APS, resurge como una alternativa en su redireccionamiento.

Introducción

La APS debe ser abordada desde diferentes perspectivas para comprender su desarrollo de cara al paciente; por tal motivo, se hace necesario partir desde algunas reflexiones filosóficas e históricas de la salud, en contraste con el contexto político y económico que determina, en últimas, el abordaje en salud del paciente. Ante este panorama, la enfermedad, un concepto más tangible al denotar una alteración en la relación entre el sujeto y el entorno que lo rodea, surge como forma de aproximarse al concepto de salud^[1]. Por su parte, la salud pública, entendida como la salud de la población, muestra cómo el Estado juega un papel fundamental en el condicionamiento de los patrones de conducta y sus concepciones éticas, facilitando la consolidación del poder en el terreno local^[1].

La protección de la salud de la población, entendida desde la perspectiva de la justicia social, es un término comúnmente utilizado para plantear el rumbo que deben tomar los estados modernos, al ser asociado con lo que es «bueno» para todos, premisa que presenta una carga moral e ideológica que se aborda desde una perspectiva liberal. Pasando por los planteamientos de John Rawls, en él la justicia redistributiva pretende «organizar instituciones justas y legítimas», como medio para alcanzar la mencionada justicia social^[2], hasta planteamientos actuales como el enfoque de capacidades, el cual defiende que más allá de las oportunidades con las que pueda contar un individuo, este requiere de las capacidades necesarias para poder realizar las cosas que le resultan valiosas y que, por lo tanto, contribuyan a su bienestar y libertad^[3]. Por otra parte, Martha Nussbaum^[4] plantea que trabajar y propiciar un contrato social que permita el desarrollo de las capacidades centrales del sujeto potencian el funcionamiento y las capacidades internas en las personas para que puedan desplegar su potencial como seres humanos.

No se puede dejar de lado la importante discusión que plantean Axel Honneth y Nancy Fraser sobre la justicia social redistributiva y del reconocimiento, elementos claves para entender el por qué las luchas de clase por la igualdad económica, que están

siendo desplazadas y que a su vez pueden influir en el acceso a la protección social tanto por el reconocimiento como por la distribución de recursos. Concretamente, Honneth plantea que debe existir una relación recíproca entre sujetos: reconocer al otro y ser reconocido por él. Taylor adopta una teoría neohegeliana que reivindica la política de la diferencia, la política de la identidad, pero circunscritas en las teorías de la justicia social^[5]. Por su parte, Fraser evidencia la necesidad de analizar el problema desde una bidimensionalidad y combinación de la justicia social redistributiva con la justicia del reconocimiento. Así, una de las características de la desigualdad es según Fraser que: «está cosificando identidades colectivas y en la medida en que desplaza la política de redistribución, puede estar promoviendo, en realidad, la desigualdad económica»^[5,6].

Por otro lado, el anclaje de estas teorías nos sirve para mantener un debate sano en términos de las necesidades de los usuarios del servicio de salud, la ontología de la misma y la concepción utilitarista sobre las libertades concebidas como bienes de consumo, aspecto importante para superar. «En salud se ha planteado que esta posición se expresa en la decisión de focalizar sólo en los que están peor, pero no es así. La focalización en los más pobres o en poblaciones priorizadas resulta de una posición utilitarista. Por el contrario, se trataría de avanzar en la definición explícita de servicios de atención y prevención necesarios para la vida humana, como propone Daniels, o de un mínimo decente de «bienes esenciales» en salud, como propone Fried»^[6].

Métodos

Se realizó una revisión no sistemática del tema, con el fin de responder las preguntas sobre cuáles son las políticas públicas y cuál es el marco normativo en cuanto a la protección de la población en el contexto colombiano en la atención primaria en salud. Posterior a este rastreo, se realizó lectura de los documentos, de acuerdo con su pertinencia para responder la pregunta esbozada y se fueron integrando a los documentos sus aspectos clave, con el fin de darle forma a la revisión.

Resultados

A partir del breve recorrido conceptual sobre la justicia social y sus tipos, es relevante hablar del contexto político y económico que hizo posible la mayor participación del Estado en sectores claves como la educación y la salud; puesto que luego de la gran depresión de los años 30 la idea de justicia social de orden redistributivo cobró especial relevancia económica y política, razón por la cual se dieron propuestas como la de John Maynard Keynes, en 1936, quien en su Teoría General del Empleo, el Interés y el Dinero defiende la política económica encaminada a incrementar el gasto público para estimular la demanda agregada y de esta forma lograr que por las fuerzas del mercado aumenten la producción, la inversión y el empleo^[7], estableciendo las bases del New Deal impulsado por Franklin D. Roosevelt y los Estados de bienestar que encontraron el entorno ideal para su desarrollo.

Durante el período de 1933 y 1980 acontecen diferentes tipos de sucesos como el desarrollo de la medicina social, la creación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), tríada ecológica que inspira la prevención de la enfermedad, el modelo canadiense de los determinantes sociales en salud a partir de los estudios sobre inequidades que inician con el informe Black, solo por mencionar algunos. Estas circunstancias fortalecen este modelo de Estado y promueven la garantía de todos los derechos sociales a los integrantes de la nación como objetivo rector. Surgieron, entonces, propuestas de gran importancia en términos de salud pública, como la APS promulgada en Alma Ata en 1978 o la declaración de Ottawa en 1986. La APS tal como se promulgó en Alma Ata tiene una perspectiva amplia o integral, por lo cual su énfasis es ser una «estrategia de organización de los sistemas de atención a la salud y la sociedad para promover la salud»^[8].

Es importante mencionar que durante la presidencia de Jhon F. Kennedy se creó, en el seno de la Organización de Estados Americanos (OEA), la Alianza para el Progreso (1963-1970), el cual fue un proyecto económico y social reformista que los EE.UU impulsaron para contrarrestar los proyectos revolucionarios en toda América y que consistía en impulsar el desarrollo económico y social en materias como educación y salud; Alianza que se vio limitada con el asesinato de Kennedy y el enfoque militar de la cooperación^[9]. En este período se sientan las bases

para empezar con la cada vez mayor liberalización de las economías latinoamericanas, entre ellas la colombiana, que para ese entonces contaba con un Sistema Nacional de Salud enfocado en el subsidio a la oferta, es decir, la mayoría de los recursos iba destinado a la red de hospitales públicos^[10].

A partir de la década de 1980 se presentan marcadas dificultades en el entorno económico latinoamericano, caracterizadas por el aumento en el precio del dólar y el colapso de las exportaciones de materias primas. Mediante el Consenso de Washington en 1989 se formularon una serie de reformas económicas basadas en una lógica de mercado de apertura y de disciplina macroeconómica del control de las finanzas públicas del Estado, con el objetivo de lograr efectos económicos, políticos y sociales positivos^[11].

Con esta nueva lógica de mercado quedan atrás los Estados de bienestar y con ello las propuestas en salud pública anteriormente mencionadas. Se permite la competencia entre organismos públicos y privados, buscando separar las funciones de prestación, financiación y regulación en lo que se conoce como *pluralismo estructurado*^[12]. La separación de funciones que le corresponden al Estado y al mercado en términos de salud, se resumen en lo que en América Latina se conocen como *las funciones esenciales en salud pública*, que son las funciones que el mercado no puede asumir y que, por lo tanto, son responsabilidad del Estado. Esto se ve reflejado en lo que se conoce como *APS selectiva*, que «fue diseñada para mejorar las estadísticas de salud, pero abandonó el enfoque de Alma Ata, centrado en la equidad social y el desarrollo de sistemas de salud»^[8]. Esta versión de la APS restringe su accionar a la focalización de grupos prioritarios en salud y sus factores de riesgo, siendo la versión más altamente difundida e implementada en el mundo.

Antecedentes de la APS en Colombia

Colombia no fue ajeno a los cambios en el entorno económico y político. Las promotoras rurales de salud en Colombia fueron una intervención en salud pública con un modelo de atención en las comunidades, al que luego algunos le atribuyeron una anticipación de lo que sería la APS llevada a cabo por Abad Gómez en la Universidad de Antioquia en 1958 o las lideradas en la Uni-

versidad del Valle como el Programa de Investigación en Modelos de Prestación de Servicios de Salud (PRIMOS), el Centro de Investigaciones Multidisciplinarias para el Desarrollo (CIMDER) y, particularmente, el Programa de Investigación y Desarrollo de Sistemas de Salud (PRIDES)^[13].

A partir de la Ley 100 de 1993 que cambia el sistema de salud colombiano, siguiendo las nuevas demandas del entorno, y crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS, poco se vuelve a hablar de APS, y se limitan a acciones de baja complejidad según la lógica del sector institucional, en el cual se concibe la APS como la puerta de acceso a los servicios de salud para la población, haciendo especial énfasis en el nivel primario de atención y el redireccionamiento oportuno de pacientes con patologías de alto costo^[14].

Por tanto, la atención primaria en salud, un tema controversial desde su nacimiento dadas sus múltiples interpretaciones e intereses, es reconocida como una estrategia que busca mejoras sostenibles en la salud de toda la población, pero cuyas implementaciones se han adaptado a las circunstancias sociales, económicas y políticas de cada país en que se ha desarrollado^[8]. La APS, como fue concebida inicialmente, presentó diferentes tipos de dificultades para su implementación en la mayoría de los estados, incluido el colombiano, más aún luego de la década del noventa cuando se incluye la mencionada Ley 100. En este nuevo panorama, la APS queda en un segundo plano frente a los planteamientos de la cobertura universal en salud^[15], por el cual el máximo nivel de aseguramiento poblacional se convierte en el objetivo primordial de los sistemas de salud.

Aquí es importante resaltar que, puesto que la APS no tuvo su origen en América Latina, no se ha desarrollado una interacción plena con las comunidades indígenas, por tanto, la APS es un concepto aún ajeno en la medida en que se desprende de una tradición occidental, aunque su nacimiento también se ubica en China.

Por otra parte, las prácticas indígenas impactan en el modelo de salud colombiano, lo que ha sido también objeto de estudio, pues, como menciona Cardona Arias: «Su importancia en la salud humana ha sido ampliamente referida en la literatura por varias razones: 1) presencia en comunidades con problemas en la prestación de servicios de salud institucionalizados, 2) mayor

disponibilidad y asequibilidad, 3) ventajas económicas en los países en vía de desarrollo, 4) seguridad, eficacia y calidad de sus recursos terapéuticos, 5) permite un trabajo más integrador con la comunidad, 6) ofrece la resolución de enfermedades desde una praxis menos dañina, y 7) mejora la cobertura de asistencia médica»^[16].

En efecto, el trabajo en salud y propiamente en la APS debería integrar a la población por medio de nuevos censos con enfoque diferencial, resolver y tratar la enfermedad desde la prevención y las dinámicas de la población. Justamente parte de la problemática de la salud con respecto a la cosmovisión y el modo de vida indígena en Colombia es el difícil acceso a este derecho fundamental y la satanización o estigmatización de las prácticas tradicionales obviando la integralidad y los principios holistas que la visión de las comunidades puedan aportar, además de la inclusión en el sistema fuera de la vías mercantilistas. Como menciona Cardona Arias: «El Sistema Médico Tradicional Indígena rebasa algunas de las funciones que convencionalmente se asignan al saber médico en el contexto de la sociedad occidental, en la medida que responde a la enfermedad como un problema holístico, lo que permite un trabajo en el cual se integra el indígena, su familia y la comunidad, según la gravedad de la enfermedad, en armonía con los recursos naturales y espirituales»^[16].

Por consiguiente, desde la perspectiva occidental la APS puede excluir la visión familiar en la prevención de la enfermedad o la interacción con el entorno, a su vez que puede desconocer los cambios naturales producto del ingreso de nuevas formas de mercado en el territorio. Aunque carecen de condiciones dignas, una generalidad en las comunidades indígenas en Colombia es el diálogo y sentir frente a las relaciones consigo mismo y el resto parte del reconocimiento de las causas y la posible solución a la enfermedad.

Otros aspectos relevantes para resaltar acerca del aporte de las comunidades indígenas son los siguientes: 1) es un elemento clave para el mantenimiento del arraigo cultural a través de la aprehensión de saberes ancestrales, 2) contiene un elevado conocimiento sobre etnobotánica y las formas en que la naturaleza (sus plantas y sus espíritus) restablece el equilibrio de los hombres con el entorno físico y el mundo espiritual, y 3) enfatiza en la importancia de la palabra de quien ejerce el arte de curar por

medio de rezos que abogan por la recuperación de la salud de las personas, la armonía física, mental y espiritual de los indígenas y el bienestar de las comunidades^[16].

Así pues, las poblaciones indígenas poseen saberes importantes que aún no se han sabido aprovechar al máximo, entre otras causas, por el ordenamiento jurídico. A pesar de que existe protección en algunos aspectos para los pueblos indígenas por sus mismas luchas, la Ley 100 ya mencionada olvida el carácter holista de la salud impuesto por las comunidades indígenas, lo que se opone a sus diferentes culturas, entre otras cosas por el abandono del Estado como lo señala Yalanda M: «Fruto de las luchas de los pueblos indígenas, pero muy especialmente de los del Cauca, el Estado y sus gobiernos han tenido que legislar en materia de salud pública, creando normas y leyes para los pueblos indígenas que a veces nos protegen, pero también en ocasiones van en contra de nuestros usos y costumbres. En términos de salud, la Ley 100 de 1993 desestructuró muchos de los alcances que logró el Movimiento Indígena en cuanto a la atención de salud de las comunidades»^[17].

Los ejemplos en términos de la desigual distribución de la tierra en Colombia y sus efectos abundan, sin embargo, son necesarios para la comprensión del panorama y el reconocimiento del sufrimiento del otro y la incapacidad del sistema de salud por brindar soluciones, acompañamiento e interacción con las mejores opciones de atención en salud para las comunidades indígenas y campesinas.

Como testimonio de este abandono en la atención en salud, una de las personas que nos pudo dar claridad en el asunto fue una comunera de la vereda La María Baja, quien narra su vida cuando estuvo en embarazo, padecía de hepatitis y fue curada con plantas. Cuando estaba en embarazo fue atendida por la partera de la vereda de Camilo Torres quien, en el proceso del parto, evidenció que el bebé tenía el ciclo completo, pero nació muerto, no se supo por qué, solo cuenta que el bebé botó sangre por la boca y por la nariz. El abandono también se evidencia en los datos que arroja un reporte de comunidades campesinas que vivían como empleados de las fincas, sin derecho de acceso a tierra y menos a la atención en salud. Estos hechos eran frecuentes en estas regiones; por esta razón, los campesinos también entran en el censo sin discriminación^[17].

Otro elemento que se presenta como obstáculo cultural es la deshumanización impuesta por los dominadores como parte de la herencia colonial^[18], jerarquía que aún perdura socialmente y en el imaginario de las poblaciones saqueadas. En este sentido, parte del trabajo es denunciar los estereotipos y prejuicios que impiden la atención en salud.

La responsabilidad de ser promotor de salud implicaba llevar al comunero para que pudiera recibir su tratamiento, les tocaba colocar plata de su bolsillo para que el paciente fuera atendido y con un buen trato de parte del médico. En aquella época, los médicos solían tratar mal a la gente, no eran conscientes de la situación en que habitaban y eran rechazados. En palabras textuales, los médicos decían: «las comunidades indígenas huelen mal, son muy cochinos, son muy sucios»^[17].

La salud en la cosmología indígena se ha visto, como hasta aquí se ha expuesto, afectada por la normatividad, producto a su vez de una cultura y un sistema que presenta un racismo estructural. Vale la pena mencionar el trabajo que ha costado la obtención de un puesto de salud para el resguardo La María. «Mediante la información recogida por los promotores de salud, surge la necesidad de construir un puesto de salud con los recursos de transferencia, entre otros recursos. Gracias a los procesos de lucha, en 1998, el Resguardo, mediante la primera toma de la vía Panamericana donde hubo heridos, logra estructurar su primer puesto de salud dentro del territorio»^[17].

En efecto, la individualización y la poca recolección de información, además de la poca inversión, generan graves problemas de salud, puesto que muchas enfermedades no pueden ser tratadas por la medicina tradicional y sus herramientas. Esto no quiere decir que no sea valiosa, pero sí existe un acuerdo en que los dos enfoques deben convivir para una mejor prevención de enfermedades en el territorio. A lo anterior se le suma la problemática ambiental ligada a la desigualdad territorial y que a su vez afecta la cosmovisión indígena en torno a los tratamientos recibidos por los sabios, puesto que su entorno ha sido también reducido y en muchos casos destruido.

Anteriormente, el resguardo contaba con poca población y grandes extensiones de tierra, de aproximadamente 12 o 15 hectáreas de tierra por familia (1960), de siete o más herederos. Ahora, la tierra se ha dividido por el crecimiento poblacional de 2967

personas (2017), el área de habitar es de plaza, media hectárea, dos o tres hectáreas de tierra por familia, y los núcleos conformados por 3 o 5 hijos y más. Las necesidades han aumentado y parece ser que no cambia el panorama de mejores condiciones de vida. El aumento poblacional ha ocasionado que la población habite en los espacios resguardados para el Pishimisak y, a pesar de que los sabios conserven pequeñas o grandes extensiones de bosques, no parecen despertar el respeto por la naturaleza.^[17]

Otro elemento que cabe resaltar es que, a diferencia de lo que se piensa, muchas de las enfermedades de las comunidades indígenas, campesinas y afros son originadas por la desatención del Estado, como se mencionaba, y por la incursión de químicos y biológicos en los cultivos y territorios de las poblaciones como el glifosato, los herbicidas y demás.

Cabe mencionar que el acueducto vereda Acuamabé del río Los Quingos no cuenta con un sistema de tratamiento de agua, es decir, que los comuneros están tomando agua entubada que por lo general llega a sus casas con microorganismos vivos. Esto generó que los niños estén con constantes parásitos intestinales y que se aceleren las enfermedades diarreicas.^[17]

Así, las prácticas de salud con el entorno han ido desapareciendo, el plástico era poco usado por las comunidades, pero con la entrada de la globalización, y por la falta de atención y saneamiento, ello se ha convertido en un problema ambiental. Hay que agregar que en Colombia existe una dimensión dedicada a la salud ambiental por parte del Ministerio de Salud; por medio de esta se propone reducir las brechas de desigualdad en el acceso a agua potable, por ejemplo, pero depende mucho de la implementación en las administraciones locales.

La implementación de la APS, teniendo en cuenta el contexto multicultural del país, es pensada para incluir el enfoque diferencial, de acuerdo con la Ley 1438, para reconocer las diferencias étnicas, de género, discapacidad y condiciones de vida como el desplazamiento forzado presente en los programas visitados.

La APS luego de la reforma al sistema de salud colombiano

Luego de que se impulsó el aseguramiento en los sistemas de salud, quedó de manifiesto que las dificultades en cuestiones de inequidad y de calidad de atención no lograron ser resueltas con

esta nueva lógica, lo cual trajo consigo manifestaciones de inconformidad por parte de la población^[12]. En este contexto, en el 2007 se plantea la APS Renovada, la cual es una forma de fortalecer los sistemas de salud, redireccionándolos de tal forma que la atención de la salud de las personas sea mucho más cercana^[8]. Otros aportes fueron el de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud en el que la APS es presentada como núcleo de los sistemas de salud y el del Informe Mundial de OMS de 2008 de «La APS hoy más necesaria que nunca». Son iniciativas que respaldan la necesidad de introducir la APS como componente de los sistemas de salud, entre ellos el colombiano.

La reglamentación estatal en cuanto al cumplimiento de la estrategia de APS no es clara desde la mencionada Ley 100 hasta el año 2007, cuando la APS se formula como una estrategia central en la Ley 1122 de reforma al sector salud y se crean «los modelos de atención primaria». Posteriormente, en el año 2011 es reglamentada mediante la Ley 1438 sin rutas claras aún para su implementación. Finalmente, es tomada como base para la creación del Modelo Integral de Atención en Salud MIAS y la Política de Atención Integral en Salud PAIS, siendo la estrategia Pase a la Equidad en Salud la herramienta para que los territorios pueden formular Planes Territoriales de Salud acordes al modelo, por los que la estrategia APS adquiere un carácter de obligatoriedad en el ámbito nacional con responsabilidad del Estado y de sus instituciones. Este tipo de implementación de la APS es afín con el enfoque de atención primaria^[8], el cual se centra en la operativización de la atención para el mayor conjunto de la población con énfasis en la medicina familiar.

En el 2018, 40 años después de la declaración sobre atención primaria de salud en Alma-Ata, La Declaración de Astaná deja de manifiesto cómo la APS puede ser un camino para alcanzar la cobertura universal en salud, por la que los países miembros de la OMS se comprometen a fortalecer sus sistemas de atención primaria de la salud como paso esencial para lograr este objetivo, dejando de manifiesta la necesidad de garantizarle el derecho fundamental a la salud a toda la población^[16].

En el 2019, el MIAS fue derogado en la Resolución 2626 de 2019, con la cual el país adopta el Modelo de Atención Integral Territorial (MAITE), modificando así la Política de Atención Integral en Salud. A pesar de los logros del MIAS, sus avances en el

contexto nacional fueron desiguales entre territorios y dentro de estos. El objetivo con este nuevo modelo operativo y de gestión del PAIS es implementar las acciones de APS directamente en los territorios con enfoque de salud familiar y comunitaria a través de la generación de acciones entre las autoridades territoriales sanitarias, las aseguradoras, la población y todos los actores del sistema, buscando el mismo fin del MIAS, que la población goce plenamente del derecho fundamental a la salud^[19].

Actualmente y gracias al esfuerzo de múltiples sectores, el SGSSS colombiano cuenta con la Ley estatutaria 1751 del 2015, que elevó a la salud a categoría de derecho fundamental que debe ser garantizado por parte del Estado. Esto se suma a los múltiples compromisos en temas de salud adquiridos por la nación como los contenidos en los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en especial el número tres «Salud y Bienestar». Estas responsabilidades son un reto para el actual SGSSS, cuyas capacidades pueden llegar a verse dobladas al tratar de resolver dificultades estructurales relacionadas con el desarrollo social colectivo de la salud, la orientación a la equidad, la inclusión entre los actores y el medio, la necesidad de impulsar políticas públicas saludables y el trabajo interdependiente con el resto de los subsistemas sociales^[20]. Por consiguiente, la APS puede ser un medio para cumplir estos compromisos y resolver las dificultades estructurales del sistema en el marco del reconocimiento de las cosmovisiones de los pueblos originarios y en articulación con el nuevo MAITE, que es la política del gobierno para implementar la Ley Estatutaria 1751 del 2015.

Conclusiones

La frontera entre la elección de intervenciones en salud pública efectivas y su elección por criterios de rentabilidad económica, como en la APS selectiva, suele confundirse y dejar en segundo plano el objetivo primordial de la salud pública, el cual gira en torno al fomento y la protección de la salud de la población. Las evaluaciones de la efectividad son una herramienta que permiten la mejora continua de las intervenciones en un contexto de alta incertidumbre como es el caso de las intervenciones de la APS; sin embargo, su aplicación debe hacerse de conformidad con la

realidad social a la que se enfrenta cada territorio, en especial los municipios con bajas capacidades de gestión.

La renovación de la atención primaria en salud y las acciones llevadas por el Estado colombiano frente a ella pueden ser la oportunidad de recuperar los principios de los sistemas de salud enfocados en la garantía de los derechos sociales más que en la rentabilidad de los sistemas de mercado, facilitando la implementación de esta estrategia en los diferentes territorios, en los grupos sociales más vulnerables y teniendo en cuenta las cosmovisiones de los pueblos originarios, con quienes se tiene una deuda histórica en salud, deuda que requiere ser saldada para llevar una vida digna en un Estado social de derecho.

El desarrollo de una APS renovada que, siendo occidental, no sea colonizadora de las prácticas en salud propias de las diferentes regiones y culturas del país pasa también por la concepción de justicia social que tiene el Estado en su carta magna, lo cual lleva a retomar aspectos esenciales de los postulados teóricos alrededor de la justicia social en términos redistributivos como también del reconocimiento. Es necesario comprender lo redistributivo desde un redireccionamiento de los recursos del sistema de salud encaminados a fortalecer la APS y hacerla el eje central del mismo, que permita garantizar igual acceso efectivo a la salud a la población desde sus territorios. En cuanto a la mirada desde el reconocimiento, las acciones deben profundizar la garantía de los derechos de todos los grupos sociales, políticos y culturales en el marco del acceso a la atención en salud; ya que es en este punto donde se observa que el Estado no ha garantizado el derecho a la salud desde sus propias cosmovisiones a la población indígena, campesina y afro del país.

En consecuencia, falta mucho para que la atención en salud sea integral y diferencial, holista y con perspectiva ambiental. Las comunidades son abiertas siempre y cuando exista un reconocimiento cultural, político, social y económico por parte del Estado colombiano; en esa medida, es menester continuar en el trabajo por la recuperación del territorio y la memoria, la atención preventiva en salud desde las diferentes cosmovisiones, el respeto por los derechos humanos y la interacción de saberes como una amalgama única de conocimiento para el bien humano y de todos los seres a nuestro alrededor.

Referencias

1. Kalusa WT. From an Agency of Cultural Destruction to an Agency of Public Health: Transformations in Catholic Missionary Medicine in Post-Colonial Eastern Zambia, 1964–1982. *Social Sciences and Missions*. 2014;27(2-3):219-38.
2. Arias-Valencia S. Epidemiología, equidad en salud y justicia social. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2017;35(2):186-96.
3. Cejudo Córdoba R. Capacidades y libertad: una aproximación a la teoría de Amartya Sen. 2007.
4. Martha N. Crear capacidades. Propuesta para el desarrollo humano. 2012.
5. Fraser N. La justicia social en la era de la política de identidad: redistribución, reconocimiento y participación. *Revista de trabajo*. 2008;4(6).
6. Hernández-Álvarez M. El concepto de equidad y el debate sobre lo justo en salud. *Revista de salud Pública*. 2008;10:72-82.
7. Keynes JM. Teoría general de la ocupación, el interés y el dinero: Fondo de cultura económica; 2014.
8. Morales LG, Humberto Blanco J. Sobre la renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2007;22:292-3.
9. De Salazar ECL. La Alianza para el Progreso, su marco histórico y sus principios. *Universitas Humanística*. 1985;24(24).
10. Castaño Tamayo RA, Giedion U, Morales Sánchez LG. Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud: Cepal; 2001.
11. Martínez Rangel R, Reyes Garmendia ES. El Consenso de Washington: la instauración de las políticas neoliberales en América Latina. *Política y cultura*. 2012(37):35-64.
12. Apráez Ippolito G. La medicina social y las experiencias de atención primaria de salud (APS) en Latinoamérica: historia con igual raíz. *Polis Revista Latinoamericana*. 2010(27).
13. Franco-Giraldo Á. El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2015;33(3):414-24.
14. Dmytraczenko T, Almeida G. Hacia la cobertura universal en salud y la equidad en América Latina y el Caribe: Evidencia de países seleccionados: The World Bank; 2017.

15. Torres-Lagunas M. La Atención Primaria de Salud de Alma-Ata a Astaná, hacia la Cobertura Universal. *Enfermería universitaria*. 2018;15(4):329-31.
16. Cardona Arias JA. Vínculo entre mestizaje y salud en un sistema médico de una comunidad indígena Colombiana. *Revista cubana de salud pública*. 2013;39:651-64.
17. Yalanda Yalanda M. *Nacer, vivir y luchar en el territorio: relatos de resistencia y vida comunitaria en torno a las prácticas de la salud intercultural en el resguardo indígena Guambiano de La María (Piendamó, Cauca)*. 2020.
18. Restrepo E. *Inflexión decolonial: fuentes, categorías y cuestionamientos*: Editorial Universidad del Cauca; 2010.
19. Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). Resolución 2626.
20. Paredes-Chacin AJ, Marín-González F, Martínez-Cueto K, Inciar-te-González A, Luque-Narvaéz L. Retos del sistema general de seguridad social y salud: prospectiva para el desarrollo social en la Costa Atlántico de Colombia. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2019; 45: e936.

**Tercera parte.
Propuestas de política
pública en salud (PPS)
en apoyo a la Ruta de
Revisión Documental (RRD)**

Articulación de estrategias territoriales bajo el Manejo Social de Riesgo (MSR) en Colombia

IVÁN ARROYAVE¹

¹ Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia

Resumen

El Manejo Social de Riesgo (MSR) es una estrategia para articular las políticas de protección social, implementada normativamente en Colombia, que integra acciones formales (del Estado o del mercado) e informales, y se enfoca en ofrecer oportunidades para que los actores sociales aumenten su capacidad para manejar los riesgos. En este capítulo se formula un modelo de articulación de políticas públicas territoriales basado en un levantamiento de procesos que se apoya en el MSR, la teoría general de sistemas y el modelo del ciclo administrativo. Una vez reestructurados, los procesos se organizan en torno a las estrategias de reducción, mitigación y superación del riesgo que se concatenan según la afectación del riesgo sobre personas y familias, y tomando como base la promoción social en que se articulan los procesos de naturaleza más colectiva. Se presenta como quedaría el trabajo en una unidad administrativa de bienestar anónima y se explica lo realizado. Y a modo de apéndice se presenta una propuesta para un modelo nacional de gestión de la Protección Social basado en MSR.

El concepto de protección social

El concepto de *protección social* se encuentra con frecuencia en investigaciones y reportes, principalmente europeos, desde los años ochenta. Es común que al definir el término se use la noción de *seguridad social*, y aunque en realidad la protección social es un concepto más amplio, se utiliza a veces como sinónimo de seguridad social o de asistencia social, o como referencia al conjunto de estas dos^[1].

El concepto de protección social no es sencillo de precisar, ya que existen diversos factores que contribuyen, en mayor o menor grado, a la satisfacción de las necesidades humanas^[2]. Sin embargo, en la búsqueda de una definición general, se toma como base la evolución del concepto de bienestar social y su aplicación en el llamado estado de bienestar^[3]. La crisis económica de 1929 y la situación tras la Segunda Guerra Mundial pusieron en evidencia los efectos de la desigualdad, la pobreza y el paro recurrente de los sistemas económicos. Esta situación estaba presente y se conocía desde antes, pero el concepto de bienestar social adquiere significado con la aplicación de las medidas políticas del llamado modelo de estado de bienestar, adoptado principalmente por países occidentales que tenían como motivación central el bienestar de sus ciudadanos^[4]. El concepto de bienestar social está estrechamente vinculado con el de desarrollo, y debe ser válido para cualquier sociedad^[5]. El grado de bienestar no puede ser visto como algo permanente, sino como algo sujeto a mejoras, y su medición no puede hacerse por un indicador o una medida única, dado que existen diversas formas de alcanzar determinado nivel de bienestar. Para ello deben tenerse en consideración tanto los aspectos objetivos (las situaciones sociales de hecho) como los aspectos subjetivos (la percepción de bienestar-malestar)^[6].

El bienestar social puede ser entendido como el estado en el cual la sociedad, y no solamente una parte de esta, consigue satisfacer todas sus necesidades fundamentales de forma perdurable^[7]. Se puede considerar que la protección social es el conjunto de instrumentos utilizados por el Estado para promover y mejorar este bienestar^[8]. La protección social constituye, de esta forma, un mecanismo que trata de minimizar los efectos negativos generados por el sistema económico que margina una parte de la población^[9]. Compartiendo esta misma visión se de-

fine la protección social como todas las actividades (del Estado) destinadas a aligerar las cargas que representan para los hogares e individuos una serie determinada de riesgos o necesidades, siempre que no haya un acuerdo simultáneo ni recíproco ni individual, y que debe incluir: (i) enfermedad y atención sanitaria; (ii) invalidez y atención de las personas con disminución de sus capacidades físicas o psíquicas; (iii) prestaciones económicas en servicios relacionados con la vejez; (iv) ayudas económicas de supervivencia al grupo familiar; (v) familia e hijos, servicios de atención o ayudas económicas; (vi) sostenimiento por medio de auxilios económicos para los desempleados; (vii) financiación de la vivienda; (viii) provisión de renta y otros servicios relacionados con la lucha contra la exclusión social^[10].

Manejo Social de Riesgo (MSR) como estrategia de protección social

Holzmann y Jørgensen delinearon una nueva visión de la protección social y la definieron como «intervenciones públicas para: (i) asistir a personas, hogares y comunidades para mejorar su manejo del riesgo y (ii) proporcionar apoyo a quienes se encuentran en la extrema pobreza». Los principales instrumentos del marco de MSR son las estrategias, los sistemas y los actores.^[11]

Las estrategias de manejo de riesgo comprenden estrategias de reducción, estrategias de mitigación y estrategias de superación de eventos negativos. Las estrategias de prevención se aplican antes de que se produzca el riesgo, con la finalidad de reducir la probabilidad de que ocurra. Las estrategias de mitigación también se aplican antes de que se produzca el riesgo, pero con la finalidad de reducir su potencial repercusión en caso de materializarse. Las estrategias de superación buscan aliviar el impacto del riesgo una vez que se ha producido^[11].

En esta visión ampliada de protección social se da énfasis al doble papel que desempeñan los instrumentos de manejo del riesgo: se protege la subsistencia básica y al mismo tiempo se promueve la disposición a asumir riesgos. Se centra específicamente en los pobres, ya que son los más vulnerables a los riesgos y habitualmente carecen de instrumentos adecuados para manejarlos, lo que les impide involucrarse en actividades más atrevidas, pero

a la vez de mayor rentabilidad, que les permitirían salir gradualmente de la pobreza crónica^[12].

En el enfoque asumido sobre el MSR se llama vulnerabilidad a la probabilidad de ser afectado por un riesgo de cualquier naturaleza y, en este sentido, está vinculada con la capacidad de enfrentar los riesgos. La vulnerabilidad puede originarse en condiciones permanentes —como la ancianidad, la discapacidad o la pobreza estructural— o deberse a condiciones transitorias como la dependencia durante la niñez, el desplazamiento forzoso o la caída drástica de ingresos por crisis económica^[13].

El término *Riesgo* en este marco conceptual hace referencia a eventos negativos que amenazan el ingreso y bienestar de los hogares. Las fuentes de riesgo pueden ser naturales (por ejemplo, inundaciones) o resultar de la actividad humana (por ejemplo, inflación provocada por la política económica)^[14].

En este marco, el Sistema de Protección Social (SPS) consiste en intervenciones públicas para asistir a las personas, hogares y comunidades para mejorar su manejo del riesgo (MSR) y proporcionar apoyo a quienes se encuentran en la extrema pobreza. El SPS se fundamenta en la participación del Estado, la sociedad civil y el sector privado en las medidas públicas. Integra las medidas informales (arraigadas en la cultura) y de mercado (contratos) que erigen barreras de protección social^[11].

El Banco Mundial y múltiples organismos internacionales que trabajan en la formulación y el análisis de la política social han corregido, ampliado y adoptado una nueva visión de la protección social y el riesgo, todos ellos haciendo énfasis en la doble tarea que desempeñan estos instrumentos de manejo del riesgo ya que protegen la subsistencia básica y al mismo tiempo promueven la disposición a asumir riesgos, en busca de un desarrollo sostenible^[15].

Familia como unidad de análisis

En la familia se transmiten las costumbres, los valores y en general la cultura. Las familias tienden a establecer estrategias de subsistencia y a desarrollar redes de apoyo cuando se presentan necesidades y carencias^[11].

La Declaración Universal de Derechos Humanos de las Naciones Unidas reconoce que «la familia es el elemento natural y

fundamental de la sociedad y que tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado»^[16]. La pobreza, el desempleo, la falta de oportunidades, el aislamiento y la marginación afectan profundamente la vida familiar, generando problemas de comunicación, disgregación, violencia, alcoholismo, drogadicción, entre otros problemas sociales, fuerzas negativas que muchas veces terminan por desintegrarla^[17].

Dando por hecho que la pobreza se transmite como herencia social, la familia, en cuanto pilar de la sociedad y ámbito primero del proceso de socialización, es el espacio social donde se produce, reproduce y materializa la pobreza^[18]. Para superar la pobreza el MSR prioriza una acción integral dirigida a la familia. La propuesta de las redes de protección social consiste en generar una acción multidimensional que provea a la familia de activos físicos, financieros, humanos y sociales que corten de plano y desde su raíz el ciclo reproductivo de la pobreza^[19].

SPS en Colombia

Entre los factores que se tienen como antecedentes para la implementación del SPS en Colombia bajo el MSR están: la recesión económica (desempleo, pérdida económica), el incremento de la violencia social y política (maltrato, homicidios, desplazamiento) y la necesidad de articular los programas existentes y establecer unos nuevos de asistencia social^[20].

El marco legal del SPS en Colombia ha sido establecido por la Ley 789 de 2001 según la cual «se constituye 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».

Articulación de políticas públicas territoriales

El modelo de gestión propuesto en este trabajo se basa en los siguientes paradigmas:

- Manejo Social de Riesgo (MSR)
- Teoría General de Sistemas (TGS)
- Ciclo administrativo (PHVA)

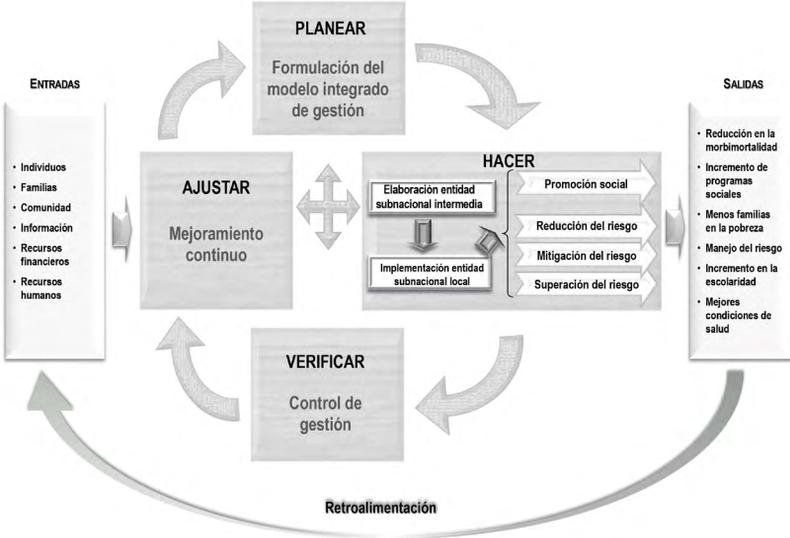
Además, de acuerdo con lo planteado en la primera parte de este documento y según el enfoque de la gestión del MSR, los diferentes procesos clave que favorecen la implementación del modelo se clasifican en:

- Reducción del riesgo
- Mitigación del riesgo
- Superación del riesgo

El primer paso del proceso de articulación consiste en identificar y mapear los procesos introduciendo el esquema general de la TGS y el ciclo administrativo e identificando los insumos y productos de cada programa o proyecto, y en éste dar cuenta de los procesos clave del MSR.

Es importante aclarar que el primer paso en la formulación del modelo de gestión, esquematizado en la figura 1, implica una especie de «disección» de los procesos, actividades y tareas de cada programa o proyecto, para identificar elementos susceptibles de ser articulados en otros subprocesos, muchas veces nuevos, haciendo una recomposición que permita componer en el paso siguiente nuevos procesos articulados en función de un abordaje de MSR (figura 2). Y en el marco de cada uno de estos procesos bien caracterizados se debe elaborar un nuevo cuerpo de subprocesos (programas y proyectos) que pueden resultar ya sea de uno de los programas y proyectos existentes y «depurados» o de actividades que hayan sido identificadas al agrupar en un nuevo subproceso o, incluso, de necesidades identificadas que no eran parte anteriormente de ningún programa o proyecto.

Figura 1. Articulación entre la teoría general de sistemas (TGS) y el ciclo administrativo (PHVA) (21)



Fuente: Modificado a partir de «Capítulo 4. Indicadores para seguimiento y monitoreo del Modelo de gestión de las estrategias MANA, APS y AIEPI. En: El modelo de gestión basado en las experiencias MANA, APS y AIEPI en el marco de la Protección Social». Convenio Cooperación Técnica COOP-008-2006 entre Gobernación de Antioquia-Dirección Seccional de Salud de Antioquia & Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS. ISBN: 978-958-98506-4-0. Medellín, Antioquia, 2008

Formulación y planteamiento del modelo de gestión

A partir de la experiencia de una unidad administrativa de bienestar social de una ciudad de Colombia, se reconstruyeron los procesos utilizando este mismo modelo. Una de las más importantes ventajas que puede obtenerse de esta reorganización está en la etapa de promoción social, pues se observó que en cada programa se repetía la caracterización de grupos familiares y po-

tenciales beneficiarios, un reproceso enormemente costoso para la entidad territorial y agotador y desmotivador para las comunidades. Además, no había una etapa explícita de concertación. Estos dos puntos se introducen en la estrategia de promoción social del MSR.

Luego de ello se organizan los procesos de una manera progresiva (aunque concurrente) que podrían exponerse en términos simples, así:

En la reducción de riesgo se articularon los procesos de los diferentes programas en los que la unidad administrativa puede actuar en colectivos más o menos grandes o en la atención a la comunidad de manera que se compartan habilidades para adelantarse a los riesgos que pueden afectar la salud y el bienestar.

En la Mitigación del riesgo se articulan los procesos y subprocesos orientados a usuarios y familias con riesgos específicos en los que hay que hacer intervenciones generales para evitar que los riesgos a los que están expuestos generen mayor daño.

En cuanto a la superación del riesgo están las acciones de más alto nivel de especialización orientadas a rehabilitar el daño principalmente en personas muy vulnerables en las que fracasaron las estrategias de reducción y mitigación del riesgo.

Obsérvese que para cada uno de los niveles de intervención (reducción, mitigación y superación del riesgo) existe una creciente vulnerabilidad en la población objeto de los programas, y por tanto un mayor nivel en la complejidad en la intervención que se da progresivamente en grupos cada vez más concretos (comunidad, familia, individuo), con acciones cada vez más puntuales.

Justamente lo que se pretende con esta articulación es mejorar los indicadores de entrada y de salida como se sugieren en la figura 1, y cuyo diseño también está más detallado en el modelo de gestión formulado.

Tabla 1. Formulación del modelo de gestión en una unidad administrativa de bienestar social

| Procesos | Subprocesos | |
|-----------------------|--|--|
| Promoción social | Caracterización de grupos familiares y potenciales beneficiarios | <ul style="list-style-type: none"> • Selección de las áreas de cobertura y de las familias sujeto • Divulgación de la política pública de protección social por medio de la visita familiar • Focalización y seguimiento de la población sujeto • Monitoreo y validación de la información |
| | Concertación | <ul style="list-style-type: none"> • Socialización y comunicación de la información • Acuerdo social de los proyectos con las comunidades |
| Reducción del riesgo | Fomento de habilidades para la vida | <ul style="list-style-type: none"> • Desincentivo del uso de sustancias psicoactivas • Acciones pedagógicas y de contextualización sociocultural • Fomento de ocio productivo • Buen vivir en familia • Por una vida más digna • Servicios sociales complementarios para el adulto mayor • Atención preventiva para un envejecimiento exitoso |
| | Acción social intersectorial | <ul style="list-style-type: none"> • Proyectos productivos sociales • Instauración de ambientes favorables |
| | Reorientación de los servicios sociales | <ul style="list-style-type: none"> • Asistencia para la orientación preventiva de los servicios sociales • Gestión local de estrategias costo-efectivas para la recuperación • Fortalecimiento de redes de apoyo social |
| Mitigación del riesgo | Reducir limitaciones de acceso a los servicios sociales | <ul style="list-style-type: none"> • Formación en deberes y derechos • Acceso y orientación de los servicios sociales • Unidades móviles para sensibilización y captación en calle de NNA |
| | Fortalecimiento de los servicios sociales | <ul style="list-style-type: none"> • Institucionalización de estrategias costo-efectivas para la recuperación • Prestadores de servicios sociales con calidad |
| | Complementación alimentaria | <ul style="list-style-type: none"> • Complementación alimentaria mujer gestante y lactante • Complemento alimentario primera infancia • Restaurantes escolares para la infancia y la adolescencia • Complemento alimentario en comunidad al adulto mayor |
| | Subsidios a población pobre y vulnerable | <ul style="list-style-type: none"> • Subsidio directo al adulto mayor • Apoyo económico para la población adulta mayor • Subsidio económico directo a discapacitados |

| Procesos | Subprocesos | |
|-----------------------|---|---|
| Superación del riesgo | Atención especializada de niños, niñas y adolescentes | <ul style="list-style-type: none"> • Hogares de paso • Casas de afecto • Hogares sustitutos • Atención psicosocial en crisis a NNA • Responsabilidad penal para adolescentes |
| | Asistencia a la población adulta mayor | <ul style="list-style-type: none"> • Atención de adultos mayores en estado de abandono • Intervención en calle • Red institucional • Dormitorio social |
| | Habilitación y rehabilitación para discapacitados | <ul style="list-style-type: none"> • Banco de aditamentos • Estimulación temprana • Atención domiciliaria • Terapias alternativas de rehabilitación • Atención a niños y adolescentes con discapacidad cognitiva • Rehabilitación funcional y ocupacional |
| | Atención a otros grupos vulnerados | <ul style="list-style-type: none"> • Atención a población en emergencia • Atención y orientación a la población desplazada • Atención al adulto indigente con limitación física y mental |
| | Rehabilitación social | <ul style="list-style-type: none"> • Recuperación nutricional • Reintegro familiar • Resocialización e inclusión social |

Fuente: elaboración propia.

Conclusiones

Modelo de gestión de la protección social en el ámbito nacional basado en el MSR

Los sistemas de manejo del riesgo pueden ser clasificados en tres, según su nivel de formalidad: sistemas informales, sistemas de mercado y sistemas provistos y ordenados por el sector público. Los actores en el manejo del riesgo van desde los individuos, los hogares, las comunidades, las ONG, las instituciones de mercado, los gobiernos hasta las organizaciones internacionales y la comunidad mundial en general^[11].

En el ámbito nacional la implementación del modelo social de riesgo nunca se materializó completamente y se quedó más bien en enunciados. En su momento se crea en Colombia un Ministerio de Protección Social que articula y abarca la salud y el trabajo con la seguridad social. Pero en general se ignoraron los demás actores que participan de la protección social de acuerdo con el MSR^[22].

La siguiente tabla incorpora un modelo organizativo de la protección social de acuerdo con el modelo de MSR^[11] que podría ser implementado en el ámbito nacional, por ejemplo, mediante una ley orgánica de descentralización de la protección social según el modelo empleado en la Ley 715 de 2001, en la que se establecen de manera congruente: (i) funciones y competencias de cada uno de los actores en cada nivel y (ii) mecanismos de financiación públicos —fiscales, parafiscales— y privados; tanto obligatorios como discrecionales, y (iii) responsabilidades de todos los actores involucrados.

El SPS busca reducir la vulnerabilidad de la población ante los riesgos a través de mecanismos de aseguramiento y asistencia social, que se alcanzan por transferencias directas (subsidios a la demanda) e indirectas (subsidios a la oferta) a los hogares para que puedan superar la pobreza.^[22] El Sistema de Seguridad Social está financiado por contribuciones (recursos parafiscales), mientras que la asistencia social está definida como beneficios monetarios financiados por el Estado por medio de recursos fiscales y de carácter no contributivo. El objetivo de la seguridad social es asistir a los individuos para que manejen el riesgo de mejor forma y el objetivo del componente de asistencia social es evitar la pérdida de capital humano y no poner en peligro capacidades futuras para generar ingresos, y está dirigida a la población vulnerable, niños sin familia, pobres crónicos, ancianos no pensionados, discapacitados, desplazados^[1].

El esquema general sería de esta naturaleza, en el cual los espacios vacíos son aquellos en que se podrían reglamentar y organizar los procesos y subprocesos con la misma lógica de la sección anterior en el nivel territorial, y determinar la financiación y las competencias en cada uno de los procesos y subprocesos en cada nivel por cada uno de los actores del SPS.

Tabla 2. Esquema integral del modelo de gestión basado en MSR

| Niveles de formalidad | Actores | Estrategias | | |
|--|-----------------------------------|--|-----------------------|----------------------|
| | | Mitigación del riesgo | Superación del riesgo | Reducción del riesgo |
| Público | Nivel supranacional | Entidades multilaterales | | |
| | Nivel nacional | Nación | | |
| | Nivel subnacional | Departamentos y distritos | | |
| | | Municipios | | |
| | | Poblaciones indígenas y minorías | | |
| De mercado | Prestadores de servicios sociales | Prestadores públicos | | |
| | | Prestadores privados | | |
| | Sector del aseguramiento | Aseguradores de la seguridad social | | |
| | | Otros aseguradores | | |
| Otras organizaciones del sector privado (Responsabilidad social empresarial) | | | | |
| Informal | Tercer sector | Economía solidaria | | |
| | | ONG y demás organizaciones no lucrativas | | |
| | Comunidad | Organizaciones de la sociedad civil | | |
| Grupos de interés | | | | |
| | | Familias e individuos | | |

Referencias

1. Machuca MÁM-G. Protección social, seguridad social y asistencia social: Universidad de Sevilla; 2004.
2. Páez PN, Buitrago JD. Necesidades humanas y política social. *Revista Republicana*. 2017(22).
3. Kanchoo V. Social protection and welfare state building: fast and slow lessons. 2019.
4. Collado JdDI, Torres R. Estado y sistemas de bienestar: Ediciones Académicas; 2010.
5. Dorlach T. The causes of welfare state expansion in democratic middle-income countries: A literature review. *Social Policy & Administration*. 2021;55(5):767-83.
6. Jaramillo M. Mediciones de bienestar subjetivo y objetivo: ¿complemento o sustituto? *Acta Sociológica*. 2016;70:49-71.
7. de Pedro G, Esther M. El Estado del Bienestar. Presupuestos éticos y políticos: Universitat de Barcelona; 2001.
8. Fleury S, Molina CG. Modelos de protección social. Washington, DC Banco Interamericano de Desarrollo BID, Instituto Interamericano para el Desarrollo Social INDES. 2000.
9. Feinstein O. Evaluación pragmática de políticas públicas. ICE, *Revista de Economía*. 2007(836).
10. Rossi PH, Lipsey MW, Henry GT. *Evaluation: A systematic approach*: Sage publications; 2018.
11. Chavez MEP. Metodología para la evaluación social de proyectos de inversión pública para la construcción. 2003.
12. Castillo LAR. Avances, retos y oportunidades de la nueva lógica de MSR. *Gerencia y Políticas de Salud*. 2003;2(5).
13. González ML. El manejo social del riesgo y de las vulnerabilidades de los hogares en Colombia. 2001.
14. Núñez PT. ¿Qué es un niño?: una visión desde el Derecho Internacional Público. *Revista española de educación comparada*. 2003(9): 13-47.
15. Rojas Gómez PL. Enfoque de riesgo en salud pública: Una revisión técnica crítica de la literatura.
16. Malagón-Londoño G, Morera RG, Laverde GP. *Garantía de calidad en salud*: Ed. Médica Panamericana; 2006.
17. Moreno P. Concepto de marginación social. *Psicología de la marginación social; concepto, ámbitos y actuaciones*. 2001:67-101.

18. Gutiérrez AB. Pobre'... como siempre: estrategias de reproducción social en la pobreza: Eduvim; 2015.
19. Males PJ, Sorio R. Redes de protección social. 2013.
20. Vega-Vargas WM. Transformaciones en la protección social en Colombia. 1946-1993. Bogotá D.C.: Universidad Nacional de Colombia - Sede Bogotá; 2010.
21. Gobernación de Antioquia - Dirección Seccional de Salud de Antioquia - DSSA, OPS/PAHO OPdIS-. Capítulo 4. Indicadores para seguimiento y monitoreo del Modelo de gestión de las estrategias MANA, APS y AIEPI. Propuesta del Modelo de gestión basado en las experiencias MANA, APS y AIEPI en el marco de la Protección Social. Medellín2008.
22. Posada España K. Estructura administrativa del sistema de la protección social en Colombia. 2008.

Apropiación social del conocimiento en políticas públicas en salud (PPS): de la academia a los actores sociales

IVÁN ARROYAVE¹

SANDRA TRUJILLO²

NATALIA TRUJILLO¹

¹ Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia

² Universidad del Rosario

Resumen

En esta propuesta de política se plantea un modelo de apropiación social del conocimiento en políticas públicas en salud desde la universidad, en el que el sustrato académico son las políticas públicas mientras que el eje articulador es la apropiación social del conocimiento. En este capítulo se presenta un recorrido histórico por las políticas públicas en salud, su implementación y la manera en que los distintos componentes, orientados desde la académica, contribuyen en la articulación de los procesos. Se formula esta integración en dos dimensiones: las misiones sustantivas universitarias y otras estrategias innovadoras y probadas de transformación en la sociedad del conocimiento. Finalmente, se puntualizan los aspectos operativos del modelo orientados a incidir en las políticas públicas en salud con requerimientos y enfoques de políticas públicas en salud desde la universidad.

Introducción

En este capítulo se parte de la política pública entendida como las decisiones acerca de unas metas y los medios para alcanzarlas^[1]. Y se entiende como ciclo de vida de las políticas públicas el proceso integral conformado por: origen, formulación, implementación, evaluación, análisis y reformulación o reestructuración^[2]. El origen de toda política pública tiene lugar cuando un problema pasa a ser considerado prioritario por el Estado, es decir, cuando pasa de ser solo un problema socialmente considerado. La fase o etapa de formulación corresponde al proceso mediante el cual el Estado ensaya distintas alternativas, recibe presiones, negocia con los actores con poder y finalmente llega a una decisión. La implementación se refiere a la desagregación de esta decisión en términos de medidas específicas y su correspondiente ejecución por parte de la administración pública. Seguidamente, la evaluación consiste en constatar en qué medida la acción del Estado ha producido determinado tipo de efectos o de impactos y si la política pública fue exitosa o no y por qué. El análisis busca dar explicación a lo que ha sucedido y la última etapa corresponde a la reformulación como paso final del proceso integral^[2]. En adelante nos concentraremos en discutir el rol de la de apropiación social del conocimiento (ASC) en políticas públicas en salud (PPS) desde la universidad (ASC-PPS) en la fase de implementación.

A pesar de los distintos sentidos del concepto de implementación, se le puede definir como un estadio de acciones concretas que tienen el objeto de mitigar una problemática para la cual fue formulada una política pública. Estas acciones se generan a partir de un marco de intenciones y discursos tanto explícitos como implícitos^[1]. Estudiosos de la implementación de políticas públicas han observado y propuesto varios enfoques que tienden a desarrollarse como modelos normativos de implementación^[3]. Estos modelos constituyen el lazo entre el proceso de decisión de una política y su proceso de ejecución. Una primera diferenciación ya clásica de los modelos los organiza en dos categorías de arriba-abajo y de abajo-arriba. En los primeros se privilegia la construcción de la política guiada por herramientas deriva-

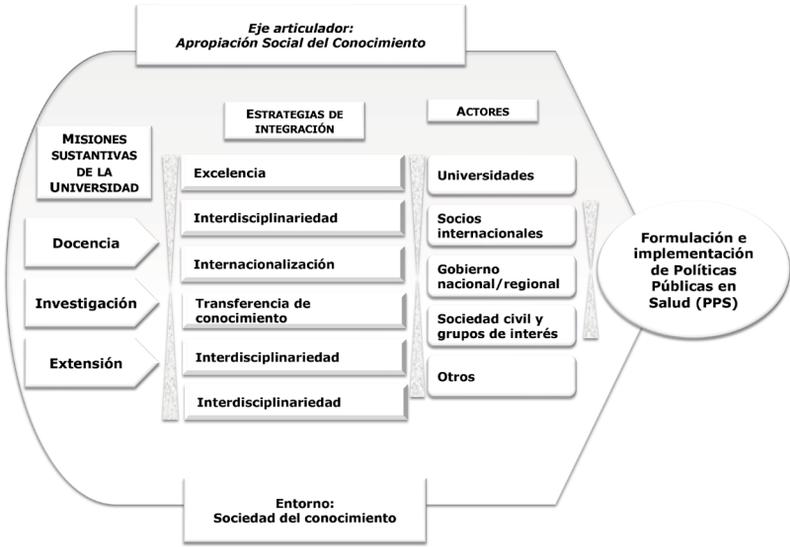
das de la arquitectura de procesos y el control detallado de los subprocesos, lo que conducirá a las acciones esperadas^[4]. Sin embargo, en la actualidad se privilegia el llamado enfoque «de abajo hacia arriba». Según esta concepción se trata de partir de los comportamientos concretos en el nivel donde existe el problema para construir la política pública poco a poco, con reglas, procedimientos y estructuras organizativas por medio de un proceso ascendente, o por retroceso, en vez de descendente^[5]. Históricamente los modelos que se inspiran en esta última categoría se desarrollaron como enfoques críticos o alternativos frente a las deficiencias y a la ineficiencia de implementación que presentan los enfoques tradicionales arriba-abajo.

Esquemmatización del modelo

El modelo ASC-PPS se enfoca en la excelencia, la interdisciplinariedad, así como en importantes y probadas estrategias de transformación en la sociedad del conocimiento como son la virtualidad^[6], la internacionalización^[7] y la ASC^[8]. En la figura presentada a continuación se ilustran las misiones sustantivas de las universidades públicas, las cuales se sintetizan en proveer formación, generar nuevo conocimiento y proyección social hacia las comunidades y el sector empresarial. Cada una de estas misiones se integran en acciones concretas que se encaminan hacia la comunicación de conocimientos y el uso eficiente de los mismos.

La ASC-PPS parte del ejercicio investigativo para la obtención de nuevo conocimiento, pero no se limita a ello. El propósito fundamental de esta es que el estudio de las PPS esté directa y claramente dirigida a promover resultados de política pública en salud para países que, como Colombia, se alinean con el marco de la cooperación internacional y que propendan, a su vez, por construir redes con otros países de América Latina.

Figura 1. Mapa conceptual de la articulación del modelo ASC-PPS



Fuente: elaboración propia.

Nota: el eje principal sigue un loop y se alimenta y retroalimenta en todas las etapas de construcción de la política en una interrelación compleja.

Estrategias de integración

Excelencia académica

El eje de la labor docente en este modelo es la formación de profesionales con un fuerte entrenamiento en investigación y ASC^[9]. Es de destacar que, para asumir el desafío de mejorar las condiciones de salud de la población apoyados en la evidencia, la tarea debe asumirse, como se mencionó previamente, por investigadores formados y en formación, así como por clínicos y administradores de los diferentes campos de las ciencias de la salud y disciplinas afines (como demografía, epidemiología, ciencias sociales) o contribuyentes (como la estadística o la economía). Un verdadero compromiso para mejorar las condiciones de salud de los colombianos implica aprendizaje, investigación, y modelos de política con planes operativos para su uso en el entorno.

La excelencia académica^[10] de corte multidisciplinar y científico es crucial en la estructuración de los planes de acción políticos. En este sentido, se ha propuesto favorecer la planeación basada en la evidencia desde un proceso de experimentación, confrontación y dialogo, en contraposición con las estrategias puramente discursivas. Se ha reconocido que el alcance de la excelencia implica aunar esfuerzos institucionales e individuales en procura de generar objetivos interconectados que permitan el avance y la fluidez del conocimiento al interior de los espacios académicos^[11].

Interdisciplinariedad

La salud pública es una disciplina de consolidación relativamente reciente, y en la que confluyen ciencias de la salud (como medicina, odontología, psicología), sociales y humanas^[12]. La salud pública también se sirve de variedad de técnicas cualitativas y cuantitativas para la identificación de eventos de interés como tasas de mortalidad, riesgos relativos a las mismas, o para explorar fenómenos emergentes a partir de la reconstrucción discursiva de los integrantes de una comunidad^[13]. En este contexto, se soporta el desarrollo de las PPS en el marco de la evidencia científica y el reconocimiento de las practicas territoriales, aunado a la representación de los imperativos éticos por medio de los cuales se espera devolver a las comunidades un elevado espíritu de pluralidad. Se ha constatado que se favorece la construcción interdisciplinaria con la pertenencia a equipos de trabajo, el entusiasmo, la accesibilidad, la motivación, las asignaciones en el puesto de trabajo, los objetivos, roles y la familiaridad con los actores^[14].

Internacionalización

La internacionalización implica un trabajo bidireccional, pues no es solo acoger enseñanzas de otras latitudes, es contribuir de modo recíproco con las entidades asociadas. En este sentido, se promueve el desarrollo de la ciencia, la tecnología y la innovación con el objetivo estratégico de generar conocimiento científico y tecnológico de calidad internacional y con pertinencia social, buscando que el beneficio mutuo y potencialmente el aporte a otros países cobre pleno sentido en el marco de la ASC^[15].

En este modelo se apunta a generar un aumento de la movilidad internacional, así como mayor participación de fuentes de financiación internacionales y cooperación científica en la investigación y la transferencia del conocimiento. Para ello es fundamental el uso de las estrategias aportadas por la diplomacia científica. Esta área de trabajo, teóricamente liderado por expertos en relacionamiento internacional, busca el avance de la ciencia a partir de la discusión sistemática de los objetivos globales, nacionales, regionales y locales, con el fin de proponer estrategias de cooperación, financiación, innovación y formación de recurso humano^[16]. La diplomacia científica se ampara en acuerdos de voluntades y políticas vigentes y propende por el desarrollo de convenios de cooperación que incluyan planes operativos para viabilizar la ejecución de las propuestas derivadas del marco de la cooperación. Como parte de las estrategias para desarrollar esto es importante establecer vínculos transnacionales con investigadores y funcionarios no académicos de otros países.

Un ejemplo relevante al respecto, aunque en otra área de conocimiento, es la Organización Europea para la Investigación Nuclear (CERN^[17]), en la cual confluyen intereses comunes de múltiples países en la búsqueda de analizar temáticas asociadas a la energía, con desarrollos científicos de alto impacto, en conjunto con patentes, innovaciones tecnológicas, formación académica, entre otros. Por lo anterior, se hace énfasis en la importancia del relacionamiento internacional estratégico como un elemento clave para el desarrollo científico y con un potencial impacto en la ASC-PPS a través de los resultados directos de investigación (e.g. artículos científicos) y de los recursos derivados (e.g., patentes, desarrollo tecnológico, intervenciones).

Virtualidad

Como herramienta clave de innovación pedagógica y didáctica, la virtualidad es invaluable y desde 2020 ha alcanzado un rol protagónico a partir de los confinamientos y restricciones que se presentaron durante la pandemia por COVID-19. Plataformas como Moodle, Zoom, Google Meet y las herramientas que brinda la Web 2.0^[18] han sido paulatinamente integradas como instrumentos de trabajo para su uso en la construcción de cursos de capacitación virtual y en la ASC, por medio de actividades

de divulgación e interacción participativa, para mantener interlocución con otros actores del sistema involucrados^[6]. Las posibilidades que ofrece el entorno virtual en el ámbito académico al modelo ASC-PPS son crecientes: portales con información institucional, boletines digitales, foros virtuales, plataformas de educación a distancia, videoconferencias, bibliotecas digitales, páginas de internet de libre acceso, servicios a la comunidad, divulgación de informes científicos, implementación de proyectos de desarrollo sobre la base de nuevas tecnologías, etc.^[19], en los cuales la telefonía inteligente ha provisto de herramientas y portabilidad que brindan un impulso enorme a la virtualidad.

Los entornos interactivos permiten no solo mejorar el ejercicio docente sino también implementar un elemento diferenciador para la comunicación y transferencia en medios virtuales e interactivos, tanto para investigación y consultoría como para la ASC. En este sentido, la comunicación debe incorporar en el mediano plazo la virtualidad y el autoaprendizaje con investigadores en formación, docentes de la institución o pares de otras entidades, instituciones asociadas del país y el exterior, entidades gubernamentales, decisores políticos, empresas, ciudadanos, grupos de interés y en general todos los actores involucrados en la sociedad del conocimiento.

Salud pública basada en la evidencia (SPBE)

Un concepto crucial para hablar de las intervenciones en salud pública es el de evidencia, esto es: el cuerpo de hechos o la información disponible que indica si una creencia o proposición es verdadera o válida^[20]. Las intervenciones de salud pública están destinadas a promover o proteger la salud o prevenir problemas de salud en las comunidades o poblaciones^[21], a diferencia de las intervenciones clínicas, que están destinadas a prevenir o tratar la enfermedad en los individuos. Sin embargo, la evidencia a la que se asocia el enfoque médico y de salud pública es significativamente diferente. Mientras que en la perspectiva médica^[22] se estableció una categorización de niveles de evidencia sobre la efectividad de las intervenciones clínicas recomendadas, en salud pública —al abordar intervenciones a nivel poblacional, que incluyen en su mayoría el establecimiento o modificación de po-

líticas públicas en un contexto no experimental— se requiere un marco de referencia específico para valorar los diferentes tipos de resultados obtenidos^[16].

En la actualidad, parece haber consenso en que este enfoque de la SPBE busca tomar decisiones mediante la mejor evidencia (cuantitativa y cualitativa) disponible, la cual tiene por convención la revisión por pares académicos con experiencia comprobada en el área o metodología abordada y en la que se utilizan de manera sistemática datos y sistemas de información, se aplican marcos de referencia teóricos para programar y planificar acciones, y se las evalúa involucrando a las comunidades en este proceso y en la toma de decisiones; buscando además difundirles lo aprendido a los actores claves y a los encargados de las políticas públicas^[23].

De esta forma, como producto de un ciclo complejo de observaciones, teorías y experimentos, se aceptan tres tipos de evidencia. La evidencia tipo 1 para la práctica de la salud pública define las causas de las enfermedades y la magnitud, la gravedad y la evitabilidad de los factores de riesgo y las enfermedades. Sugiere que algo se debe hacer sobre una enfermedad en particular o un factor de riesgo. La evidencia tipo 2 describe el impacto relativo de intervenciones específicas que hacen o no mejorar la salud, añadiendo lo que debe hacerse. Y la evidencia Tipo 3 muestra cómo y en qué condiciones contextuales se implementaron las intervenciones y la forma en que se recibieron, reportando cómo se debe hacer algo. Desde esta perspectiva, para adaptar y aplicar una intervención basada en la evidencia en un entorno o población, la información requerida se agrupa en cinco dominios relacionados con las características de la población objetivo de la intervención (como el nivel educativo y la historia de la salud); las variables interpersonales; las variables organizacionales (por ejemplo, una fuerza laboral capacitada, liderazgo de la agencia que implementa el programa de salud pública); las normas sociales y la cultura que moldean muchos de los comportamientos de salud y las políticas y fuerzas económicas^[23]. De ese modo, ante las problemáticas de salud-enfermedad de las poblaciones, tres preguntas fundamentales requieren ser resueltas: ¿Se debe tomar una acción pública para solucionar un determinado problema de salud (basada primariamente en evidencia tipo 1)? ¿Qué acción debería ser tomada (basada primariamente en evidencia tipo 2)?

¿Y cómo puede una política o un programa en particular ser más efectivamente implementado y evaluado?^[24]

A nivel local, regional, nacional e internacional, las problemáticas de salud-enfermedad de las poblaciones están siendo analizadas por los decisores políticos que tienen la responsabilidad de asignar recursos cada vez más limitados, establecer prioridades y elaborar políticas sobre cuestiones públicas. Para ello, se requiere información confiable que dé cuenta de las diferentes alternativas de intervención existentes, sus costos, impacto y efectividad para alcanzar los objetivos de salud deseados, por lo que la evidencia arrojada por la SPBE juega un papel trascendental para favorecer que la priorización e inversión se ajuste a aquellas medidas que han probado ser más eficaces y efectivas.

En este sentido, la información disponible sobre el alcance y la calidad de las estrategias de salud pública interesa de manera directa a los profesionales de la salud que se encargan de implementar las intervenciones; a las poblaciones que se verán afectadas por las mismas y que asumen una parte activa en el establecimiento de las políticas públicas —desde el ejercicio del voto hasta la conformación de organizaciones para promover o evitar la formulación de políticas específicas— así como a los investigadores de salud que requieren evaluar el posterior impacto de los programas desarrollados o las estrategias implementadas^[23].

Lo anterior indica que la evidencia obtenida a partir de la SPBE no solo atañe a asuntos profesionales y técnicos; sino que adquiere un matiz ético que implica la necesidad de efectuar evaluaciones claras, veraces y responsables, que deriven en información sólida en un proceso en el que median fuertes intereses políticos y económicos y que afecta los determinantes de la salud de poblaciones enteras. En este sentido, un estudio en esta línea sugiere que los ensayos clínicos controlados que demuestran ser efectivos no deben ser considerados como evidencia suficiente para la implementación a escala de intervenciones en salud pública, por cuanto se debe integrar información contextual que ha demostrado tener un rol central en el éxito o fracaso de una intervención de una comunidad a otra^[25].

En general los procesos y las estrategias que conducen a la utilización del conocimiento basado en la evidencia son múltiples y variados^[26] y pueden separarse en dos ciclos: producción de conocimiento basado en la evidencia y formulación de acciones

sobre los hechos conocidos^[8]. El modelo ASC-PPS implica, por tanto, la consideración de la evidencia derivada de los estudios que soportaron el desarrollo de la PPS, la cual se constituye en insumo esencial para la toma de decisiones.

Transferencia del conocimiento

En el modelo ASC-PPS las decisiones relativas a la resolución de problemas sociales propende por avanzar hacia el uso rutinario de la evidencia científica^[27]. Esto se ha manifestado en la aparición en las últimas décadas de nuevos enfoques como la ASC, que para el área de la salud ha sido definida como «el intercambio, la síntesis y la aplicación éticamente sólida de conocimientos —dentro de un sistema complejo de interacciones entre investigadores y usuarios— para acelerar la captura de los beneficios de la investigación a través de mejora de la salud, los servicios y productos más eficaces, y un sistema de salud fortalecido»^[28].

Para este modelo sería factible, paralelamente, abordar la segunda fase de la transferencia tras la recolección de la evidencia, la formulación de acciones con la evidencia disponible, al tiempo que se genera nuevo conocimiento. Esto ofrece nuevos desafíos porque, si bien la experiencia sobre intervenciones de política obtenida de otros países es una importante contribución, se ha evidenciado que realmente ninguna estrategia es eficaz en todas las circunstancias^[28]. Sin embargo, se han identificado condiciones que fomentan la transferencia del conocimiento: la percepción entre los usuarios potenciales de que el cambio propuesto vale la pena^[29]; la congruencia con las necesidades, los valores y las creencias de los usuarios^[30]; las características del modelo de cambio; el apoyo para la implementación y el liderazgo^[30]; la participación de los usuarios en las actividades de investigación^[31]; el desarrollo de recomendaciones explícitas para la acción^[32]; y la disponibilidad de recursos.

En todos estos elementos es muy importante destacar el valioso papel de la ASC por parte de la comunidad, ya no tratada como grupo objetivo sino como sujeto de derechos. Además, es fundamental el papel que juegan en esta etapa de la política las técnicas cualitativas de investigación; estos aspectos difícilmente pueden ser abordados sin abrirse a categorías emergentes y otros posibles abordajes que nos brindan técnicas como la fenome-

logía, la teoría fundada, el interaccionismo simbólico, la etnografía o la teoría crítica^[33].

Prácticas de ciencia abierta

La difusión del conocimiento es un objetivo del modelo ASC-PPS en sí. Por esta razón, la ciencia abierta es un contribuyente básico para la consecución de sus metas. El trabajo cooperativo abierto en tal sentido involucra a los actores del conocimiento mediante interacciones reales, asimilando la retroalimentación y las sugerencias de los actores, para comprender mejor por qué medios se puede contribuir a mejorar las condiciones de salud de las comunidades. Un principio organizador importante y el objetivo final de este modelo es, además de la participación de los ciudadanos, la sociedad civil y los usuarios finales, proporcionar hojas de ruta de políticas para abordar de manera más eficiente aspectos como la carga de las enfermedades y las desigualdades en salud.

La ASC, entonces, procura cerrar la brecha de conocimiento entre académicos y otros actores involucrados en las PPS, mejorando el acceso en términos de ciencia abierta para la comprensión de las implicaciones de las PPS en el bienestar de la población. Esto está respaldado por un intercambio sistemático de conocimientos, para generar transformaciones sociales mediante la participación de los actores interesados, la contribución a la formulación de políticas, el control social y la mejora de la gobernanza, la transparencia y la rendición de cuentas.

En aras de un intercambio abierto de investigaciones, este modelo se postula diseminar los hallazgos y estudios en el ámbito académico por medio de publicaciones y congresos y otros eventos académicos. Además, los documentos y publicaciones derivadas del trabajo colaborativo deben dirigirse no solo a la sociedad del conocimiento sino también a otros investigadores empleando herramientas de crowdsourcing.

Por otra parte están las vías de ASC dirigidas a las partes interesadas (decisiones políticas y actores sociales): (i) documentos de política (policy briefs) y resúmenes ejecutivos con publicaciones o borradores adjuntos útiles para afrontar los retos que ofrecen las PPS abordadas; (ii) abogacía, entendida en el modelo como movilización social a favor de determinadas PPS; (iii) estrate-

gia de medios y empleo de los recursos institucionales de difusión; (iv) sólida estrategia de ASC en redes sociales para todos los públicos objetivos, en parte aquellas para la difusión de la investigación y el conocimiento (Research Gate, WordPress, Wikipedia, *ResearchBlogging.org*, Kudos, Pints of Science, FameLab, Scientists), pero también otras redes sociales de amplia divulgación que permiten presentar información a las partes interesadas, creando grupos de interés o replicando en perfiles altamente consultados por potenciales interesados, como Twitter, Facebook, YouTube, y otras en las que recientemente, más allá de las usuales temáticas puramente triviales, hay cada vez más contenidos de interés científico o social, como TikTok o Instagram.

Conclusiones

El modelo ASC-PPS procura fortalecer el trabajo en las PPS por medio de varias líneas de acción: (i) integrar las posibilidades técnicas que ofrece la investigación; (ii) incorporar docentes e investigadores en formación de pregrado y posgrado interesados en PPS en trabajos de investigación colaborativos; (iii) fortalecer con los aportes del modelo los currículos de diferentes cursos en pregrados, especializaciones, maestrías y doctorados para aprovechar el beneficio generado por las investigaciones, la extensión y la formación de investigadores en PPS en Colombia; (iv) fomentar la interdisciplinariedad y el mutuo apoyo entre técnicas cuantitativas y cualitativas de investigación en el estudio de las PPS; (v) apoyar la implementación de convenios de colaboración con socios internacionales; (vi) generar transferencia del conocimiento mediante la articulación de los proyectos y productos de investigación generados con estrategias nacionales o regionales orientadas a mejorar las condiciones de salud de los colombianos; (vii) formular estrategias para que la producción de investigación, docencia y extensión en políticas pueda ser transferida y comunicada en un entorno virtual e interactivo a investigadores en formación, docentes, otras entidades comprometidas, decisores políticos, actores sociales, etc.

Finalmente, se ha propuesto centrar el trabajo de este modelo en la transferencia del conocimiento con la aspiración de incor-

porar en la agenda de los gobiernos nacionales y territoriales la preocupación por mejorar las condiciones de salud de los colombianos entre los diferentes estratos socioeconómicos según los lineamientos de la OMS.

Referencias

1. Meny, Y., J.-C. Thoenig, and F. Morata, *Las políticas públicas*. 1992: Ariel Barcelona.
2. Salazar-Vargas, C., *Public Policy Analysis and Evaluation (La Evaluación Y El Análisis De Políticas Públicas)*. 2010.
3. Morata-García de la Puerta, B. and Blázquez-Vilaplana, B. *La implementación de las políticas públicas: modelos analíticos y el papel de la administración pública*. in *Análisis de políticas públicas*. 2005. Universidad de Granada.
4. Peristeras, V. and K. Tarabanis, *Towards an enterprise architecture for public administration using a top-down approach*. *European Journal of Information Systems*, 2000. 9(4): p. 252-260.
5. Guzmán Mendoza, C.E. and N. Angarita Escolar, *Las políticas públicas*. *Cuaderno de notas*. 2015: Universidad del Norte.
6. Davini, C., et al. *Formación de «tutores para el aprendizaje en red» y en «diseño de programas y materiales educativos para el aprendizaje en red» campus virtual de salud pública*, OPS/OMS. in *VIII Congreso Internacional de Informática en la Salud. II Congreso Moodle Salud*. 2010.
7. Jaramillo, I.C., *La Internacionalización de la Educación Superior y su dinámica en Colombia*, in *LCSHD paper series Department of Human Development*. 2003, The World Bank: Latin American and the Caribbean Regional Office.
8. Graham, I.D., et al., *Lost in knowledge translation: Time for a map?* *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 2006. 26: p. 13-24.
9. Uribe, C., *Universidad de investigación*. 2011.
10. Salas Perea, R.S., *La calidad en el desarrollo profesional: avances y desafíos*. *Educación Médica Superior*, 2000. 14: p. 136-147.
11. Elton, L., *Dimensions of excellence in university teaching*. *The International Journal for Academic Development*, 1998. 3(1): p. 3-11.
12. Curbelo, T., *Fundamentos de salud pública*. Cuba. La Habana.: Editorial Ciencias Médicas, 2004: p. 607-681.

13. García González, R., *Utilidad de la integración y convergencia de los métodos cualitativos y cuantitativos en las investigaciones en salud*. Revista Cubana de Salud Pública, 2010. 36: p. 19-29.
14. Choi, B.C. and W. Anita, *Multidisciplinarity, interdisciplinarity, and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 3. Discipline, inter-discipline distance, and selection of discipline*. Clinical and Investigative Medicine, 2008: p. E41-E48.
15. Mitton, C., et al., *Knowledge transfer and exchange: review and synthesis of the literature*. The Milbank Quarterly, 2007. 85(4): p. 729-768.
16. Echeverría King, L.F., D.A. González, and E. Andrade-Sastoque, *Science diplomacy in emerging economies: a phenomenological analysis of the colombian case*. Frontiers in Research Metrics and Analytics, 2021. 6: p. 636538.
17. Jarlett, H., *Welcome to. cern*. 2015.
18. Peña-López, I., C.P. Córcoles, and C. Casado, *El Profesor 2.0: docencia e investigación desde la Red*. UOC Papers: revista sobre la sociedad del conocimiento, 2006: p. 6.
19. Ministerio de Salud y Protección, S., *Guía Metodológica para Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales Nacionales en Salud*. 2013, Dirección de Epidemiología y Demografía - Ministerio de Salud y Protección Social: Bogotá D.C.
20. Cardozo Brum, M.I., *Evidencia: conceptos y usos en la evaluación de políticas y programas públicos*. Iztapalapa. Revista de ciencias sociales y humanidades, 2021. 42(90): p. 205-232.
21. Jenicek, M., *Epidemiology, evidenced-based medicine, and evidence-based public health*. Journal of epidemiology, 1997. 7(4): p. 187-197.
22. Martini, C., *What «Evidence» in Evidence-Based Medicine?* Topoi, 2021. 40(2): p. 299-305.
23. Brownson, R.C., et al., *Evidence-based public health*. 2017: Oxford university press.
24. Rehfuess, E.A., et al., *Evidence-based public health: perspectives and specific implementation factors*. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 2021.
25. Victora, C.G., J.-P. Habicht, and J. Bryce, *Evidence-based public health: moving beyond randomized trials*. American journal of public health, 2004. 94(3): p. 400-405.
26. Davies, H., S. Nutley, and I. Walter. *Assessing the impact of social science research: conceptual, methodological and practical issues*. in *Back-*

- ground paper for the ESRC Symposium on assessing non-academic impact of research.* 2005.
27. Gómez Arias, R.D., *Gestión de políticas públicas: aspectos operativos.* Facultad Nacional de Salud Pública, 2012. 30: p. 223-236.
 28. Canadian Institute for Health, R. *Institute of Circulatory and Respiratory Health (ICRH): Research priorities.* 2008; Available from: <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/27240.html>.
 29. Rich, S., *The internet: From knowledge dissemination to virtual community building.* Brock Education, 2005. 14.
 30. Walter, I., et al., *Improving the use of research in social care practice.* SCIE Knowledge review 07, 2004.
 31. Estabrooks, C.A., et al., *Individual determinants of research utilization: a systematic review.* Journal of Advanced Nursing, 2003. 43: p. 506-520.
 32. Hanney, S.R., et al., *The utilisation of health research in policy-making: concepts, examples and methods of assessment.* Health Res Policy Syst, 2003. 1: p. 2.
 33. Ulin, P.R., E.T. Robinson, and E.E. Tolley, *Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos.* 2006: Pan American Health Organization.

Índice

| | |
|--------------------|---|
| Introducción | 9 |
|--------------------|---|

PRIMERA PARTE. ABORDAJE METODOLÓGICO

| | |
|--|----|
| 1. Metodología | 15 |
| Tipo de estudio | 15 |
| Investigación documental | 16 |
| Fuentes de información | 17 |
| Caracterización y proceso para el logro de los objetivos | 17 |
| Aspectos éticos | 18 |
| Referencias | 18 |
| 2. Ruta de Revisión Documental (RRD) para la caracterización de Políticas Públicas en Salud (PPS) | 21 |
| Introducción | 22 |
| Tópicos conceptuales | 22 |
| Fuentes de consulta por horizonte espacial | 26 |
| Nivel supranacional | 26 |
| Nivel nacional | 27 |
| Nivel subnacional | 28 |
| Tipos de fuentes de consulta | 30 |
| Normatividad | 30 |
| Literatura gris | 31 |
| Literatura científica | 31 |
| Índice documental | 33 |
| Fuentes del nivel multilateral | 34 |

| | |
|--|----|
| Apéndice: PPS nacionales y subnacionales en Colombia . . . | 37 |
| Sección 1. Fuentes de consulta de PPS del nivel nacional para Colombia. | 37 |
| Sección 2. Índice documental para el caso colombiano . . | 39 |
| Sección 3. Planes nacionales y territoriales en Colombia . | 41 |

SEGUNDA PARTE. CARACTERIZACIÓN DE POLÍTICAS
PÚBLICAS EN SALUD (PPS) EN COLOMBIA EMPLEANDO
LA RUTA DE REVISIÓN DOCUMENTAL (RRD)

| | |
|---|----|
| 3. Trastornos Específicos del Aprendizaje: consideraciones en torno a los sistemas de educación y salud en Colombia. | 47 |
| Introducción | 48 |
| Métodos | 49 |
| Resultados. | 50 |
| Trastornos específicos del aprendizaje: definiciones y criterios de diagnóstico. | 50 |
| TA en la normatividad internacional. | 52 |
| Normatividad colombiana y atención a la población con TA | 54 |
| Discusión | 57 |
| Conclusiones. | 60 |
| Referencias | 61 |
| 4. La autonomía médica y el reconocimiento profesional durante la COVID-19: análisis a la normatividad nacional e internacional | 63 |
| Introducción | 64 |
| Métodos | 65 |
| Resultados. | 67 |
| Nivel supranacional: marco normativo internacional. . . . | 67 |
| Nivel nacional: marco normativo nacional | 70 |
| Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en todo el territorio nacional: expedición de los Decretos 417, 538 y 676 durante la pandemia | 73 |
| Discusión | 74 |
| Conclusiones. | 76 |
| Referencias | 77 |

| | |
|--|-----|
| 5. Derecho a la participación social de las personas en situación de discapacidad. Una mirada desde las políticas públicas | 81 |
| Introducción | 82 |
| Métodos | 84 |
| Resultados. | 84 |
| Panorama internacional. Los discursos oficiales: normas, declaraciones, convenciones y políticas. | 84 |
| Panorama Nacional: Política pública para la discapacidad en Colombia | 90 |
| Evaluación y rediseño de la política de discapacidad en Colombia | 91 |
| Conclusiones y recomendaciones. | 95 |
| Referencias | 97 |
| 6. Percepción de la salud territorial desde los pueblos originarios. | 101 |
| Introducción | 102 |
| Los pueblos originarios, territorio y medio ambiente. | 102 |
| Métodos | 103 |
| Resultados. | 104 |
| Normatividad de los PO en Colombia. | 104 |
| ¿Por qué en la actualidad se experimentan estos cambios de clima? | 105 |
| Discusión | 106 |
| ¿Qué es salud para Occidente? | 107 |
| ¿Qué es salud para los indígenas? | 108 |
| ¿Qué es salud ambiental? | 109 |
| En qué contexto se entiende el ambiente. | 110 |
| ¿Por qué los PO hablan más de territorio que de ambiente? | 110 |
| ¿Qué es el territorio para los PO? | 110 |
| ¿Qué aportes ofrecen los PO al concepto de salud ambiental? | 111 |
| Desafíos para el siglo XXI. | 111 |
| Conclusiones. | 113 |
| Referencias | 113 |

| | |
|--|-----|
| 7. Desnutrición y seguridad alimentaria y nutricional: análisis de las políticas públicas en Colombia 1945-2020. | 117 |
| Introducción | 118 |
| Hambre y desnutrición. | 119 |
| Metodología | 121 |
| Resultados. | 121 |
| Derecho a la alimentación y seguridad alimentaria en el marco mundial | 121 |
| Derecho a la alimentación y seguridad alimentaria en Colombia | 123 |
| Discusión | 129 |
| Referencias | 132 |
| | |
| 8. La resistencia adquirida a los antirretrovirales: un problema de salud pública emergente y multicausal . . . | 135 |
| Introducción | 136 |
| Métodos | 138 |
| Resultados. | 139 |
| Discusión | 142 |
| Conclusiones. | 144 |
| Referencias | 144 |
| | |
| 9. Implementación de políticas públicas con la finalidad de reducir siniestros y casos de accidentabilidad en Colombia | 149 |
| Introducción | 150 |
| Metodología | 150 |
| Resultados. | 151 |
| Marco normativo nacional | 151 |
| Bogotá | 152 |
| Medellín | 154 |
| Barranquilla | 157 |
| Cali | 158 |
| Bucaramanga | 159 |
| Discusión | 160 |
| Referencias | 164 |

| | |
|---|-----|
| 10. Atención primaria en salud: una mirada a la protección de la población en el contexto colombiano . | 169 |
| Introducción | 170 |
| Métodos | 171 |
| Resultados. | 172 |
| Antecedentes de la APS en Colombia. | 173 |
| La APS luego de la reforma al sistema de salud colombiano. | 178 |
| Conclusiones. | 180 |
| Referencias | 182 |

TERCERA PARTE. PROPUESTAS DE POLÍTICA PÚBLICA
EN SALUD (PPS) EN APOYO A LA RUTA DE
REVISIÓN DOCUMENTAL (RRD)

| | |
|---|-----|
| 11. Articulación de estrategias territoriales bajo el Manejo Social de Riesgo (MSR) en Colombia. | 187 |
| El concepto de protección social | 188 |
| Manejo Social de Riesgo (MSR) como estrategia de protección social. | 189 |
| Familia como unidad de análisis | 190 |
| SPS en Colombia | 191 |
| Articulación de políticas públicas territoriales | 192 |
| Formulación y planteamiento del modelo de gestión | 193 |
| Conclusiones. | 196 |
| Modelo de gestión de la protección social en el ámbito nacional basado en el MSR | 196 |
| Referencias | 199 |
| 12. Apropiación social del conocimiento en políticas públicas en salud (PPS): de la academia a los actores sociales | 201 |
| Introducción. | 202 |
| Esquematización del modelo | 203 |
| Estrategias de integración. | 204 |
| Excelencia académica | 204 |
| Interdisciplinarietàad | 205 |
| Internacionalización | 205 |
| Virtualidad | 206 |

Salud pública basada en la evidencia (SPBE) 207
 Transferencia del conocimiento 210
 Prácticas de ciencia abierta. 211
Conclusiones. 212
Referencias 213

Caracterización de Políticas Públicas en Salud (PPS): Ruta de Revisión Documental (RRD)

En este libro se formula una metodología original y eficaz como es la Ruta de Revisión Documental (RRD) para la caracterización de Políticas Públicas en Salud (PPS), que esperamos contribuya a investigadores y gestores de política para desarrollar sus estudios mediante un itinerario de trabajo bien articulado.

En la primera parte, además de la guía metodológica del libro, se formula un análisis contextual sobre un marco teórico y estructural para aplicar la RRD-PPS. La segunda sección presenta una serie de investigaciones parciales o completamente desarrolladas bajo esta directriz. En la tercera sección se presentan un par de propuestas de política apoyadas en este abordaje.

Este trabajo pretende ser de consulta, especialización y referencia y se busca que las PPS estudiadas con este método provean a profesionales implicados en el funcionamiento de las PPS y a los estudiosos del sector de una herramienta para su comprensión desde una perspectiva integral, normativa, y funcional.

Iván Arroyave es magíster y PhD en ciencias de la salud con especialización en salud pública y énfasis en epidemiología social de Erasmus MC, Róterdam (Países Bajos). Es Profesor Asociado de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Su área de investigación es la evaluación de políticas públicas en salud, basada en el estudio de los cambios sociales y las inequidades en la salud, empleando este abordaje en sus trabajos sobre sistemas de salud, especialmente el Sistema de Salud Colombiano (SSC).



UNIVERSIDAD[®]
DE ANTIOQUIA

1 8 0 3