

La salud pública en Colombia (1991-2021). Promoción de la salud y prevención: una revisión

Public Health In Colombia, 1991–2021. Health Promotion and Prevention: A Review

Álvaro Franco-Giraldo

Recibido 21 julio 2021 / Enviado para modificación 7 de noviembre / Aceptado 15 noviembre 2021

RESUMEN

Objetivo Este artículo se propone realizar un balance de la promoción de la salud durante el desempeño del sistema de salud, a partir de la reforma constitucional de 1991.

Métodos Se parte de una revisión temática, en bases de datos de PubMed, Scielo, Google Scholar, a través de los términos y operadores booleanos (“promoción de la salud” or “prevención”) and (“Colombia”), en los últimos 10 años (2011-2021); y la legislación sobre promoción de la salud de los últimos 30 años en Colombia, seleccionando la más relevante.

Discusión Se analiza la trayectoria regulatoria de la salud pública, derivada de la Ley 100 de 1993, destacando la confusión que entre promoción y prevención se dio en el sistema. Se discuten varias fases de desarrollo de la salud pública en este período, con grandes falencias en la primera década de la reforma, mejorando después del 2005, pero sin lograr su cometido, dadas las contradicciones con el modelo de mercado que rige el sistema. No se logran desarrollar los niveles colectivos y comunitarios de la promoción de la salud, como tampoco la perspectiva estratégica de la atención primaria en salud (APS).

Conclusión La promoción de la salud y la prevención no lograron ser desarrolladas de manera cabal en Colombia, a pesar del entorno internacional proclive a su implementación mediante la atención primaria en salud. Muchos de los postulados teóricos de la legislación se han quedado en la retórica y pendientes de aplicación, muy a pesar del amplio marco regulatorio que se dio en estos treinta años.

Palabras Clave: Promoción salud; prevención; política; constitución política; sistema de salud; neoliberalismo (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective This article carries out a balance of health promotion during the performance of the health system, starting from the constitutional reform of 1991.

Methods It is part of a thematic review, in databases, Pubmed, Scielo, google scholar, through boolean terms and operators (health promotion or prevention) and (Colombia), in the last 10 years (2011 - 2021); and the legislation on health promotion of the last 30 years in Colombia, selecting the most relevant.

Discussion The regulatory trajectory of public health, derived from Law 100 of 1993, is analyzed, highlighting the confusion between promotion and prevention occurred in the system. Various phases of public health development are discussed in this period, with major flaws in the first decade of the reform, improving after 2005 but without achieving its mission, given the contradictions with the market model that governs the system. It was not possible to develop the collective and community levels of health promotion, as well as the strategic perspective of primary health care (PHC).

Conclusion Health promotion and prevention could not be fully developed in Colombia, despite the international environment prone to its implementation through primary health care. Many of the theoretical postulates of the legislation have remained in rhetoric and pending application, despite the broad regulatory framework that has occurred in these 30 years.

AF: MD. Ph. D. Salud Pública. Profesor Universitario, Investigador, Fundación Universitaria Autónoma de las Américas. Bogotá, Colombia.
alvaro.franco@uam.edu.co

Key Words: Health promotion; prevention; politics; political constitution; health system; neoliberalism (*source: MeSH, NLM*).

En el marco de los treinta años de la Constitución Política de 1991 de Colombia, uno de los temas que ha permanecido en crisis ha sido el de la salud pública. Cuando hablamos de salud pública nos estamos refiriendo a varias de sus actividades y funciones, así como a las estrategias configuradas por esta disciplina para mejorar la salud de la población y atender las necesidades y problemas de orden colectivo y comunitario, aunque la atención de los servicios de salud individual también es objeto de la salud pública como práctica social integral. También se ha ampliado “la noción limitada a bienes públicos con externalidades positivas para la salud, al incorporar bienes semiprivados o privados con repercusión sobre la salud colectiva” (1).

En este caso, la reflexión está dirigida a analizar lo acontecido con la promoción de la salud (PS), la prevención de la enfermedad, la vigilancia en salud pública y el desarrollo de la atención primaria en salud (APS), en las tres décadas que nos separan de la constitución política de 1991 y de la reforma sectorial sanitaria de 1993. Para la PS, más que atender factores de riesgo, es fundamental concentrarse en los determinantes de la salud y, en tal sentido, este trabajo abordará la PS desde los principales determinantes sociales de la salud (DSS).

Para algunos tratadistas, ha resultado problemático hablar de PS y prevención, basados en DSS en un escenario como el colombiano que ha desarrollado un modelo de salud, inicialmente concebido como de competencia regulada o de pluralismo estructurado (2), que ha puesto todos sus esfuerzos en configurar los cuasi mercados de la salud, muy dirigidos a la atención de la enfermedad desde una concepción morbicéntrica y de seguros de salud. Ha sido recurrente durante estos años la pregunta acerca de si es posible, en el contexto de un modelo de mercado y aseguramiento privado, hacer efectiva y funcional la PS, la APS y la salud pública en general? No obstante, en este artículo partimos de un supuesto que orienta la pesquisa, admitiendo que es posible identificar aquellas acciones y desarrollos de promoción que se pudieron realizar desde estrategias diversas y por disímiles actores en el período de la reforma en salud basada en la Ley 100 de 1993 (3) y la legislación subsecuente.

En reciente seminario sobre la perspectiva histórica del sistema de salud colombiano, se resaltan algunas conclusiones o puntos de debate sobre la salud pública en el sistema, a partir de múltiples disertaciones, las cuales pueden servir de premisas para el análisis, así:

En general se acepta que en el sistema colombiano ‘hay aseguramiento pero no salud pública, adoleciendo de grandes dificultades para la PS; tiende a haber un consenso en que, en la Ley 100 de 1993, se descuidó la salud pública y se desatendieron programas de zoonosis, vacunación y saneamiento, entre otros. Al unísono diferentes tratadistas advierten que es necesario redefinir la salud pública, fortalecer la rectoría territorial, darles poder a las secretarías territoriales frente a las aseguradoras o entidades promotoras de salud (EPS), reforzar la atención del riesgo en salud vs. el riesgo financiero. El modelo empresarial que alinea los incentivos económicos olvida el riesgo en salud.

El modelo de salud actual es curativo y no promocional. Concibe la salud como ausencia de enfermedad; en él las EPS son dueñas de las redes de servicio, y limitan la APS, la PS y la prevención.

El debate central frente a la salud pública ha girado en torno a la implementación de la APS en un modelo de aseguramiento, como el colombiano, aspecto este que también guiará parte de la discusión en este ensayo, así como aplicar la perspectiva de determinantes sociales de la salud propugnada por OMS en el 2008 (4).

MÉTODOS

Este artículo parte de una revisión temática que considera varias bases de datos: PubMed, Scielo y Google Scholar a través de los términos y operadores booleanos (“promoción de la salud” or “prevención”) and (“Colombia”), para los últimos 10 años (2011-2021). Se filtraron los artículos, derivados de revistas científicas; se seleccionaron los más pertinentes de acuerdo con el resumen y se obtuvieron 28 artículos en PubMed y 28 en Scielo. Estos artículos se tuvieron en cuenta junto con otros obtenidos de Google Scholar en el mismo período de tiempo, analizando 20 artículos de revistas académicas. Para el análisis se considera también la legislación sobre promoción de la salud de los últimos 30 años en Colombia, seleccionando la más relevante.

La información se organiza de manera estructurada sobre este tema, así: inicialmente se presenta desde la perspectiva teórica e histórica-conceptual un abordaje de

1 Grupo de Economía de la Salud (GES), Universidad de Antioquia/ Instituto de Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. "Seminario Permanente 2021 Perspectiva Histórica e Internacional del Sistema de Salud Colombiano". Primer semestre de 2021. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=KB1pw0dSOL8>

lo que es la salud pública y su racionalidad; se definen los modelos de salud y PS en contraposición a los enfoques de mercado, entendidos desde la lógica de la salud pública. La parte nuclear de este artículo se dedica a analizar las diferentes ejecutorias de la PS en Colombia en este lapso de treinta años y el marco legislativo y regulatorio de las disposiciones ministeriales en salud. También se incluyen algunas acciones y estrategias extrasectoriales como actividades de salud pública realizadas por otros sectores del desarrollo. En la discusión se toman en cuenta perspectivas como las de los DSS, la salud en todas las políticas (5) y los enfoques de determinación social de la salud (6).

El referente de la salud pública

El concepto de salud pública propio del sistema de seguridad social en salud en Colombia, de acuerdo con la Ley 1122 de 2007, dado en su artículo 32º, puntualiza: “La salud pública está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad” (7).

Otras interpretaciones y definiciones de la salud pública son referenciadas por la Organización Panamericana de la Salud, al renovar las funciones esenciales de salud pública (1). Allí recoge las definiciones modernas de salud pública, desde Charles-Edward Amory Winslow, quien afirmaba que “la salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para el saneamiento del medioambiente, el control de las infecciones de la comunidad, la educación del individuo en la higiene personal, la organización del servicio médico y de enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de enfermedades, y el desarrollo de la maquinaria social que garantizará a cada individuo en la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud” (8).

El concepto de salud pública en el que se basó la definición de las funciones esenciales de la salud pública (FESP) es el de “la intervención colectiva, tanto del Estado como de la sociedad civil, orientada a proteger y mejorar la salud de las personas” (9). En tanto que el campo de acción de la salud pública se articuló mediante el listado de FESP, entendido como “las condiciones estructurales y los elementos de desarrollo institucional que permiten un mejor desempeño del ejercicio de la salud pública” (10), ofreciendo una visión más integral para garantizar el derecho al acceso a programas y servicios poblacionales

de prevención de la enfermedad y PS, así como la atención individual de salud (1).

Siguiendo el contexto internacional de hoy, habrá que entender la salud pública como PS y APS, configurando tres aristas del mismo trípode; la salud pública como disciplina teórico-práctica que las engloba a todas, además de considerar otras herramientas para la acción; la PS es el enfoque más que una función, como clásicamente se le consideró dentro de la salud pública, también es el ideario y la filosofía; la APS es más un arsenal instrumental de acción comunitaria dentro de la salud pública, es la estrategia. Así mismo, “la PS y la prevención primaria son actividades propias de la APS. Aunque la prevención primaria se enmarca principalmente en el entorno sanitario, el desarrollo de la PS debe realizarse dentro del ámbito comunitario” (10).

La racionalidad de la salud pública

Desde la perspectiva de lo público, del bien común, la salud pública se asimila a los bienes comunes, colectivos, al derecho social, siempre bajo la responsabilidad estatal (11,12). Es necesario que los sistemas públicos disminuyan el gasto en establecimientos de tercer o máximo nivel y derivar los recursos hacia medidas en salud pública para hacer frente a los DSS, siguiendo estrategias de PS y prevención. Existe una lógica colectiva (enfoque de ciudadanía) como base del eje analítico de la salud pública. Esta se basa en el bienestar y la relación salud-vida, en la satisfacción de la necesidad, en la garantía de realización de potencialidades y en el acceso a oportunidades y recursos económicos y tecnológicos. En salud pública se habla de tres niveles de actuación (12): a) las condiciones de salubridad y de los servicios de salud (de responsabilidad estatal); b) la garantía de derechos (eficacia y oportunidad), de los derechos sociales en general; y c) el acceso, la opción de hacer uso de los servicios (derecho a la atención en salud).

Más allá del debate jurídico de la salud como derecho fundamental o conexo con la dignidad humana de la persona como fin en sí mismo, la salud pública toca con las condiciones de salubridad y de oferta de servicios, basada en temas diferentes a los de la reforma sanitaria anclada en el mercado, tales como la existencia de una política sanitaria, la *rectoría sanitaria* articulada a la vigilancia y a la regulación sanitaria, que no se trata solamente de las llamadas “externalidades” (campo basado en los efectos sobre terceros que pregona la economía, un reduccionismo de la salud pública en un modelo de mercado).

Varias iniciativas fortalecidas internacionalmente apuntan también hacia esa lógica de la salud pública (4): luchar contra las desigualdades en salud; garantizar los derechos y deberes, individuales y colectivos, de

los ciudadanos; la salud como efecto de otras políticas; la intersectorialidad y el desarrollo de instrumentos necesarios para la correcta planificación y coordinación.

Por su lado, los sistemas de salud se constituyen en la herramienta fundamental de la salud pública, hoy orientados por el derecho a la salud y la equidad. La noción de equidad rebasa lo que se entiende por acceso a servicios de salud y el estado de salud de una población. De acuerdo con Amartya Sen, Vicente Navarro, Norman Daniels y otros tratadistas de la justicia social, citados por Yepes (13), este concepto de equidad en salud hace parte de la justicia social en general, trascendental para la vida y las libertades humanas. Para hablar de acceso equitativo a la salud, así como a otros bienes y servicios que tienen efectos sobre la salud, es obligatorio reconocerlos y aplicarlos muy bien en la definición operativa de los sistemas de salud. En este caso, resulta importante el principio de universalidad, que plantea la búsqueda “del bien de todos y cada uno, por igual” (14). No basta con otorgar “el mayor bien al mayor número de personas”, porque se pueden generar desigualdades e inequidades.

El enfoque de la PS

La PS debe enfocarse en las condiciones que rodean a las personas en su vida diaria que conducen a mejores o peores resultados de salud, las cuales son de naturaleza física, económica, social, comercial, política y las desigualdades en el consumo, la educación y el empleo (15). Otros temas que se visualizan son el transporte, la planificación urbana o las condiciones de trabajo. Según esta perspectiva, es necesario monitorear, analizar y tomar decisiones con base en políticas públicas de otros sectores diferentes a salud (enfoque de salud en todas las políticas) (5), así como la salud de los trabajadores, la salud de los consumidores, enfrentar los DSS y la salud urbana. A su vez echa mano del enfoque intersectorial y los objetivos encaminados a la equidad y al bienestar poblacional. Esto hace parte de lo que podemos entender por PS hoy. La salud pública incluye la PS, que ha evolucionado bastante y que se ha fundamentado más en el concepto de activos (16) y salutogénesis (17).

Treinta años de gestión de la salud pública y ps en Colombia

En relación con la gestión de la salud pública, su desenlace ha sido tortuoso en estos 30 años de la CP y de la Ley 100 de 1993, como puede verse en las oscilaciones normativas que nos trae la Figura 1 y nos desarrolla la Tabla 1. Lo primero fue el empaquetamiento de la salud pública en los planes básicos de atención (PAB) (18) basados en la gratuidad de las externalidades. Agudelo, et ál. (19) describen las dificultades para la construcción

de la política de salud pública, uno de los aspectos más complejos en el sistema: “En el paso del anterior Sistema Nacional de Salud (SNS) al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), se generaron unas condiciones de competencias institucionales, capacidades de orientación, decisión y conducción (rectoría), recursos y actores en el sector de la salud, cuya coordinación y articulación presentó dificultades, como ocurrió con el flujo de los recursos del SGSSS”.

Fue un proceso difícil para la política de salud pública, porque se hace sin tener una adaptación del nuevo modelo al viejo del SNS. Los antiguos programas verticales ahora quedaban en un paquete de servicios (como los de control de las enfermedades tropicales, de la tuberculosis, la vacunación y otras similares), situación que se agrava, además, por las dificultades para echar a andar el proceso de descentralización de la salud en el país, impulsado por las leyes 10 de 1990 y 60 de 1993. Al decir de algunos autores, “en esta fase, en ausencia de un régimen de transición, la rectoría nacional de la salud pública quedó a la deriva; los departamentos y municipios debieron construir sus propios esquemas y prácticas de rectoría” (19). No obstante, fue destacable hacia el año 2000 el que se hiciera un esfuerzo por identificar enfermedades de vigilancia en salud pública y se tratara de incentivar la demanda (enfermedades de interés en salud pública y demanda inducida) (20).

Pasado algún tiempo de estos primeros escarceos de la salud pública, en un segundo momento del proceso de reforma se formula la Ley 715 de 2001, que nos trae el Sistema General de Participaciones con un nuevo esquema de distribución de los recursos, el cual fortaleció progresivamente la capacidad de gestión y de dirección de la salud pública en los departamentos y municipios sobre las actividades de control de las enfermedades transmisibles e inmunoprevenibles, por ejemplo.

Más adelante, el SGSSS diferencia las acciones colectivas dirigidas a los grupos de población y al ambiente, agrupadas en el Plan de Acciones Colectivas; y, por otra parte, las acciones, a cargo de las instituciones prestadoras de salud (IPS) que hacen prevención y promoción individuales, mediante Normas y Guías de detección temprana y protección específica de alcance nacional, desde el 2003. La salud pública estaba principalmente a cargo de los municipios y departamentos, con recursos propios; a partir de ahí, con las normas y guías que orientan las acciones de prevención y promoción individuales, que incorporaron en el Plan Obligatorio de Salud, le tocaría a las EPS y a las IPS implementarlas, con recurso de la UPC (unidad de pago por capitación) (19).

En un tercer momento de la reforma, viene un cambio de giro. Con la Ley 1122 de 2007, se introduce el enfoque de planeación con el primer Plan Cuatrienal de Salud, mediante el Decreto 3039 de 2007 (21), que ya le pone

un asiento territorial al tema de la salud pública, aunque sigue basado en programas verticales, con grandes limitaciones de ejecución porque las EPS no entienden todavía esto de la salud pública. Estas solo se dedican al tema del mercado de servicios de atención a la enfermedad. No obstante, este plan implicó el fortalecimiento de la salud pública y de la rectoría nacional y territorial.

Al respecto de esta normatividad, en el seguimiento que hace Mantilla en el 2011 concluía que: “Todo lo anterior permite mostrar que si bien es cierto que en las políticas formuladas últimamente en Colombia a través de la Ley 1122 de 2007 y el Decreto 3039 del mismo año, se dio un marco teórico, conceptual y procedimental para llevar a cabo la PS y la calidad de vida, basados en la salud como derecho humano y determinada socialmente, en la reglamentación final (...), desaparece la PS como un proceso y se la confina a acciones basadas en la difusión o fomento de la atención a través de los servicios de salud” (22). Pero, a pesar del nuevo enfoque, se vuelve a la separación de las intervenciones colectivas de las individuales con el PIC (Plan de Intervenciones Colectivas) (23).

En el año 2012, se entra en una nueva etapa, que nos trae un punto de inflexión hacia la salud pública, pero sin lograr su cometido, después del mandato de la Ley 1438 de 2011 (24); a partir de esta norma, tenemos el primer Plan Decenal de Salud Pública 2012 al 2021 (25), que amplía el enfoque a los territorios y a grupos de poblaciones especiales y vulnerables. Esta vía tiene un correlato de continuidad con la Política de Atención Integral y el Modelo de Atención Integral (26), por mandato del Plan Nacional de Desarrollo (2014-2018), formulada en el anterior gobierno como PAIS/MIAS/Rutas de Atención integral (RIAS), a partir del año 2016, las cuales resumen la interpretación que de la APS tiene la gobernanza en salud en Colombia. Esta política recibió críticas por el enfoque reduccionista que tenía de la salud. Aunque maneja un alto nivel de integralidad en el modelo teórico, tiene dificultades de operación (como la estrategia operativa). Este enfoque se mantiene con el Modelo de Acción Territorial MAITE (27), siendo más una política del actual gobierno y no estatal, sin lograr su aplicación completa, como tampoco de los instrumentos operativos de las RIAS, que puede llegar a truncarse con un cambio de gobierno.

Si bien hay un avance en la integralidad y en la concepción estratégica, durante esta etapa, posterior a la Ley 1438 de 2011, persiste de forma desafortunada el enfoque medicalizado, biologicista, centrado en la enfermedad y con profundas confusiones respecto de la PS y la prevención de los riesgos en salud, muy a pesar de

que desde la Carta de Ottawa en la primera Conferencia internacional (28) y las 8 subsecuentes conferencias internacionales de PS esta se encaminaría a facilitar las condiciones sociales, económicas, ambientales y políticas favorables a la salud; es decir, que el derrotero para una adecuada gestión ya estaba trazado mediante acciones intersectoriales y de organización social integral, articulando sectores, instituciones, individuos y comunidades. Hoy en Colombia, después de treinta años de la Constitución y treinta y cinco después de la Conferencia de Ottawa, falta mucho por realizar, principalmente en torno a las acciones sociales extra sectoriales.

Como se puede inferir, desde la Constitución de 1991, que Colombia ha mantenido un concepto de PS muy apegado a los servicios de salud, aunque ya incluía las nociones de saneamiento ambiental o del cuidado de la propia salud y el de la comunidad. Luego, con la Ley 100 de 1993, el reduccionismo es aún mayor al definirse por un enfoque morbicéntrico de paquetes de servicios, basados en las externalidades, confundiendo además PS con prevención de la enfermedad: “Este enfoque de la PS como acciones a realizar desde los servicios de salud y como sinónimo de prevención de enfermedades es el que imperó durante los primeros años de operativización de esta ley, no solamente dentro del POS, sino también desde el PAB, que es el único del que es responsable el Estado, y por tanto es colectivo, gratuito para la población y obligatorio para municipios y departamentos” (22). Luego, con la idea de pasar a los planes nacionales de salud pública y, en especial, con el Plan Decenal de Salud Pública, se marca un hito en el manejo de la PS en el país, que permite incluir la estrategia de APS y otros enfoques políticos de orden colectivo (Tabla 1).

Hernández (29), en su tesis doctoral, concluye que “El sistema de salud colombiano, (...) ha favorecido un modelo de atención curativa, centrado en los servicios hospitalarios, basado en los especialistas y bajo el modelo de la teoría del libre mercado, factores que limitan el acceso universal en salud y por consiguiente genera inequidades en el financiamiento y acceso del sistema”. Argumenta que se esperaría una mejoría, al promover una atención centrada en las personas y un enfoque de la salud en las comunidades, en lo cual coinciden otros de los autores referenciados de este campo de la salud (30,19). En desmedro de ello, el sistema prioriza el componente de los servicios de salud sobre la atención de determinantes de la salud sobre el enfoque ambiental y comportamental (estilos de vida), ya recomendados por autores pioneros de esta área (31,32).

Tabla 1. Normatividad de PS durante el período de la Constitución del 91

Etapa	Política/Norma	Contenido/Acciones	Enfoque/Actor
	C.P. (artículo 49)	"La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud..." (33).	Servicio público de carácter esencial. El Estado
1	Ley 100 de 1993	El PAB (plan de atención básica: El PAB es un conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos, de PS, prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo dirigidos a la colectividad. De competencia de los entes territoriales de diferente nivel. Ley orgánica del plan de desarrollo.	Transición de un enfoque clásico de salud pública al modelo empresarial. Enfoque morbicéntrico.
	Ley 152 de 1994	Actividades y procedimientos de promoción y prevención	
	M de S, Res. 3997 de 1996 M de S, Res. 4288 de 1996	Define el Plan de Atención Básica (PAB)	Las EPS, las IPS
	Resolución 412 del 2000	Enfermedades de interés en Salud Pública Demanda inducida	
2	Ley 715 de 2001 MPS. Res 425 2008.	Descentralización, entes territoriales Normas y guías de detección temprana y protección específica Plan de Intervenciones Colectivas	Confusión de prevención y promoción. Las direcciones territoriales de salud, el Estado/ las EPS.
	Ley 1122 de 2007	Concepto de SP. Planes cuatrienales de SP	Enfoque de planes de salud pública.
3	Decreto 3039 de 2007	Primer Plan Nacional de Salud Pública: El Plan Nacional de Salud Pública incluye 1) Las prioridades, objetivos, metas y estrategias en salud, las políticas de salud nacionales 2) Define las responsabilidades en salud pública a cargo de la Nación, de las entidades territoriales, y de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS.	Enfoque de APS. Las direcciones territoriales de salud, el Estado/ las EPS, las IPS.
	Ley 1438 de 2011: APS Ley 1454 de 2011	APS / Planes decenales de SP. Ley orgánica de ordenamiento territorial	
	Res 1841 de 2013 Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021	El PDSP, Estrategias: Avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud, -Mejorar las condiciones de vida y salud de la población, - Lograr cero tolerancia frente a la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables. Plantea Enfoques complementarios: 1) el enfoque de derechos; 2) el enfoque de perspectiva de género y ciclo de vida; 3) el enfoque diferencial (poblaciones con discapacidad, víctimas de la violencia, y situaciones de desplazamiento, de la diversidad sexual, y de los grupos étnicos); y 4) el modelo de Determinantes Sociales de Salud DSS (las inequidades en salud reconocidas como el problema de fondo).	Enfoque de APS. Las direcciones territoriales de salud, el Estado/ las EPS, las IPS.
	Sentencia T 760 de 2008	Enfoque de PS. Vías para el derecho a la salud. Regulación del sistema. Ley Estatutaria de Salud, salud derecho fundamental. "Artículo 9. Determinantes sociales de salud. Es deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los DSS que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida. Estas políticas estarán orientadas principalmente al logro de la equidad en salud. El legislador creará los mecanismos que permitan identificar situaciones o políticas de otros sectores que tienen un impacto directo en los resultados en salud y determinará los procesos para que las autoridades del sector salud participen en la toma de decisiones conducentes al mejoramiento de dichos resultados"	Oros actores extrasectoriales
4	Ley 1751 de 2015	Enfoque de PS. Vías para el derecho a la salud. Regulación del sistema. Ley Estatutaria de Salud, salud derecho fundamental. "Artículo 9. Determinantes sociales de salud. Es deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los DSS que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida. Estas políticas estarán orientadas principalmente al logro de la equidad en salud. El legislador creará los mecanismos que permitan identificar situaciones o políticas de otros sectores que tienen un impacto directo en los resultados en salud y determinará los procesos para que las autoridades del sector salud participen en la toma de decisiones conducentes al mejoramiento de dichos resultados"	APS. Enfoques basados en las Declaraciones de APS: Alma Ata 1978 y Astaná 2018. Enfoque del Derecho a la salud.
	Sentencia 313 de 2014	Artículo 65, Política de Atención Integral en Salud	Enfoque familiar y de Gestión de Riesgo en Salud. Integralidad de la política. Enfoque Territorial de la PS.
	Ley 1753 de 2015 PND 2014-2018	Política y Modelo de Atención Integral (PAIS, MIAS, RIAS)	Las direcciones territoriales de salud, el Estado/ las EPS, las IPS
	Res 429 de 2016	Implementación territorial de Modelo/ RIAS	Oros actores extrasectoriales.
	Resolución 3280 de 2018	MAITE, de Atención Integral Territorial. Ajuste política PAIS y cambio de modelo	
	MSPS, Res. 2626 de 2018	Ampliación de plazos de las 2 rutas, por COVID-19	
(**)	MSPS, Res. 1147 de 2020	Salud y bienestar	Actores supranacionales y nacionales.
	NU. ODS: 3	Ciudades y comunidades sostenibles	Comunidades Locales
	UN. ODS: 11	Salud mental, seguridad vial, sistema de salud centrado en las personas, salud y bienestar	Regionales y nacionales
	OCDE. Política de salud	Planes y programas de PS	Varios
	MSPS: componentes programáticos de la dirección de P y P	Control de ECNT	Actores regionales y nacionales
	ORAS. Plan de salud regional, y subregional de Región SS Bogotá. Plan estratégico y operativo para el abordaje integral (2020-2030)	Control de ECNT... de la población expuesta y/o afectada por condiciones crónicas en Bogotá	Actores locales
	OMS/UN. Plan Mundial de actividad física 2018 - 2030		Varios

** : No es una etapa específica de la reforma, incluye políticas internacionales, con una visión extra sectorial, de las cuales Colombia participa, de manera limitada.º

DISCUSIÓN

En la Figura 1 se relacionan las diferentes normas nacionales con el contexto internacional, marcado por el neoliberalismo, la globalización y la crisis global; de otro lado el referente de salud internacional trae una serie de declaraciones y proclamas de legislación internacional mucho más

progresistas que lo que se pudo aplicar en Colombia (con cada una de ellas, la figura muestra un correlato con las normas colombianas, siguiendo la línea de tiempo). Ese referente de salud internacional, muchas veces en contradicción con el entorno económico y político global, no ha sido bien aprovechado para implementar la PS en este país, muy dependiente de las consignas neoliberales.

Figura 1. Contexto y normatividad de PS en Colombia, en los últimos 30 años



En el sentido expresado aquí, a lo sumo que se ha llegado con esta trayectoria regulatoria derivada de la Ley 100 de 1993 (Tabla 1) es a tener una salud pública, representada en este caso por la promoción y la prevención, pero sin lograr diferenciar estos dos conceptos. No logra desarrollar los niveles más amplios, colectivos y comunitarios de la PS, mucho menos podemos decir que trabaja una perspectiva estratégica de la APS que haya podido pasar por la acción política y comunitaria; ni aún durante la etapa de desarrollo del modelo de la política de atención integral, donde ya se conjugan varios modelos y enfoques de intervención comunitaria en el modelo teórico. En este último caso, las limitaciones se pudieron haber dado por las contradicciones con modelos más proclives al mercado y al enfoque de riesgo de los seguros de salud, que han marcado la línea hegemónica del SGSSS de los últimos 30 años (esta es la tesis fundamental desarrollada en este artículo). Los críticos complementan que “el sistema de salud colombiano carece de una orientación planificadora al largo plazo [aunque] se realizan reformas orientadas a subsanar los problemas del sistema, mejorar la salud pública, a integrar la APS, a considerar la salud como un

derecho fundamental en el país y a definir los elementos para un nuevo modelo integral de atención” (29).

Esta descripción de la perspectiva colombiana de la PS la podemos contrastar con otras interpretaciones en otro ámbito. Así, en un estudio sobre las actividades de promoción y prevención, en la APS en 7 comunidades autónomas de España, los autores encuentran que “Las prácticas de PPPS de los/las profesionales de APS participantes siguen principalmente los modelos intrapersonales. Además, algunos/as profesionales realizan actividades [...] que encajan en modelos interpersonales y más puntualmente en modelos comunitarios” (10). Niveles que se consideran en la clasificación micro- (intrapersonales), meso- (interpersonales) y macro- (comunitarios). Y recomiendan incrementar la orientación comunitaria de los servicios de APS, recomendación que también es válida para Colombia, aunque con mayores dificultades por carecer de un verdadero sistema público de salud.

Perspectiva desde los determinantes estructurales de la salud

La Comisión sobre DSS de la OMS 2005-2008 (4) presenta desde su perspectiva una propuesta para alcanzar la

equidad, actuando sobre las causas estructurales y otras centradas en la desigualdad de género, etnia o clase social. Pero ¿qué se ha hecho en Colombia en esta dirección?

El Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021 (25) considera como eje transversal la estrategia de APS para enfrentar los determinantes sociales y económicos de la salud en el país. Reconoce el modelo final de los DSS planteado por la OMS (4) y, por ende, el sistema de salud como un factor de cohesión para enfrentar las inequidades; muy a pesar de ello, en la práctica el sistema es un factor de inequidad muy debatido en Colombia después de la reforma de 1993 (34).

Más allá de las normas regulatorias del sector salud (Tabla 1), cuando hablamos de salud pública y DSS también obliga a pensar en las políticas de promoción social, para lo cual, podemos hacer una ligera pesquisa de lo acontecido en Colombia durante estos años, con algunos ejemplos oficiales: “la red para la superación de la pobreza extrema; la política para la población víctima del desplazamiento forzado por la violencia; las políticas diferenciales para grupos étnicos y género; la Política Integral de Desarrollo y Protección Social para la primera infancia, niñez, adolescencia y juventud; formación del capital humano; acceso y calidad en salud universal y sostenible; empleabilidad, emprendimiento y generación de ingresos; promoción de la cultura, el deporte y la recreación” (25). Otro tanto ocurre con la ley estatutaria de salud, que alude a los determinantes sociales en su artículo 9 (35) (Tabla 1), aunque con un enfoque factorial y sin desarrollarlos suficientemente. No obstante, investigadores colombianos (36) con base en estudio de varios países, incluido Colombia, concluyen que en Latinoamérica hay una desigual aplicación de políticas, en relación con los determinantes sociales de la salud, basados esencialmente en determinantes intermedios, manteniéndonos en el enfoque de factores de riesgo. Los DSS siguen en espera de la aplicación de una política integral en Colombia.

Otros estudios han abordado los DSS en el contexto colombiano, en la última década, así: un estudio basado en el censo poblacional y en el análisis de la situación de salud, el ASIS 2013, concluye que “Los determinantes estructurales como intermediarios presentan diferencias entre los sectores rural disperso y urbano. Factores como la pobreza, número de años escolares, analfabetismo y acceso a servicios como acueducto y alcantarillado presentan las más grandes diferencias” (37). A esto les agrega el estado de la vivienda, la informalidad en el trabajo y la afiliación a salud, también con variaciones. Por otro lado, citando al Ministerio de Salud, “aún existen barreras de acceso a los servicios como la salud, en la que son las poblaciones más alejadas del país las que presentan mayores problemas en

tanto que la calidad del servicio y la inaccesibilidad son condiciones precarias” (38).

Otros análisis (34,39-41) concluyen que son grandes y profundas las dificultades estructurales del sistema de salud en Colombia, debido a las condiciones económicas y demográficas. Aunque se reconocen avances en cobertura del aseguramiento y en algunos casos en acceso, el reto de la salud pública sigue siendo inmenso. Es necesario trabajar en la universalidad y en la reducción de las inequidades, así como en la utilización de los servicios de salud para cualquier condición socioeconómica. Uno de ellos, efectuado en países latinoamericanos, que se concentra en Colombia, plantea que “el enfoque de los DSS es todavía un tema por profundizar en el contexto colombiano, (...). Se hace necesario abordar el estado de la gestión de inequidades a partir de este paradigma en el contexto latinoamericano y colombiano” (42). De ahí que una de las principales prioridades en PS debe ser evidenciar las desigualdades sociales en la distribución de los bienes comunes o bienes públicos y los componentes del bienestar (la salud, el ingreso, la riqueza, el empleo, la alimentación, activos salutogénicos, prácticas saludables, acceso a la atención sanitaria, educación, etc. Y, de consuno, poder trazar políticas para enfrentar esos DSS de orden estructural mediante políticas públicas saludables (43), políticas transectoriales y considerar la salud en todas las políticas (5).

Si bien el sistema mostró avances en la última etapa, de todas maneras la desigualdad se ha mantenido con la exclusión de grandes grupos poblacionales. El estudio de Henríquez-Mendoza (44) en población desplazada en Colombia “mostró desigualdades en la continuidad de la atención ambulatoria y, a pesar de la mejora de la calidad, su cobertura aún es incompleta”, señalando que la cobertura no ha logrado evitar por sí sola diferencias en la atención a la población desplazada.

También es importante resaltar el comportamiento de la violencia en Colombia y los programas de prevención dirigidos a su contención: “A pesar de los logros, en Colombia los indicadores de violencia son altos y siguen afectando la salud de la sociedad. La violencia representa el 8% de la carga global de enfermedad por años de vida saludables perdidos, lo que podría indicar que las acciones para su control no son suficientes. Por este motivo, se han convocado acciones de promoción de la convivencia y prevención de la violencia, como el mejoramiento de la crianza de niños, las habilidades para la vida y la revisión de las normas culturales” (45).

En relación con la pandemia y la PS, se ha encontrado que “la COVID-19 y las medidas adoptadas han generado cambios sociales en las dinámicas normales de la población general y en especial para los trabajadores de la salud, que se encuentran en atención del paciente con infección sospechada

o confirmada” (46). Se reportan síntomas depresivos y ansiosos y síndrome de *burnout* como afecciones personales y sociales que alteran la capacidad laboral durante la emergencia sanitaria.

Finalmente, desde una perspectiva sistémica y estructural que le podría interesar más a la salud pública como política integral, Colombia, desde la constitución política de 1991 ha ensayado un acervo de legislación sobre el sistema de salud basado en la “reforma sectorial” (Ley 100 de 1993), sin lograr una norma integral del sistema ni una real orientación de la política de salud en los últimos 30 años, lo que nos puede dar una conclusión global de lo que ha sido la salud pública en Colombia hasta hoy. El mejoramiento de las condiciones de vida y bienestar no depende del SS, sino más que todo del modelo de desarrollo y del régimen político, que en el caso colombiano no es proclive a luchar por la equidad y el bienestar poblacional; pero sí ha sido el sistema uno de los factores que más malestar ha generado en el pueblo colombiano, como se sustenta también en tan exorbitante número de tutelas y en la presión de los movimientos sociales, así como en las publicaciones de la Defensoría del Pueblo (47) y en las admoniciones de la Procuraduría General de la Nación.

El corolario de todo este maremágnum debe ser la reconfiguración del modelo en salud hacia otro basado en la PS, la protección social y la justicia social con equidad; un modelo basado en la salud pública debiera enfocarse en temas de más largo aliento, como nos lo enseña también el modelo español y las propuestas de reforma que se impusieron allí en el parlamento y en la cámara de los diputados (48) antes de la crisis actual del Estado de bienestar.

Para concluir:

- La salud pública en Colombia durante el período de la reforma fue la gran damnificada como consecuencia de la implementación del modelo de mercado, que poco a poco fue dejando atrás la perspectiva de la competencia regulada y del pluralismo estructurado, que fueron más de orientación teórica.
- En la primera fase de la reforma, las falencias de la salud pública, como consecuencia del desmonte del componente de salud pública y del *know-how* que se traía desde el antiguo SNS, resultaron fatales y trajeron una crisis sanitaria nunca declarada, situación que fue mejorando en la segunda fase, con las Leyes 715 de 2001, 1122 de 2007 (plan cuatrienal de salud pública) y, posteriormente, en su tercera y cuarta fases con las Leyes 1438 de 2011 y 1751 de 2015 (el derecho a la salud), pero sin llegar a desarrollar un modelo de salud pública integral ni los contenidos teóricos orientadores.
- La PS y la prevención, dos conceptos confundidos en muchos momentos de la reforma y tratados indistinta y displicentemente, no lograron ser desarrolladas de manera cabal. A pesar del entorno internacional proclive a la PS y la APS, no se llega a un concepto comunitario de la PS ni a un desarrollo estratégico de la APS. Muchos de los postulados teóricos de la legislación se han quedado en la retórica y pendientes de aplicación ♣

REFERENCIAS

1. OPS/OMS. Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI [Internet]. Washington: OPS/OMS; 2020 [cited 2021 Jun 21]. <https://bit.ly/3zYwuU8>.
2. Franco-Giraldo A. La última reforma del sistema general de seguridad social en salud Colombiano. Rev. Salud Pública (Bogotá) [Internet]. 2012 [cited 2021 Jun 21]; 14(5):865-77. <https://bit.ly/3tRqV64>.
3. Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993 “por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones” [Internet]. Bogotá: República de Colombia; 1993 [cited 2021 Jun 21]. <https://bit.ly/3bluWZO>.
4. OMS/CDSS. Subsanan las desigualdades sociales en una generación. La Organización [Internet]. Gineva: OMS/CDSS; 2008 [cited 2021 Jun 21]. <https://bit.ly/co/Ctup>.
5. OMS/GSA. Declaración de Adelaida sobre la salud en todas las políticas. Hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar [Internet]. Gineva: OMS/GSA; 2010 [cited 2021 Jun 21]. <https://bit.ly/co/Ctus>.
6. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet]. 2013 [cited 2020 Oct 22]; 31(Supl. 1):13-27. <https://bit.ly/co/Ctuu>.
7. Congreso de la República de Colombia. Ley 1122 de 2007, “por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones” [Internet]. Bogotá: República de Colombia; 2007 [cited 2021 May 19]. <https://bit.ly/co/Ctv3>.
8. Winslow CE. The untilled fields of public health. Science; 1920;51:23-33. <https://doi.org/10.1126/science.51.1306.23>.
9. Organización Panamericana de la Salud. La salud pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington, D.C.: OPS; 2002.
10. Gil-Girbaud M, Pons-Vigués M, Rubio-Valera M, Murrugarra G, Maslukh B, Rodríguez-Martíni B, et al. Modelos teóricos de PS en la práctica habitual en APS. Gaceta Sanitaria; 2021; 35(1):48-59. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.06.011>.
11. Franco-Giraldo A. Referentes teóricos para el análisis de la reforma del sistema de salud colombiano. Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia) [Internet]. 2012 [cited 2021 Jun 21]; 11(22):28-42. <https://bit.ly/co/Ctv9>.
12. De Correa Lugo V. La salud: de la caridad al negocio sin pasar por el derecho. In: De Correa Lugo V, Hernández M, Paredes N. La salud está grave. Santafé de Bogotá: Provea; 2000, pp. 191-308.
13. Yepes F. La noción de equidad. Ponencia en el “Primer Congreso Internacional de Sistemas de Salud ¿Hacia un nuevo sistema de salud en Colombia?” la Pontificia Universidad Javeriana, 24-26 de noviembre de 2010. Bogotá: PUJ, Auditorio Felix Restrepo.
14. Guzmán MP. Deficiencias en los diagnósticos de las reformas sanitarias en América Latina. Revista Panamericana de Salud Pública [Internet]. 2009 [cited 2021 Jun 21]; 25(1):84-92. <https://bit.ly/co/CtvG>.

15. OPS/OMS. Promoción de la salud y determinantes sociales de la salud [Internet]. Washinton: OPS/OMS; 2020 [cited 2021 Jul 7]. <https://bitly.co/CtvM>.
16. Antony M, Ángel M, Mena L (eds.). Formación en salutogénesis y activos para la salud [Internet]. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010 [cited 2021 Jul 7]. <https://bitly.co/CtvO>.
17. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International* [Internet]. 1996 [cited 2021 Jun 21]; 11(1):11-18. <https://bitly.co/Ctw1>.
18. Ministerio de Salud. Resolución 4288 de 1996, "por la cual se define el Plan de atención Básica (PAB) del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS) y se dictan otras disposiciones" [cited 2021 Jun 21]. Bogotá: República de Colombia; 1996.
19. Agudelo-Calderón CA, Cardona Botero J, Ortega Bolaños J, Robledo Martínez R. Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas The Colombian healthcare system: 20 years of achievements and problems. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2011 [cited 2021 Apr 25]; 16(6):2817-28:2011. <https://bitly.co/Ctw5>.
20. Ministerio de Salud. Resolución 412 del 2000, "por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública" [Internet]. Bogotá: República de Colombia; 2000 [cited 2021 Apr 25]. <https://bitly.co/CtwB>.
21. Ministerio de la Protección Social. Decreto No. 3039 de 2007, "por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010" [Internet]. Bogotá: República de Colombia; 2007 [cited 2021 Apr 25]. <https://bitly.co/CtwE>.
22. Mantilla BP. Evolución conceptual y normativa de la PS en Colombia. *Revista Salud UIS* [Internet]. 2011 [cited 2021 Jun 21]; 43(3):299-306. <https://bitly.co/CtwI>.
23. Ministerio de Protección Social. Resolución 0425 de 2008, "por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de entidades territoriales" [Internet]. Bogotá: República de Colombia; 2008 [cited 2021 Apr 25]. <https://bit.ly/3OOvLsM>.
24. Senado de la República. Ley 1438, "por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones" [Internet]. Bogotá: República de Colombia; 2011 [cited 2021 Apr 25]. <https://bitly.co/CtwU>.
25. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 0001841 de 2013, "por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021" [Internet]. Bogotá: República de Colombia; 2013 [cited 2021 Apr 25]. <https://bitly.co/CtwZ>.
26. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 429 de 2016, "por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud" [Internet]. Bogotá: República de Colombia; 2016 [cited 2021 Jun 21]. <https://bitly.co/Ctwd>.
27. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2626 de 2019, "por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud - País y adopta el Modelo de acción Integral Territorial – Maite" [Internet]. Bogotá: República de Colombia; 2019 [cited 2021 Apr 25]. <https://bitly.co/Ctwl>.
28. OPS. Carta de Ottawa para la PS. Una conferencia internacional sobre la PS hacia un nuevo concepto de salud pública. Ottawa: OPS; 1986.
29. Hernández-Rincón EH. APS y determinantes sociales en salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población [doctoral thesis]. San Juan de Alicante: Universidad Miguel Hernández; 2017.
30. Starfield B. Politics, primary healthcare and health: was Virchow right? *Epidemiol Community Health*. 2011; 65(8):653-5. <https://doi.org/10.1136/jech.2009.102780>.
31. Lalonde M. New perspective on the health of Canadians: 28 years later. *Rev Panam Salud Publica*. 2002;12(3):149-52.
32. McDougal H. Reinventing public health: A New Perspective on the Health of Canadians and its international impact. *J Epidemiol Community Health*. 2007; 61(11):955-9. <https://doi.org/10.1136%2Fjech.2006.046912>.
33. República de Colombia. Constitución Política de Colombia. Bogotá: Imprenta Nacional; 1991.
34. Carmona-Meza Z, Parra-Padilla D. DSS: un análisis desde el contexto colombiano Salud Uninorte (Universidad del Norte, Barranquilla). 2015;31(39):608-20.
35. Congreso de Colombia. Ley Estatutaria 1751 de 2015, "por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones" [Internet]. Bogotá: República de Colombia; 2015 [cited 2021 Apr 25]. <https://bitly.co/CtxT>.
36. García-Ramírez, Vélez-Álvarez C. América Latina frente a los determinantes sociales de la salud: Políticas públicas implementadas. *Rev. salud pública* [Internet]. 2013 [cited 2021 Apr 25]; 15(5):731-42. <https://bitly.co/CtxV>.
37. Rodríguez-Triana, Diana R, Benavides-Piracón, John A. Salud y ruralidad en Colombia: análisis desde los determinantes de la salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* [Internet]. 2016 [cited 2021 Jun 21];34(3):359-71. <https://bitly.co/Ctxk>.
38. Ministerio de Salud. Análisis de situación de salud según regiones de Colombia [Internet]. Bogotá: República de Colombia, Grupo ASIS; 2013 [cited 2015 Dec 21]. <https://bitly.co/Ctxu>.
39. Vargas I, Vázquez ML, Mogollón-Pérez AS, Unger J-P. Barriers of access to care in a managed competition model: lessons from Colombia. *BMC Health Serv Res*. 2010; 10(1):297. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-297>.
40. Garcia-Subirats I, Vargas I, Mogollón-Pérez AS, De Paepe P, da Silva MRF, Unger JP et al. Barriers in access to healthcare in countries with different health systems. A cross-sectional study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. *Soc Sci Med*. 2014; 106:204-13. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.01.054>.
41. Bernal-Acevedo O, Gutiérrez C. La salud en Colombia: logros retos y recomendaciones. Bogotá: Universidad de los Andes; 2012.
42. De Andrade LOM, Filho AP, Solar O, Rígoli F, de Salazar LM, Serrate PC-F et al. Social determinants of health, universal health coverage, and sustainable development: case studies from Latin American countries. *Lan cet*. 2014. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(14\)61494-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)61494-x).
43. OMS. Segunda Conferencia Internacional sobre PS Políticas públicas saludables. Adelaide, South Australia: OMS; 1988.
44. Henríquez-Mendoza GM. Desigualdades en la continuidad de la atención ambulatoria de población desplazada en Colombia 2012-2013. *Rev. Salud Pública (Bogotá)*. 2016; 18(5):687-99. <https://doi.org/10.15446/rsap.v18n5.53859>.
45. Hernández DM, Páez E, Múnera LM, Duque LF. Diseño de un programa basado en la promoción del desarrollo positivo en la infancia para la prevención temprana de la violencia en Colombia. *Global Health Promotion*. 2017; 24(1):83-91. <https://doi.org/10.1177/1757975915591683>.
46. Cantor Cruz F, McDouall Lombana J, Parra A, et al. Cuidado de la salud mental del personal de salud durante COVID-19: recomendaciones basadas en evidencia y consenso de expertos. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2021; 50(3):74-80. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.02.007>.
47. Defensoría del Pueblo Colombia. La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2019 (14th ed.) [Internet]. Bogotá: República de Colombia; 2020 [cited 2021 Jun 21]. <https://bitly.co/CtyC>.
48. Juan Carlos I de España. Boletín Oficial del Estado n.º 240 [Internet]. Madrid: Gobierno de España; 2011 [cited 2012 Dec 8]. <https://bitly.co/CtyO>.