

Aproximación conceptual a los determinantes sociales de la salud y a los determinantes de bienestar en el departamento de Risaralda como componentes dinamizadores de la integralidad en salud pública.

JUAN CARLO OSORIO SUÁREZ
Especialista en Psicología Clínica
Especialista en Gerencia de Sistemas de Salud

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRÍA EN GERENCIA DE SISTEMAS DE SALUD
2018**

Aproximación conceptual a los determinantes sociales de la salud y a los determinantes de bienestar en el departamento de Risaralda como componentes dinamizadores de la integralidad en salud pública.

JUAN CARLO OSORIO SUÁREZ
Especialista en Psicología Clínica
Especialista en Gerencia de Sistemas de Salud

Trabajo de grado para optar al título de
Magister en Gerencia en Sistemas de Salud

Asesorado por:
RAFAEL RICARDO RENTERÍA RAMOS
PhD en Ciencias Económicas, Post Phd

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRÍA EN GERENCIA SISTEMAS DE SALUD
2018**

Nota de aceptación:

Jurado:

Director de Proyecto:

Ciudad: _____ Fecha: _____

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	9
JUSTIFICACIÓN	11
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	17
“¿COMPRENDER LAS CATEGORÍAS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD, Y DETERMINANTES DE BIENESTAR, CONTRIBUYE A LA DINAMIZACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA EN EL DEPARTAMENTO DE RISARALDA?”	17
1. OBJETIVO GENERAL	17
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
2. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	17
2.3 FASE DEL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
2.4 REVISIÓN DOCUMENTAL	19
2.5 FASE DE CREACIÓN DE HIPÓTESIS	22
2.6 DEDUCCIONES DE CONSECUENCIAS DE LA HIPÓTESIS.....	22
2.7 CONTRASTACIÓN: REFUTADA O ACEPTADA	22
3. TÓPICOS DEL MARCO TEÓRICO:	23
3.1 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD VERSUS DETERMINANTES DE BIENESTAR: AMARTYA SEN Y LOS PROCESOS DE BIENESTAR INTEGRAL Y DESARROLLO HUMANO.....	23
3.2 ÍNDICE DE NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS (NBI, 1960) VERSUS ÍNDICE DE POBREZA MULTIDIMENSIONAL (IPM, 2010).....	27
3.3 SALUD Y DERECHOS HUMANOS.....	30
3.4 SALUD MENTAL EN EL MARCO DE LA SALUD PÚBLICA: UN ASPECTO RELACIONAL EN LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CONDUENTE AL DESARROLLO HUMANO	34
3.5 CAPITAL SOCIAL APLICADO AL CONTEXTO DE LA SALUD: UNA APROXIMACIÓN PRELIMINAR A POSIBLES FORMAS DE COMPRENDER LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	40
3.6 <i>Algunas referencias al informe técnico de determinantes sociales de la salud (OMS, 2009)</i>	46
3.7 <i>Capital Social y Bienestar</i>	48
3.8 REVISIÓN POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD (PAIS, 2016): MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD MIAS-RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN EN SALUD RIAS	49
3.9 CONFLICTO ARMADO Y SALUD: ACCIONES DE INTERVENCIÓN DESDE LA POLÍTICA PÚBLICA EN SALUD ANTE LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN VÍCTIMA EN COLOMBIA.	58
4. ALGUNAS CONSIDERACIONES FINALES SOBRE IMPLEMENTACIÓN DE PROCESOS DE CARACTERIZACIÓN TIPO “ANÁLISIS SITUACIONAL INTEGRAL DE LA SALUD ASIS”	92
5. PROPUESTA INDICADOR DE BIENESTAR INTEGRAL EN SALUD CON DETERMINANTES MIXTOS (DSS-DB) IBIS-DM.....	105
5.1 DISEÑO METODOLÓGICO PARA LA VALORACIÓN DE LOS DETERMINANTES DE SALUD EN RISARALDA SEGÚN LOS PARADIGMAS DEL BIENESTAR DE SEN MEDIANTE EL “INDICADOR DE BIENESTAR INTEGRAL EN SALUD CON DETERMINANTES MIXTOS IBIS-DM”	106
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES: INICIATIVAS DE CIERRE EN FAVOR DE LOS INDICADORES DE SALUD PÚBLICA EN EL DEPARTAMENTO DE RISARALDA.	115
6. NOTA FINAL DE CIERRE.....	121
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	123

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 Modelo de estructuración para la construcción de ecuaciones de búsqueda de literatura para la revisión. Fuente: Propia.....	20
FIGURA 2 Rejilla de registro y control documentos referenciados bajo ecuación de búsqueda	21
FIGURA 3 Cuadro Comparativo Modelo Pensamiento Amartya Sen & Economía Tradicional.....	23
FIGURA 4 Índice de desarrollo humano propuesto por Amartya Sen Fuente: (Sen, 2000)	27
FIGURA 5 Cuadro comparativo PAIS-MIAS-RIAS.....	58
FIGURA 6 Pirámide de Kelsen aplicada al contexto jurídico Colombiano.	69
FIGURA 7 Población VCA caracterizada MINSAL 2017	75
FIGURA 8 PVC Según SISPRO a 2017. Fuente MINSAL	75
FIGURA 9 Estructura Piramidal de PVCA. Fuente DANE 2017	75
FIGURA 10 Personas VCA según hecho victimizante. Fuente MINSAL 2017.....	76
FIGURA 11 Pirámide de atención PAPSIVI - Protocolo de Atención en Salud. MINSAL 2018.....	86
FIGURA 12. Perspectiva Sistémica de la Atención Integral en Salud. Protocolo de Atención Integral a Víctimas. MINSAL 2018	87
FIGURA 13 Presentación modelo ARMAR. Cuadro de Análisis.....	105
FIGURA 14 Ficha técnica Indicador IBIS-M. Fuente propia.	106

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Número de PVCA según año. Fuente MINSAL 2017	76
Tabla 2 Porcentaje de PVCA con discapacidad. Comparativo por departamentos. Fuente MINSAL 2017	76
Tabla 3 Registro de Discapacidad por departamentos y PVCA. Fuente MINSAL 2017	77
Tabla 4 Personas PVCA con tipo de alteración. Fuente MINSAL 2017	77
Tabla 5 PVCA según tipo de atención en salud ofertada. Fuente MINSAL 2015	78
Tabla 6 Comportamiento poblacional PVCA por género y edad. Fuente MINSAL 2015.....	78
Tabla 7 Comportamiento epidemiológico en PVCA. Fuente MINSAL 2017	79
Tabla 8 Principales grupos diagnósticos en salud mental para PVCA. Fuente MINSAL 2017	79
Tabla 9 Total de PVCA registro único de víctimas. Fuente UARIV 2018.....	86

GLOSARIO – BANCO DE CITAS

Determinantes Sociales de la Salud (DSS)
Determinantes de Bienestar (DB)
Salud Pública (SP)
Derechos Humanos (DH)
Derecho Internacional Humanitario (DIH)
Determinantes Sociales de la Salud (DSS)
Empresas Sociales del Estado (ESE)
Entidades Administradoras del Plan de Beneficios (EAPB)
Instituciones Prestadoras de Servicios en Salud (IPSS)
Política de Atención Integral en Salud (PAIS)
Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)
Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS)
Organización Mundial de la Salud (OMS)
Organización Panamericana para la Salud (OPS)
Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (PDSP)
Política de Atención Integral en Salud (PAIS) Resolución 0429 de 2016
Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS)
Formador de Talento Humano en Salud (FTHS)
Dirección Territorial de Salud (DTS)
Dirección Local de Salud (DLS)

Agradecimientos

A todo aquel que prestó su oreja, ofreció sus ojos,
extendió la mano, guardo silencio cuando fue necesario,
supo decir con serenidad y libertad.

Si encontrándonos, pudimos encontrarnos, gracias.
Mi corazón, brasa ya fría, ofrecerá recuerdo.

Introducción.

La presente investigación se enmarca en una serie de iniciativas de formación de alto nivel del talento humano en salud, liderada por la Fundación Salutia, en asocio con la Universidad Tecnológica de Pereira y la Gobernación de Risaralda, mediante el estímulo a jóvenes investigadores de la región, que, habiendo establecido el cumplimiento de una serie de criterios de ingreso, promueven la reflexión académica en líneas de conocimiento en la gerencia de sistemas de salud, generando además, aportes epistemológicos que buscan responder a inquietudes del fenómeno de la salud con enfoque territorial.

La maestría en gerencia en sistemas de salud, ofrece una línea de profundización conceptual en la salud entendida desde la salud pública. Los fenómenos que comprenden dicha línea de interés, expuesta y elegida por el investigador, permiten pensar una serie de categorías que se preguntan por: 1. Los determinantes sociales de la salud, 2. Los determinantes de bienestar, 3. La incidencia de dichos procesos en la salud pública como accionar que requiere un nivel de liderazgo, generado desde la internalización de dichos componentes como favorecedores de líneas de intervención específica.

Los determinantes sociales de la salud, estructurales o intermedios, han sido una manera de comprender y explicar, cómo inciden una serie de factores en la afectación directa de la salud en las poblaciones generales y diferenciadas por curso de vida, patología, trastorno, discapacidad, género, grupo étnico y demás. La OMS ha propuesto una serie de elementos conceptuales, investigativos, prácticos desde los cuales dicho asunto, requiere una noción integral, donde factores intersectoriales y transectoriales en salud, asumen su cuota de responsabilidad. Es decir, que la salud entendida desde éste tipo de determinantes, se cuestiona no solo por la parte prestacional de servicios en salud o de aseguramiento y vinculación al SGSSS, sino, además, por los asuntos que, en lo cultural, lo social, lo económico y político, incide en la salud entendida no solo desde la presencia de la enfermedad.

Así mismo, los determinantes de bienestar, generan una apuesta comprensiva generada en sus inicios como una categoría propia de las ciencias sociales, particularmente de la economía, donde se cuestiona sobre aquellos factores que inciden en la percepción de bienestar integral que genera a su vez desarrollo humano integral. El ejercicio de la libertad en pleno uso de la democracia, incide

de manera directa en la construcción de capital social, promueve prácticas donde se superan las inequidades en salud, y permite al tomador de decisión, una aproximación profunda para la gerencia integral de la salud pública.

Este último ejercicio, el de la salud pública, hunde raíces en la necesidad de pensar de manera sinérgica y multidimensional, bajo una lógica además, sistémica, que la salud surge como consecuencia de una serie de prácticas comunitarias, sociales, públicas, donde se interrelaciona de manera directa, el ejercicio de las políticas públicas, de la gobernanza y la rectoría propias de entidades como los Ministerios de Salud y Protección Social, las direcciones territoriales de salud, y en general de todo el sistema de salud.

La salud pública, los determinantes sociales de la salud, y los determinantes de bienestar, permiten a través del estudio profundo de las dinámicas humanas organizadas en clave de salud, generar procesos de diagnóstico situacional, procesos de caracterización según necesidades específicas en salud, y diseñar procesos de intervención que garanticen idoneidad y favorabilidad para la ejecución de los mismos.

Esta investigación, es entonces, una forma de responder a la cualificación constante de las iniciativas por interiorizar discursos donde las categorías previamente expuestas, permiten un cierto grado de fricción entre sí, para ampliar los procesos desde los cuales, el aporte teórico sirve de estandarte para responder en la medida de lo posible, a procesos de salud en el contexto territorial, y, de manera indirecta, problematizar elementos que son pensados de manera global, en lo internacional y nacional.

Generar aproximaciones conceptuales, no es un discurso baladí. Permite en línea con el interés de la formación de alto nivel, contar con una serie de profesionales, que comprendan la profundidad de los fenómenos sociales, de la integralidad de la salud, y en últimas de la necesaria humanización de la misma.

La rigurosidad del estudio, permite la coherencia interna en el abordaje de una serie de sub-categorías teóricas, sistematizadas mediante la revisión de temas y evidencia científica, que permite una noción de cercanía a las verdaderas necesidades del departamento de Risaralda. El marco teórico, aborda dichos

elementos, y los pone en discusión para promover la reflexión requerida para tal fin.

Esta investigación, que ha contado con el acompañamiento de un talento humano altamente calificado, y la rigurosidad metodológica dispuesta en entidades como la Fundación Salutia, y la Universidad Tecnológica de Pereira, permite abonar la reflexión pública de una entidad como la Secretaría Departamental de Salud de la Gobernación de Risaralda, demostrando el interés de dicha entidad, en la cualificación constante de sus procesos, con una perspectiva territorial donde se responda de manera ética y como práctica de buen gobierno, ante las necesidades de un territorio ampliamente variado.

Justificación

Ubicado en el sector central de la región andina, Risaralda es uno de los 32 departamentos de Colombia, cuya extensión aproximada de 3.592 km, lo hace acreedor del 0,3% del territorio colombiano. Constituido por una división territorial de 14 municipios, el departamento se ubica en la tradicionalmente conocida zona del eje cafetero con un clima cálido rodeado de montañas con grandes afluentes como el río Otún, siendo su capital y sitio de mayor concentración demográfica, la ciudad de Pereira, con cerca de 500.000 habitantes concentrados en zona urbana.

Su economía, se basa fundamentalmente en actividades del sector agrícola, ganadería, industria y comercio. Limita con departamentos del Valle del Cauca, Chocó, Caldas, y Quindío (1). Presenta zonas de amplia extensión rural, asentamientos indígenas emberá chamí con territorialidad autónoma en resguardos de Pueblo Rico y Santa Cecilia, población mestiza particularmente predominante dispersa, afrodescendiente particularmente concentrada en municipios límites con Chocó, y población migrante de otras zonas del país.

Sus cerca de 859.666 habitantes (2), lo hace un departamento mediado por una serie de condicionamientos de orden económico, político y cultural, de interés para la agenda nacional del Estado Colombiano, siendo departamento piloto en el ejercicio de iniciativas en política pública en salud como los dispuestos a la fecha, con la Política de Atención Integral en salud (3), entre otras experiencias como departamento y ciudad capital priorizadas.

Lo anterior describe una suerte de incitación al geomarketing en salud, en el entendido del cómo disponer de estrategias en el marco de la salud pública que comprendan las particularidades socio-demográficas de un departamento como el de Risaralda, con las variables culturales, demográficas y de distinto orden que el mismo presenta.

Según el Análisis de Situación en Salud (1) en Risaralda, existen una serie de elementos de interés puntual en el marco de la salud pública, con indicadores importantes para su análisis: Enfermedades infectocontagiosas particularmente relacionados con conductas sexuales de riesgo, mortalidad infantil, accesibilidad a servicios por diferentes componentes como ruralidad, mortalidad infantil y/o desnutrición- mala nutrición, desplazamiento interno por migración económica y/o conflicto armado, y marca importante tendencia todos los eventos relacionados con elementos de salud mental, particularmente trastorno afectivo bipolar, y consumo de sustancias psicoactivas.

Dentro de los procesos desde los cuales se establecen iniciativas de atención integral en salud, se vienen problematizando una serie de elementos que consolidan apuestas por mejorar las condiciones de calidad en la prestación de servicios, garantía en la accesibilidad de los mismos, mejora en la oportunidad en consulta y otras estrategias de orden asistencial, donde la articulación de procesos entre aseguradores y prestadores, buscan la armonización conflictuada de acciones, propias de un sistema de salud como el Colombiano.

El perfil aseguramiento en salud en el departamento de Risaralda, presenta según datos propios de la dirección territorial en salud, un amplio porcentaje de población vinculada al régimen subsidiado en salud, de proveniencia rural en su mayoría. Esto incide, además, en el entendido que son las Empresas Sociales del Estado (ESE), a nivel hospitalario, los principales prestadores en los diferentes municipios de los servicios en salud.

El ejercicio del perfilamiento, traduce, además, la necesidad de comprender a la luz de la salud pública, que no sólo se requiere pensar en la calidad del servicio prestado al interior de los hospitales, sino, además, en la directa relación que se tiene en el proceso de salud y contexto social, cultural, educativo, familiar y económico. La organización mundial de la salud (OMS) propone una comprensión

global, integral e integrada de la salud, por cuanto define la misma como un completo estado de bienestar armónico de carácter bio-psico-social. Es en este contexto, donde existen, además, una serie de elementos de análisis importantes a considerar en cuanto a procesos de atención integral en salud.

Los determinantes sociales de la salud (4) se asumen desde la OMS como una apuesta por hacer versátil el discurso de la salud pública, en cuanto a la comprensión de elementos que inciden de manera directa en el ejercicio armónico del bienestar de las personas y las comunidades. Factores de incidencia en la salud y el bienestar, que se derivan por la pertenencia social, económica, cultural, histórica, y por grupo en edad, son los asumidos desde la determinación social de la salud.

El perfil del departamento de Risaralda, implica entonces, a la luz de la salud pública, la posibilidad de comprender una serie de variables que inciden en la calidad de la salud como fenómeno de bienestar y desarrollo humano. El diseño de apuestas, estrategias y políticas públicas en el marco del fortalecimiento de acciones que permitan comprender que la salud No solamente corresponde a la ausencia de la enfermedad, sino a las condiciones por las cuales existen formas de comprender el bienestar de las personas, las familias y las comunidades.

Lo anterior describe, además, comprender que el proceso de la salud en clave de bienestar, traduce perfilamiento de desarrollo humano. El ejercicio de medir los determinantes sociales de la salud, ocasionalmente traduce también, una serie de datos que en sí mismos solo se presentan en calidad de indicadores, que usualmente no dicen en sí, de lo que esto representa para las personas, las familias y las comunidades; de allí que el ejercicio del desarrollo humano, sea presentado como una apuesta tipo horizonte para dotar de sentido las acciones que se promuevan entorno al bienestar en salud de las personas y comunidades.

Puede existir una alternativa para la comprensión de la salud como fenómeno de bienestar que conduzca al desarrollo humano integral. Pasar de la *determinación social de la salud*, a la comprensión de los *determinantes de bienestar*, es comprender el indicador clásico en salud a la luz de lo que implica esto para la persona, la familia y la comunidad. Amartya Sen (5), premio nobel de economía, presenta un interés particular por pasar de las lógicas clásicas de la medición de la pobreza y los indicadores de salud, a las perspectivas bajo enfoques de derechos,

en sociedades democráticas, con la posibilidad de pensar en el bienestar como horizonte del desarrollo humano, como consecuencia de la elección de las personas en libertad, según capacidades y funcionamientos de las mismas.

En esta misma línea, por ejemplo, la pobreza se presenta como una condición que genera vulnerabilidad en las condiciones de salud. Amplios son los estudios que demuestran la relación entre salud, enfermedad y pobreza, desde la lógica de los determinantes sociales, que traducen precariedad en acceso, barreras de distinta índole, factores educativos que inciden en la baja adherencia a los tratamientos, mediados por otros procesos de índole socio-económico y cultural.

Para Sen (1985) la pobreza debe medirse desde una condición multidimensional y bajo un enfoque axiomático. Esto implica a juicio de quien escribe, que puede establecerse una serie de elementos de relación con el fenómeno de la salud y la pobreza, en el entendido que la generación de acciones por parte de los prestadores, aseguradores y todos los demás entes rectores del sistema de salud, deben propender por la atención integral del fenómeno de la salud, entendida bajo el paradigma del bienestar y el desarrollo humano de potencialidades, superando condiciones propias de vulnerabilidad de distinta índole.

El desarrollo humano pensado desde la perspectiva de una economía alternativa como la antes mencionada con Sen (1985), o como la de Max Neff (2015), un desarrollo sostenible a escala humana, es una apuesta por pensar las condiciones desde las cuales se puede hacer énfasis en el desarrollo de potencialidades, y no solo detenerse en las precariedades o condiciones faltantes para lograr algo. El desarrollo humano en el contexto de la salud, implica entonces, la comprensión integral de lo que para la OMS es bienestar bio-psico-social, en el entendido de una serie de elementos que se presentan de manera contingente y traducen desarrollo de potencialidades favorables y estabilizadoras en la persona, su familia y su comunidad.

No es posible pensar en sostenibilidad de acciones en salud, desde la prestación de los servicios, si el énfasis se traduce en calidad de prestación de puertas para adentro de la institución prestadora del servicio en salud, pero, de puertas para afuera, en el contexto real de la persona (familiar, social, comunitario, laboral, político, económico, educativo, etc.) no se muestra igualmente vinculado a las acciones de intervención.

En este sentido la salud, es una apuesta por detenerse y pensar, no solamente el proceso de la enfermedad, sino el diseño de estrategias de diferente índole, desde las cuales poder generar articulación de los procesos que inciden en ella, para potenciar el desarrollo de acciones de protección específica, detección temprana, y justamente, los procesos de promoción de hábitos y estilos de vida saludable y prevención de enfermedades.

Lo anterior descrito, implica, además, el reconocimiento de unas lógicas por medio de las cuales, la aproximación al desarrollo humano implique una profunda noción subjetiva de persona. Las políticas de salud, y la consolidación de acciones en favor de las personas, comunidades y diferentes grupos de interés, parten de la condición ética de volver a pensar condiciones de servicio y proyección interdisciplinaria en salud.

Los procesos actuales a nivel de la libre economía del mercado, han puesto en la salud, una condición de accesibilidad o atención mediada por el pago o intercambio comercial sea en lo público o en lo privado, el factor de comercializador de un producto y servicio cada día se le adjudica más el carácter de proceso a mercadear, sea salud o enfermedad.

La apuesta ética y moral propias del desarrollo humano, inquiere a los tomadores de decisión, en el ámbito de la salud pública –la salud de todos- una posición que permita pensar de manera integral, y bajo un paradigma de la complejidad, que el todo no es solamente el resultado de la suma de las partes, es decir, no solamente pensar que la enfermedad es la ausencia de la salud, sino que la salud en sí misma, es una condición de bienestar integral, que permite de manera exponencial, el desarrollo de condiciones por medio de las cuales, el desarrollo humano se establezca como horizonte esperado a conseguir, en las lógicas de atención integral dispuestas por el sistema de salud.

En ese mismo orden de ideas, gerenciar procesos de salud, implica una posición ética por parte del Gerente de dichos sistemas de salud. Posición ética que traduce la puesta en marcha de una forma de relacionarse del tomador de decisiones, sea en el marco de lo público o lo privado, frente a las personas que

son, en primera instancia, quienes estarán amparadas bajo los efectos de dichas decisiones.

Un tomador de decisión a nivel gerencial en salud, se espera entonces, no pierda de vista que en su proceder, estarán disponiéndose una serie de elementos con los cuales, el desarrollo de bienestar integral y humano se definirá en la salud, no solamente por la ausencia de las enfermedades que su población asignada tenga, sino por la garantía de pensar, en qué tipo de acciones se establecen para el desarrollo armónico de potencialidades de las personas, que eleven su calidad de vida, y no las hagan presas de las condiciones propias del mercado, que ocasionalmente busca la enfermedad como negocio mediado por la rentabilidad y la utilidad.

La gerencia de la salud pública, como es pensada en esta investigación, implica asumir la relación directa que presentan las categorías macro de este estudio: Determinantes Sociales de la Salud, Determinantes de Bienestar y Salud Pública. En este orden de ideas, se pretende proponer una dinamización de conceptos y categorías conceptuales, mediante una revisión de literatura y una serie de elementos narrativos de orden académico y contextualizado para el departamento de Risaralda, que permita pensar en las acciones que establecen sinergia entre dichos conceptos.

El abordaje de tópicos como las formas de medición de pobreza a nivel multidimensional, la relación existente entre salud y derechos humanos, el impacto de la salud mental en las condiciones de cualquier tipo de determinantes de la salud, la generación de capital social y otros temas a fines a los procesos de caracterización en salud, permite, una integralidad de componentes a fines a los intereses del investigador por demostrar, que los indicadores en salud asumidos bajo las lógicas de la determinación social de la salud, no pueden ser simples elementos categóricos, o taxonómicos de interés en salud, sino que, deberán ser entendidos como factores que inciden en las dinámicas de la salud pública.

Pregunta de Investigación

“¿Comprender las categorías determinantes sociales de la salud, y determinantes de bienestar, contribuye a la dinamización de la salud pública en el departamento de Risaralda?”

1. Objetivo General

Generar una aproximación conceptual a los determinantes sociales de la salud y a los determinantes de bienestar, que permitan dinamizar la salud pública en el departamento de Risaralda, a partir de una visión multidimensional de las capacidades y funcionalidades que promueven la integralidad en salud.

1.2 Objetivos Específicos

1.2.1 Relacionar puntos de encuentro epistemológicos entre categorías conceptuales como “Determinantes Sociales de la Salud” y “Determinantes de Bienestar” que permitan dilucidar los aportes de tales categorías a la comprensión de la salud pública como fenómeno de interés para la gerencia de los sistemas de salud.

1.2.2. Establecer marco conceptual y metodológico en relación a determinantes sociales de la salud y determinantes de bienestar, que se traduzcan en insumo para la armonización del Modelo Integral de Atención en Salud MIAS en el departamento de Risaralda.

1.2.3 Generar una propuesta para la valoración multidimensional del bienestar integral en salud, que articule los aportes de los determinantes sociales de la salud y los determinantes de bienestar, como unidad de análisis de la salud pública de los Risaraldenses.

2. Metodología de la Investigación

Para el desarrollo de esta propuesta de investigación y en correspondencia con los objetivos de investigación trazados, se ha decidido utilizar el método hipotético-

deductivo que se fundamenta según Hernández, en su sobre texto metodología de la investigación (6):

“...es el procedimiento o camino que sigue el investigador para hacer de su actividad una práctica científica. El método hipotético-deductivo tiene varios pasos esenciales: observación del fenómeno a estudiar, creación de una hipótesis para explicar dicho fenómeno, deducción de consecuencias o proposiciones más elementales que la propia hipótesis, y verificación o comprobación de la verdad de los enunciados deducidos comparándolos con la experiencia”.

Estos condicionantes resultan de gran importancia, porque permite concertar reflexiones que contengan enfoques mixtos de racionalidad o momento racional (que son elementos que conducen a la creación de hipótesis o deducciones analíticas) y empirismo (observación y verificación), como las que requiere el tratamiento de los determinantes sociales de la salud bajo la reflexión de las corrientes teóricas que estudian el bienestar. Bajo esta perspectiva se han establecido las fases metodológicas para tratar los objetivos que dan los constructos para la materialización de esta propuesta:

1. Planteamiento del problema (Empírico)
2. Creación de hipótesis (Racional)
3. Deducciones de consecuencias de la hipótesis (Racional)
4. Contrastación: Refutada o aceptada (Empírico)

2.3 Fase del planteamiento del problema

Esta fase será utilizada en esta investigación para estructurar de manera analítica, epistemológica la conceptualización de los “Determinantes Sociales de la Salud” y los “Determinantes de Bienestar”, destacando los puntos de interés, encuentros, brechas teóricas desde una aproximación sistemática. Como se trata de un componente empírico los recursos que serán usados para la construcción de este epígrafe serán resultado de una revisión documental en la cuales se privilegian trabajo de investigación, estudios de casos como otro material científico que hayan valorado estos aspectos en grupos poblacionales con determinantes características demográficas y epidemiológicas.

2.4 Revisión documental

Revisión documental (7), amparado bajo perspectiva de revisión sistemática de artículos indexados. En este entendido Dentro de las diferentes acciones de investigación en el proceso SIMUDAT- Fundación Salutia-Gobernación de Risaralda, en relación al tema propuesto en medio del tema de investigación bajo el título **“Aproximación conceptual a los determinantes sociales de la salud y a los determinantes de bienestar en el departamento de Risaralda como componentes dinamizadores de la integralidad en salud pública.”**, desarrollada por el becario de la Maestría en Gerencia en Sistemas de Salud, de la Universidad Tecnológica de Pereira, Juan Carlo Osorio Suárez, bajo el acompañamiento del investigador principal Dr. Rafael Ricardo Rentería, se logra consolidar en calidad de herramienta y estrategia de análisis la *revisión sistemática* (8) como forma de abordaje conceptual de una serie de elementos de interés en el marco del abordaje conceptual propio de la investigación.

De igual manera, existe dentro de la metodología propuesta para la investigación en curso, una mixtura que promueve el uso de la revisión narrativa (9) como otra herramienta de exploración conceptual, y de análisis de ciertas categorías de interés para el estudio en curso, donde se puedan imprimir ciertas sensibilidades del autor frente a las condiciones que transversalizan el fenómeno de la salud, como lo son, los enfoques de derechos, la revisión del capital social y la salud mental.

Si bien amparada dicha estrategia bajo la perspectiva de las acciones en el campo clínico-investigativo, promoviendo acciones de investigación y aporte de resultados basados en la evidencia, aquí se propone algunos elementos en el marco de la salud pública, promoviendo elementos de búsqueda que guardan ciertas similitudes, y ofrecen, además, ciertos distanciamientos en el entendido de las fronteras que este tipo de estudios requiere.

La iniciativa, es tener las mejores pesquisas en el campo de revisión de bases de datos, para revisar el algoritmo que relacione con rigor metodológico los siguientes factores o comandos de investigación:

1. Determinantes Sociales de la Salud,
2. Determinantes de Bienestar
3. Salud Pública.



FIGURA 1 Modelo de estructuración para la construcción de ecuaciones de búsqueda de literatura para la revisión. Fuente: Propia

Estas ecuaciones tendrán en su interior la asociación de los componentes teóricos principales de cada esfera (presentada en la figura 1), con conectores lógicos tales como: AND, OR, NOT, entre otros. Esta búsqueda será realizada en algunas bases de datos que serán priorizadas por criterios tales como: Global Impact Factor (GIF), Index Copernicus, Science Citation Index (SCI), Science Citation Index Expanded, Scopus, Web of Science. Además de ello se aplicará algunos criterios con la posibilidad de analizar literatura gris de la temática, tales como la que se presentan a continuación:

1. Criterios de búsqueda activa en bases de datos indexadas
2. Especificidad temática en salud pública que aborden temas de determinantes sociales de la salud y determinantes de bienestar.
3. Estudios de desarrollo socio-económico que impliquen acciones en el proceso de Determinantes de Bienestar.
4. Se establece criterios de selección de los artículos bajo recolección de los mismos con prioridad de aquellos que presenten Periodicidad no superior a los 5 años, es decir, publicaciones entre los años 2012 y el 2017.
5. Si bien se establece revisión general de la bibliografía según diferentes tipos de bases de datos al alcance del investigador-becario, se propone, además, que un criterio de interés, sería la restricción territorial del universo de artículos consultados.
6. Se establecerán discusiones, conclusiones y recomendaciones en relación al universo del abordaje de los artículos. Se espera para la revisión de artículos, el

abordaje de al menos cincuenta (50) artículos avalados por la comunidad científica.

7. Rejilla de presentación: El investigador propone la siguiente rejilla de presentación de artículos en la revisión sistemática, con el uso de este tipo de presentación (a modo de ejemplo)

TÍTULO DEL LIBRO/ ARTÍCULO INDEX	PALABRAS CLAVE (DESCRIPTORES)	AUTOR (ES)	PUBLICADO EN- FUENTE DE REFERENCIACIÓN	#PÁGS	AÑO
Funciones esenciales de la salud pública. 42° Consejo directivo 52 Sesión del Comité Regional. Organización Panamericana de la Salud OPS.	Funciones esenciales de la salud pública. Organización panamericana de la salud.	Organización Panamericana de la Salud OPS.	Repositorio Organización Panamericana de la Salud OPS: http://www.paho.org/col (10)	25	2001
<p>Descripción General-Reseña Breve: El presente artículo obedece al esfuerzo establecido por la Organización Mundial de Salud para definir una serie de acciones de interés en la salud pública, que se denominan “funciones esenciales de la salud pública y consisten en acciones de monitoreo y rectoría de los sistemas de salud así:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. FESP monitoreo y análisis de la salud poblacional 2. FESP vigilancia, investigación y control de riesgos y daños en salud pública 3. FESP promoción de la salud. 4. FESP participación social y empoderamiento de la sociedad civil en procesos de salud. 5. FESP desarrollo de planes, políticas y capacidad de gestión en favor de la salud pública y la rectoría sanitaria. 6. FESP regulación y fiscalización en salud pública. 7. FESP evaluación de la accesibilidad y equidad en los servicios en salud para la población. 8. FESP desarrollo del capital humano – talento humano en salud- y formación continuada en salud pública. 9. FESP garantía de los servicios de salud a nivel individual y colectivos. 10. FESP investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud. 11. FESP establecimiento de procesos de reducción de daño en estados de emergencias y desastres en salud. <p>Así las cosas, la iniciativa de proponer una serie de elementos de interés en el seguimiento y evaluación continuada de las FESP, se traduce en la posibilidad de fortalecer las acciones que las entidades organizadas a nivel de lo público, puedan justamente propender por la mejora de acciones continuas en salud pública.</p> <p>Conclusiones y Recomendaciones de utilidad para la investigación: En el marco del proceso de la investigación en curso para la tesis de maestría en gerencia en sistemas de salud, el artículo se presenta en calidad de referente obligado para la adopción de acciones rectoras en el marco de la salud pública para todo el territorio nacional. Aporta funciones consideradas esenciales, para el desarrollo de política pública en salud. Su aporte a la consolidación de elementos diferenciadores en el desarrollo de procesos de atención integral, se enlaza de manera directa con lo procesos propios de los determinantes sociales de la salud y los determinantes de bienestar.</p>					

FIGURA 2 Rejilla de registro y control documentos referenciados bajo ecuación de búsqueda

Con los resultados obtenidos se procederán a construir fichas bibliográficas que dará la explicación del análisis realizado al documento, en forma de resumen analítico.

2.5 Fase de creación de hipótesis

Una vez se cuente con las fichas bibliográficas producto de la revisión de literatura, se procederá a la construcción de hipótesis. Para este caso se utilizarán los postulados plasmados desde la visión de los enfoques multidimensionales de valoración del bienestar, direccionados especialmente por los conceptos de privaciones de capacidades y funcionamientos sociales. Con los factores estructurales que tienen más impacto en el estatus de salud de los individuos. Una vez obtenidos estos resultados, se realizan las priorizaciones factores y la construcción de sus condicionantes sociales a la luz de unidades de análisis internacionales, nacionales y regionales.

2.6 Deducciones de consecuencias de la hipótesis

En esta fase se pretende constatar a partir de las hipótesis creadas juicios que permitan conocer las implicaciones que han tenido las apuestas públicas de las entidades encargadas de la salud al interior de departamento de Risaralda. De manera tal que se logren establecer las causalidades de esta determinación social (bajo la perspectiva del bienestar) en el bienestar de su salud de los individuos. Así, no solo se logra estudiar el porqué de su situación, agudización, mejoría o lo que se debería de hacer para que pueda ubicarse en mejores estadios.

2.7 Contrastación: refutada o aceptada

Con las deducciones obtenidas de la fase anterior, se inicia el proceso de contrastes de la hipótesis para su aceptación y rechazo. En ese sentido, se utilizará algunos resultados obtenidos de la fase del planteamiento del problema que permitan avalar las decisiones que conduzcan a la configuración del bienestar en la salud de los individuos. Además de estos aspectos se considerarán algunos resultados locales (investigaciones, planes de mejoramiento, etc.) que puedan determinar el éxito o fracaso de implementar estas medidas al interior del departamento.

3. Tópicos del marco teórico: A continuación, se establece el abordaje categorial de una serie de unidades de análisis teórico, desde las cuales, se pretende dar razón de elementos de interés para el desarrollo conceptual de los componentes a fines a la investigación. Dichas categorías conceptuales, o unidades de análisis, pretenden poner en escena, las unidades temáticas que contienen la apuesta por comprender las características propias del estudio.

3.1 Determinantes sociales de la salud versus determinantes de bienestar: Amartya Sen y los procesos de bienestar integral y desarrollo humano.

Las apuestas comprensivas por asumir el reto de la atención integral de las poblaciones socialmente de-privadas, o con índices de vulnerabilidad multidimensional han sido asumidos por diferentes áreas disciplinares, entre los que se pueden referir, ciencias psicológicas, económicas, sociales, y en general, toda aquella que genere interés por aportar a la superación de las vulnerabilidades y la generación de capital social.

Amartya Sen (2005) premio nobel de economía, genera una serie de estudios desde la lógica del desarrollo social y el desarrollo humano, con el cual, avanza en las lógicas de la economía tradicional, y propone una serie de elementos de interés para la superación de inequidades, pobreza multidimensional, y asume la posibilidad de pensar el fenómeno de la salud, como una acción propia multidimensional no amparada en exclusiva bajo el discurso hegemónico de la medicina o la biología.

El pensamiento de Sen pone en manifiesto la necesidad de pensar la salud bajo un enfoque multidimensional que promueva la superación de inequidades en salud, y genere con esto, el aprovechamiento real de las capacidades y funcionalidades de la persona, la familia y la comunidad organizada con fines democráticos, que verdaderamente garanticen acciones de libertad que faciliten la salud como un servicio público.

PENSAMIENTO DE AMARTYA SEN	ECONOMÍA TRADICIONAL
Desarrollo del potencial humano	Producción eficiente
Desarrollo de Capacidades para incrementar opciones disponibles	Utilidad como maximización de beneficios de manera eficiente

FIGURA 3 Cuadro Comparativo Modelo Pensamiento Amartya Sen & Economía Tradicional

Se genera, además una apuesta crítica al Utilitarismo en perspectiva de Sen, se percibe en el marco de la política pública, bajo tres características: 1. Consecuencialismo, 2. Análisis de bienestar (welfarism), 3. Ordenamiento basado en sumas (Función Social de Bienestar Sumado)



Principio de Pareto (Criticado por Sen): Toda política es mejor, siempre y cuando se beneficie a -1 sin perjudicar a otro.

Ordenamiento social <-----> índice de sentido humano.

El supuesto de racionalidad al que llama Sen (11) genera fundamentalmente, una crítica a la racionalidad humana. La maximización de la utilidad es una mala descripción del cómo se comportan las personas. Los deseos humanos son ignorados por la economía tradicional porque se enfoca en la utilidad derivada por las cosas que se escogen y no por el proceso de escogerlas.

3.1.2 Algunos principios fundamentales de la lógica económica de Sen (12):

Externalidad: La economía es la relación interpersonal, lo NO explicable en economía.

“El análisis económico tradicional ignora las preocupaciones sociales, ignora el interés de bienestar de las futuras generaciones, y lo más importante de todo, no pone ninguna atención a aspectos éticos” (Sen, 1987)

- **Preferencias:** Las preferencias son adaptativas. Las elecciones de las personas se fundan en lógicas de beneficios personales que implican condiciones adaptativas.
- **La unidad de análisis en la economía del bienestar tradicional:** Desde la perspectiva de Sen, la unidad de análisis NO es la familia, sino el individuo. Desarrollo de perspectiva de género es una condición mediada

por prácticas culturales y sistemas de creencias que afectan el sentido de libertad. Una democracia, se espera sea sostenida en el ejercicio de libertades (13)

3.1.2 Análisis de capacidades y pobreza, algunos puntos clave.

Dadas las condiciones propias de la lógica del pensamiento en Sen, el ejercicio de las capacidades y funcionalidades, se exponen como un elemento de interés para el desarrollo de aquello que determina el bienestar de la persona, la familia, y la comunidad.

Las capacidades y funcionalidades, se traduce como elementos generativos en los colectivos sociales, que la persona tiene, para el ejercicio de su libertad, y con el cual, tiene la posibilidad de superar los entrapamientos de la pobreza. Capacidades que son dispuestas en la transformación de las realidades sociales, que, a su vez, generan capital humano para el ejercicio de la libertad. La funcionalidad como capacidad de transformación de la realidad, se lee en clave de democratización del poder, y desarrollo integral del bienestar, al disponer de lo social, lo económico y lo político, cual categorías de fortalecimiento de vínculos generados en libertad. Algunos elementos clave para dicha comprensión que se propondrán aquí, se relacionan a manera de inventario, por el interés específico del investigador en no incurrir en grandes extensiones teóricas de la obra de Amartya Sen, más bien, relacionar algunos elementos que fundan la relación para la lógica del bienestar, esto son:

- a. La pobreza y la desigualdad, deben asumirse de manera multidimensional, “Alcanzar un orden completo no puede ser un requerimiento previo de la legitimidad de un principio moral” (14)
- b. Estudios sobre la Hambruna: No es la escasez del recurso, sino la Distribución del Mismo: “Las hambrunas no existen en países democráticos o con libertad de prensa”. (11)
- c. Medición de Pobreza y Desigualdad: El análisis tradicional lo mide en capacidad de ingreso para sostener un grupo familiar. Índice de pobreza per-capita, donde Amartya Sen propone una lógica de medición de pobreza bajo un “*enfoque axiomático*”. La pobreza per-cápita es ciega a la distribución dentro de los pobres, lo que se conoce en la literatura como intensidad de la pobreza.

d. Desigualdad económica es diferente a Desigualdad de Ingreso. Amartya Sen empieza desde allí a hablar de multidimensionalidad de la pobreza.

e. Bienes y capacidades: La evaluación del nivel de vida de las personas, no se debe basar en bienes, características, utilidad, sino en las capacidades de las personas. Capacidad se refiere a la libertad que tiene una persona en términos de elección de funcionamientos, donde lo último se refiere a aquellas cosas que las personas pueden alcanzar (como tomar parte de la vida en la comunidad).

f. Concepto de Capacidades: El concepto de capacidades en Sen es un marco teórico moral, propone que los acuerdos sociales deben ser evaluados de acuerdo a la libertad de la persona, para lograr los funcionamientos que ellos valoran. Las capacidades son funcionamientos que le permiten a las personas Ser o Hacer, enfocado en la libertad de elección.

La economía tradicional busca la libertad de elección entre bienes de consumo. En contraposición, Sen, lo que propone en relación a la libertad, es que se presenta como una autodirección auténtica. Presenta dos aspectos importantes (Agencia y Capacidades). Dicho enfoque está centrado en la Persona, buscando que la misma sea promotora de su propio bienestar, promoviendo condiciones éticas y morales de la persona.

g. La medición del enfoque de capacidades (no capacidad): Implica comprender la capacidad como una alternativa de elección libre, mediada por factores culturales, medioambientales, condiciones físicas y de seguridad, que permiten el empoderamiento de la persona mediante acciones de agencialidad. Agencia (lo que más desea la persona) Empoderamiento (Poder para alcanzar las cosas que se desea en la vida). La teoría de las capacidades busca propiciar las circunstancias para la realización de las aspiraciones personales. El enfoque va más allá del mero desarrollo de talentos y habilidades.

h. Desarrollo Humano: Expansión de las libertades de las personas de vivir una larga vida, saludable y creativa, de alcanzar metas que las personas atribuyen valor, de participar activamente en el desarrollo sostenible y equitativo del planeta.

i. Índices de Desarrollo Humano: A la Está bajo construcción, es interdisciplinario, es multidimensional (cuantitativo y cualitativo), es paradigmático. Debe ser medible y desagregable. El concepto de desarrollo humano, es más amplio que el índice de desarrollo humano.

1. Vivir una vida larga y saludable (Dimensión es “larga y sana vida”, indicador: Esperanza de vida al nacer)

2. Nivel de educación (Dimensión es “conocimiento”, el indicador es: Media de años escolares – Años escolares esperados)

3. Tener un nivel de vida decente (Dimensión es: Nivel de vida estándar, Indicador: PNB Per cápita)

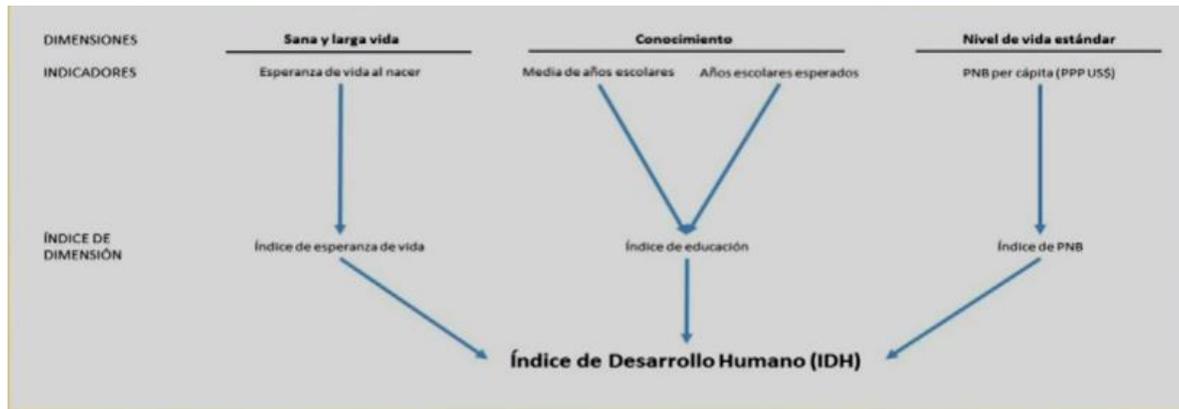


FIGURA 4 Índice de desarrollo humano propuesto por Amartya Sen Fuente: (Sen, 2000)

j. Teoría de Justicia Social: La idea de justicia va más allá del enfoque de capacidades, busca la economía del bienestar. Presenta un antecedente desde Rawls (1971), quien habla de una teoría de justicia social que centra su atención en la vulnerabilidad del individuo que presenta mayor desventaja en el entendido racional de lo que “un hombre debe tener”. Sen propone que las personas tienen derecho a recursos que fueron justamente adquiridos o justamente transferidos.

k. Democracia y justicia social: Un país está listo a través de la democracia. La democracia es importante para el desarrollo de la justicia social en un país. La democracia y la justicia social depende de la institucionalidad y el vigor con que se ponga en práctica. La democracia es un proceso, no un fin.

3.2 Índice de necesidades básicas insatisfechas (NBI, 1960) versus Índice de pobreza multidimensional (IPM, 2010)¹

El desarrollo de las apuestas sociales y económicas históricamente, ha tenido por iniciativa comprender las condiciones macro y micro económicas, con las cuales poder hacerles frente a las dinámicas de una población en un contexto social determinado. El problema de la pobreza, ha sido objeto de especial interés para la

economía como disciplina social, en la medida en que se traduce en un factor determinante de las condiciones de bienestar humano.

En la época reciente, las condiciones del abordaje del fenómeno de la pobreza, han representado una serie de iniciativas de orden interdisciplinario, que han implicado, además, la evolución de formas, conceptos y técnicas, desde las cuales concebir no sólo la dinámica estructural del mismo, sino, además, procesos y procedimientos que realmente consideren las condiciones de impacto en las dinámicas humanas. La pobreza implica comprender entonces, no solo la ausencia de medios o mecanismos para satisfacer necesidades básicas, sino, además, la necesidad de comprender cómo estas ausencias impactan desarrollos humanos y sociales.

Amparado bajo lógicas econométricas clásicas, la pobreza ha sido abordada en el Estado Colombiano hasta antes del 2016, desde una perspectiva típicamente monetaria que pretende determinar las variables que inciden en la capacidad de ingreso presentes en determinados grupos poblacionales. El índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) ha sido el bastión preponderante de entidades como el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas en Colombia (DANE, 2017), por iniciativas de seguimiento a las políticas globales de entidades como la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 1980), que, unidas a iniciativas de la Organización de las Naciones Unidas, proponen procesos desde los cuales, incidir en la calidad de vida de las poblaciones.

El proceso de medición de la pobreza desde la perspectiva de la capacidad de ingreso, incide en la aproximación desde la cual existe capacidad de usufructuar bienes y servicios, que se ven representados en diferentes componentes de referenciación económica como lo es la canasta familiar básica, es decir es pobre quien no tiene los medios para acceder a la satisfacción de sus necesidades básicas (CEPAL, 2016). De igual manera, es importante reconocer cómo desde las condiciones de medición del NBI, se tienen en consideración aspectos tales como: Acceso a la vivienda, acceso a servicios sanitarios, acceso a educación, capacidad económica, y la relación que tiene la persona o población, para acceder a las mismas.

Históricamente la pobreza ha implicado una forma de concebir la capacidad que tiene la persona o grupos de personas, para poder acceder a una suma de condiciones generadoras de bienestar, que implican justamente: Posibilidad de subsistir, suplir necesidades básicas para la vida, y la capacidad de percepción de injusticias e inequidades propias de la persona/población que hace de la privación relativa una condición a tener en consideración.

El desarrollo de todo el proceso econométrico en cuanto a la perspectiva de abordaje de la pobreza desde las NBI, ha implicado entonces, una apuesta centrada en la medición de la capacidad de ingreso. La pobreza implica bajo esta perspectiva, que elementos específicos como el hambre, están determinados por la ineficiencia en la repartición de recursos que se establecen entre las personas/poblaciones, asunto que implica la necesidad de comprender, quienes son los actores que inciden en dichos procesos de orden social, asunto que apertura la puesta en marcha de procesos y exigencias ante la organización de grupos poblacionales en estructuras como el Estado, los territorios y las localidades.

Los procesos que se establecen bajo esta perspectiva de las Necesidades Básicas Insatisfechas, asumen como unidad global de medida a los hogares y su capacidad e ingreso establecida bajo condiciones monetarias que, se estima, es la forma a través de la cual se pueden suplir necesidades, de allí el énfasis en tener en consideración factores como el Producto Interno Bruto (PIB) y el Ingreso Per Cápita. Unidades funcionales a nivel económico, que se traducen en favorecimiento de los procesos de medición, en el caso de Colombia, medidos en línea al salario mínimo legal vigente (SMLV).

Todo lo anterior, promueve, además, reconocer que esta alternativa, usada por diferentes estados a nivel mundial, garantiza una forma de medir que moviliza acciones de política pública, en materia de organización de estrategias y mecanismos con los cuales poder impactar la mejora de las condiciones y garantías desde las cuales mejorar la perspectiva de las personas frente a la posibilidad de mejorar la satisfacción global de las necesidades.

Sin embargo, se ha interpretado a la fecha, que dicha perspectiva de medición, solo tienen en consideración una perspectiva monetaria, unidimensional de la

pobreza, que alude a la capacidad de ingreso. La pobreza, en relación a las implicaciones de la misma, no solo traduce una perspectiva dada en capacidad de ingreso, sino, además, la necesidad de tener en consideración, una serie de dimensiones extra, que afectan de manera directa la calidad de vida de las personas, y el desarrollo humano de los pueblos.

Propuesto por la ONU hacia el 2010 en alianza con la Iniciativa de Pobreza y Desarrollo Humano de Oxford, el índice de pobreza multidimensional, pretende consolidarse como un esfuerzo para comprender la incidencia de una serie de dimensiones en los procesos de pobreza y afectación poblacional por la misma. Contempla, a diferencia del índice de NBI, dimensiones como: Educación, Asistencia Sanitaria-Salud, Calidad de Vida-Bienestar Social.

Es importante reconocer que no existe un método único, cerrado y cien por ciento fiable, para la medición de la pobreza. Lo interesante del ejercicio de la medición a través del índice multidimensional, es que la iniciativa se centra en, no contabilizar a los pobres, sino, generar acciones que contemplen cómo se ven afectadas dimensiones básicas de las personas, que, en virtud de sus necesidades, promuevan el desarrollo de capacidades y funcionalidades (15) con los cuales se permita el empoderamiento que promueva el desarrollo humano.

3.3 Salud y Derechos Humanos

El goce máximo de salud, es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, la iniciativa de reconocer las implicaciones que tiene la salud como condición inherente del colectivo humano, implica generar una serie de acciones articuladas, que reconozcan las implicaciones fundamentales de saberse vivo, y en sintonía con dicho ejercicio, permitir generar procesos conducentes a su prevalencia y sostenibilidad en el goce efectivo.

Pensar el ejercicio de la salud, aunada a una garantía fundamental de derechos, incide reconocer que existen una serie de elementos desde la gobernanza de la salud, que traduce un principio de universalidad en la búsqueda de toda condición que garantice el bienestar humano conducente a la salud, bajo el entendido de un estado armónico a nivel bio-psico-social.

La organización de las naciones unidas hacia el 2017, consciente de los aprendizajes derivados de los diferentes acontecimientos históricos del planeta, se instauro hacia 1946, contemplando la necesidad de asumir posiciones prevalentes en la dignidad humana, y dentro de aquellos atributos que hacen digno al ser humano, el derecho al gozar de bienestar en su salud se contempla como uno de los fundamentales.

Mediante declaración Alma Ata (16) se estipulan una serie de elementos fundamentales en cuanto a la garantía de la salud, que implica reconocer: el deber de luchar por el máximo nivel de goce posible en la salud como derecho humano fundamental; la necesidad de instaurar una serie de convenciones de adopción internacional, para la disminución de riesgo y daño en los procesos investigativos con seres humanos, y contemplar, mediante la declaración de Caracas (1990), que dentro de los fenómenos de salud, la salud mental, es un elemento fundamental de todo proceso de intervención continuada que requiera contemplar acciones de integralidad.

El goce del más alto nivel posible de salud, implica, entre otros elementos, la necesidad de pensar en el diseño de procesos de intervención desde la salud pública, la salud de todos, en un ejercicio de: Universalidad, Accesibilidad, Asequibilidad, Integralidad e Integración. Los sistemas de salud, no solo implican la apuesta por una atención organizacional y/o administrativa – económica de la salud, sino que, además, asumen los sistemas de salud, una apuesta por la garantía fundamental de los derechos, a que las personas tienen declarados para su dignidad humana.

Las tendencias internacionales en relación a la gobernanza de los sistemas de salud, implican el reconocimiento de acciones específicas conducentes a pensar en que garantizar la salud, es garantizar la dignidad de las personas, independientemente de sus condiciones culturales, políticas, económicas, sociales, y psicológicas. Es justamente, la unión de esfuerzos de seres humanos, que la sintonía con su libertad, promueven condiciones democráticas a través de las cuales, se generen todo tipo de acciones y recursos que permitan comprender que la salud no solo es la ausencia de la enfermedad, sino, además, la posibilidad de comprender que ésta, debe conducir a una condición dignificante de bienestar.

Los gobiernos, la sociedad civil organizada, y las organizaciones de derechos humanos, comprenden que la unión de esfuerzos por la atención integral en salud, implica además, priorizar ciertos grupos poblacionales que requieren especial atención, promoviendo la implementación de enfoques de intervención por diferentes componentes, como lo son: grupos de atención enfoque étnico, enfoque de atención por ciclo vital, enfoque por género, y otras condiciones propias de perfiles poblacionales altamente vulnerables.

La salud pública, comprende que el ejercicio de intervención en procesos de salud, no solo requiere establecer la garantía de acciones jurídico – administrativas, desde las cuales se pueda generar engranajes garantes de procesos asistenciales, tal él es caso de la articulación entre aseguradores y prestadores mediante procesos de cobertura universal en salud; sino que además, la salud pública traduce una conciencia clara de intervención donde las acciones de corresponsabilidad en salud, se presentan como la posibilidad cinegética de asumir procesos de mutua responsabilidad.

Pensar en la garantía del derecho fundamental a la salud, requiere no solamente contemplar las acciones, por demás necesarias, de garantizar procesos de sana articulación intersectorial de la salud, sino que, en los procesos de gobernanza de la salud, se requiere promover acciones de ética y política intersectorial, donde lo económico, lo cultural, lo científico, y lo social, se ponen en manifiesto de un compromiso plural. Se trata aquí, de asumir la responsabilidad, de garantizar un derecho del cual, por conexidad con la vida, dependen todos los demás derechos fundamentales de los seres humanos.

El Estado entonces, como principal consecuencia de la organización de la sociedad civil, representante de la democracia, se ubica como ente regulador de las acciones de dignidad en salud. Tiene por deber, proteger, promover y respetar las acciones desde las cuales, el ejercicio de la salud, se traduzca en el desarrollo de acciones dignificantes para cada una de las personas miembros de dicha organización. La dignidad se traduce como una condición inherente a las personas, sujeta de manera proporcional a la garantía que el Estado promueve de acciones para el goce efectivo de sus derechos. La salud y la enfermedad, son fenómenos humanos que requieren de la perspectiva de los derechos justamente para que la dignidad prevalezca.

A continuación, se relacionan algunos elementos formales, que fortalecen dichos argumentos:

Instrumentos vinculantes de la ONU-OMS:

- a. Carta de las naciones unidas (1945) “Instrumento que establece propósito de lograr cooperación internacional sin distinción alguna”.
- b. Constitución de la OMS (1946) “Goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, sin distinción alguna”
- c. Pacto internacional de derechos civ y poli (1966) “Prohibición de experimentación científica sin consentimiento informado de los individuos”
- d. Derechos económicos, sociales y culturales (1966) “Determinantes sociales de la Salud” arti 12. Derecho a la salud.
- e. Convención contra todas las formas de discriminación mujer (1979)
- f. Convención derechos del Niño (1989) “Derechos de los niños, para atender atención médica especial, derechos a recibir buen trato digno y oportuno.
- g. Convención derechos de Personas con Discapacidad (2006) “Reafirma que las personas con discapacidad tienen derecho a la salud integral, incluso en las áreas de salud sexual y reproductiva”.

Instrumentos regionales vinculantes:

- a. Carta de la OEA 1948 “Proclaman derechos fundamentales de las personas sin distinción”
- b. Convención americana sobre derechos humanos 1969
- c. Protocolo de San Salvador 1998
- d. Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad 1999
- e. Convención interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra la mujer (Convención de Belén do Pará) 1994
- f. Principios de la ONU para la protección de las personas con enfermedades mentales y la mejora de la atención de la salud mental 1991

3.4 Salud mental en el marco de la salud pública: un aspecto relacional en los determinantes sociales de la salud conducente al desarrollo humano

En el desarrollo de los procesos correspondientes a la salud en el marco de la política internacional, nacional, territorial y local, muchos son los discursos que se han intentado establecer en el marco de la comprensión y el entendimiento, que implica asumir la presencia – ausencia de enfermedad, el bienestar biopsicosocial, la percepción de bienestar integral y hasta el mismo desarrollo humano, en materia de las acciones que la vida permite para fortalecer los procesos de dignidad instaurados en instaurados en materia de la política pública en salud, y las regulaciones en materia de investigación, implementación de acciones institucionales a nivel público y privado, y hasta en la formación del talento humano en los servicios aplicados a los contextos de salubridad.

La salud, se presenta en cualquiera de las acepciones anteriores, como una suerte de consecuencia de la directa relación de aspectos biológicos, psicológicos, enmarcados en contextos de orden socio-culturales y económicos-políticos. La salud mental y el desarrollo humano, se enmarcan dentro de los contenidos de interés para las recomendaciones de las Naciones Unidas en materia de los procesos de salud y desarrollo humano, dadas la incidencia de dicho proceso en el marco de la salud pública, particularmente en aquellos procesos correspondientes a la primera infancia, la infancia y la adolescencia, por cuanto estructurantes del desarrollo humano.

Se propone (17) la necesidad de comprender los aspectos propios de la salud mental como elemento crucial al momento de pensar los fenómenos de salud cualquiera que fueren, en el marco de los determinantes sociales de la salud. Se establece un énfasis especial, en la titularidad de derechos en salud y el goce efectivo de derechos en salud mental como elemento conducente al desarrollo humano.

Establecer una aproximación al comparativo del gasto público en salud de algunos países, donde la inversión en procesos de salud mental es ínfima en comparación con la inversión en otros procesos de salud, pese a tener una relación directa la salud mental con dichos procesos. Las cuestiones olvidadas generan personas olvidadas (18). La tendencia a intervenir en procesos de la salud mental, históricamente ha tenido una serie de elementos de modificación, por cuanto la

concepción de la psicopatología ha evolucionado; pese a esto, los modelos de intervención presentan una fuerte tendencia al discurso biomédico, y es necesario ampliar el horizonte conceptual desde el cual se problematice de manera más integral la concepción y la intervención, en cuanto a los modelos de orden bio-psico-social.

La aprobación de la agenda 2030, implica asumir la salud mental como un imperativo del desarrollo humano. Denuncia el relator de naciones unidas, la excesiva tendencia biomédica reduccionista de los procesos de intervención en el marco de la salud mental. Las asimetrías de poder, implican en el marco de la salud pública en su relación con la salud mental, una lógica donde el gasto público en salud mental y la influencia de otras condiciones económicas, como las establecidas por la venta de psicofármacos, inciden en el ejercicio de atención integral a la población general, bajo las demandas específicas de los procesos sociales y la generación de política pública en salud mental.

Las apreciaciones en el marco de la evidencia empírica, ofrece, además, una suerte de controversia no solo histórica, sino vigente a la fecha, en materia de los procesos de intervención psicofarmacológicos, pues la evidencia empírica en dicho componente tiende a ser engañosa.

Los procesos de investigación, presentan marcadas tendencias al conflicto de intereses, donde la psiquiatría como discurso médico, de preponderancia biomédica, establece alianzas económicas con farmacéuticas, promoviendo el determinismo biológico en la salud mental como “único” modelo explicativo, con la finalidad de promover la intervención psicofarmacológica como única fuente de intervención, lo anterior implica la generación de desajustes importantes en los procesos de evidencia, y sesgos clínicos que impiden la recuperación real de las personas, familias y poblaciones.

El proceso de expuesto desde la línea técnica del documento relator, implica un énfasis especial, en los procesos que garanticen, en el marco del goce efectivo de los derechos, el establecimiento de marcos jurídicos y normativos que así mismo, expliciten en materia de política pública, las condiciones favorables para que el proceso sea sostenible y sustentable en el tiempo; asunto que es evidenciable, en

los pactos celebrados por las naciones en la adopción de políticas internacionales como los Objetivos del Desarrollo Sostenible en los puntos 03 y 17.

En el marco de los procesos de atención en salud mental, bajo las directrices propias de las políticas públicas adoptadas por los diferentes estados miembros de las Naciones Unidas, y contextualizadas a las realidades territoriales y locales, la iniciativa implica que el ejercicio de intervención contemple no solo perspectivas médicas de intervención, sino, que, basados en la evidencia, se intervenga con la rigurosidad de modelos psicológicos especializados, psicológicos básicos, sociales, culturales y educativos.

Así mismo, se hace necesario garantizar, como en cualquier otro tipo de dispositivo de atención en salud, procesos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, deben apostar por la calidad. La intrínseca relación existente entre la salud mental y la salud pública, se establece en la interacción propia de los determinantes sociales de la salud, por cuanto estos son generadores no solo de enfermedad o salud, sino además de percepciones de bienestar integral por parte de las personas y poblaciones.

La superación favorable de las adversidades generales y naturales de la vida, la generación de aportes a la convivencia pacífica y comunitaria, la inclusión laboral como forma de movilización de procesos sociales, son coordinadas de interés en el marco del desarrollo de acciones propuestas por el plan de acción en salud mental generado desde la Organización Mundial de la Salud, para la vigencia 2013-2020.

El plan reconoce que la salud mental es un elemento sin el cual existe la posibilidad de pensar ningún otro fenómeno de la salud pública, cualquiera fuere éste. Con enfoques diferenciales en su propuesta, el plan de acción en salud mental tiene por objetivo problematizar las acciones de la cobertura universal en salud con un énfasis particular en el fortalecimiento de los procesos en prevención en salud. Los procesos de liderazgo y gobernanza en salud mental, son elementos cruciales en la agenda de orden público, que se hacen versátiles a través de los acuerdos materializados en lo nacional, lo territorial y local, en documentos como las políticas públicas.

Con un enfoque intersectorial y territorial, establece unas coordenadas de interés en el marco de los procesos de atención psicosocial en salud mental, cuestiona los modelos de asistencia sanitaria que no contemplan las acciones específicas en salud mental y hace un llamado puntal a los componentes específicos en el marco de la atención integral, la rehabilitación y la intervención socio-comunitaria en salud, particularmente en temas relacionados con los procesos en consumo de sustancias psicoactivas y alcohol.

El énfasis del plan en el desarrollo de capacidades en la infancia se presenta como un elemento-coordenada de especial interés, ya que comprende el comité técnico que las acciones establecidas durante este ciclo vital, permite la trazabilidad de procesos posteriores en materia de convivencia pacífica y otros elementos de respeto. El plan de salud mental, asume así mismo, acciones conducentes a comprender los determinantes sociales en salud mental, el ejercicio del desarrollo humano con iniciativas de dignidad en los procesos de intervención.

La exposición temprana a contingencias, adversidades y traumatismos en lo social, familiar e individual, configuran una serie de elementos determinantes en la salud mental de las personas y las comunidades. Según los reportes epidemiológicos expuestos por la organización mundial de la salud, las personas con trastornos mentales, presentan indicadores desproporcionados en materia de discapacidad, y morbi-mortalidad, influyendo de manera directa en la adquisición, desarrollo y/o exacerbación de otros cuadros clínicos, enfermedades crónicas.

El uso/consumo de sustancias psicoactivas, está comprobado, tiene un correlato especial a nivel de la salud mental de las personas, llegando a representar el 13% de la carga mundial de enfermedad (OMS, 20013), así mismo, se estima que el impacto mundial acumulado por trastornos mentales, se calcula en cerca de US\$16,3 billones de dólares, con particularidades en el gasto público en país según sus políticas de intervención.

Los procesos de fortalecimiento de la sociedad civil organizada, en favor de componentes propios de la salud mental, se consolidan como necesidades a intervenir en materia de las agendas públicas dispuesta por los estados miembros

de la Asamblea, toda vez, existe un interés fundamental de empoderamiento de sociedades de usuarios de servicios de salud mental, familiares, pacientes, cuidadores; asunto este que se traduce en la iniciativa de corresponsabilidad intersectorial de la salud mental.

El plan de acción sobre salud mental, describe, según la línea técnica, de una visión, una finalidad, unos objetivos, así mismo presenta una serie de principios y enfoques transversales. La legislación en salud mental, tal como la entiende el comité de salud mental OMS, implica el diseño contextualizado de acciones, que se traduzcan en objetivos claramente definidos con los cuales promover el mayor nivel de bienestar posible. El llamado a establecer procesos de estructuración de servicios de salud mental con enfoque comunitario, traduce la alternativa de unir esfuerzos en favor de comprender que las personas con trastornos mentales, son un grupo vulnerable de la sociedad.

Así mismo, la iniciativa de los dispositivos comunitarios de atención en salud mental, describen por objetivo la alternativa de la recuperación y/o estabilización no solo de la persona que presenta algún cuadro clínico o trastorno estructurado, sino, además, a su familia y grupo de referencia comunitario.

En esta misma línea, el plan de acción en salud mental, presenta una serie de indicadores importantes en materia del llamado a la vigilancia epidemiológica en salud mental, con la cual se pretende establecer un diagnóstico de prioridades para poder incidir en lo prioritario en salud mental, en la atención directa y la promoción y prevención. La fidelización de la información, en los datos de salud pública, y la recolección fidedigna de información, son en sí, elementos cruciales para el desarrollo de apuestas y estrategias de intervención global.

Finalmente, el plan, presenta una metodología de consolidación y recomendaciones para la puesta en marcha del mismo, buscando promover en los países adoptantes de dicha invitación una serie de elementos con los cuales puedan, metodológicamente implementar las acciones a desarrollar.

El ejercicio conceptual abordado por el presente informe de la Organización Mundial de la Salud (19) dispone de una serie de elementos conceptuales,

técnicos y metodológicos, desde los cuales se problematiza el ejercicio de la salud mental en el marco de la salud pública, su incidencia en todos los aspectos de la clásica tríada bio-psico-social, asumiendo la salud como es sabido, no solo en virtud de la presencia y/o ausencia de enfermedad, sino como la tendencia activa del ser humano a buscar bienestar y desarrollo humano.

El informe, enmarcado desde ciertas perspectivas clínicas de predominancia biomédicas, particularmente desde la psiquiatría biológica, propone una serie de apartados de estudio sobre los avances en las neurociencias y comprensión del factor comportamental en los aspectos de la salud mental. Así mismo, propone la iniciativa desde fortalecer procesos de medicalización psicofarmacológica en los servicios de atención básica en salud mental, particularmente en los dispositivos de atención primaria en salud.

Se logra percibir en la generación de la relatoría del presente informe, una fuerte tendencia a comprender los procesos correspondientes a la salud mental desde una perspectiva donde el determinismo biológico es preponderante, estableciendo desde dicho componente, un sesgo teórico y clínico, que marca impronta en las líneas técnicas a las cuales invita, por lo menos en los primeros apartados.

La formación del talento humano en salud mental, en todos los niveles, programas y estrategias de intervención, se anuncia por parte del comité técnico relator, como una necesidad de contar con la calidad humana en salud mental, que comprenda el ejercicio de intervención bajo una perspectiva de rigurosidad metodológica, investigativa y clínica.

El apoyo a la investigación como estructura fundamental de los procesos de formación clínica, se torna como un elemento de interés explícito para las naciones miembros de la asamblea, de igual manera, la intervención comunitaria en salud mental, implica el reconocimiento de aspectos a nivel socio-cultural, económico, educativo y jurídico de las colectividades organizadas. La intervención en salud mental, con enfoque comunitario, traduce, además, la necesidad de llegar con los equipos técnicos interdisciplinarios en salud mental, a todos los rincones de las naciones, los territorios, de las localidades, y así asumir el reto de atender, disponer, mediar, sumar esfuerzos bajo el entendido de la

corresponsabilidad inter-sectorial de la salud mental, donde se trabaja con líderes comunitarios, docentes, empresarios, líderes religiosos, entre otros.

El impacto de las desigualdades, de las inequidades, de los aspectos socio-económicos, educativos y culturales, implica el reconocimiento de que, en el marco amplio de la salud mental, incide también la lógica de los determinantes sociales de la salud. El desarrollo conceptual presentado por parte del comité, reincide de manera permanente en la iniciativa de proponer datos, conceptos y metodologías de intervención en el amplio espectro de la salud mental, bajo el determinismo neurobiológico y comportamental.

Factores de prevalencia en trastornos mentales, por ciclo de edad y comorbilidad son expuestos dentro del informe para establecer algunos análisis globales del comportamiento poblacional comparado de países desarrollados y en vía de desarrollo. Elementos como la pobreza, el sexo, la edad, el conflicto armado, los desastres naturales, son elementos que inciden de manera directa en la percepción de bienestar de la salud mental de las personas y los colectivos.

3.5 Capital Social aplicado al contexto de la salud: Una aproximación preliminar a posibles formas de comprender los determinantes sociales de la salud

El desarrollo de apuestas en el marco de la salud pública, que comprenden la directa relación entre lo social y el proceso salud-enfermedad, expone a la luz de la evidencia (20), la lógica de los determinantes sociales de la salud (21), en calidad de factores que inciden de manera directa en los procesos de bienestar integral de las personas, las familias y las comunidades organizadas.

Esto implica que una forma de acercarse de manera comprensiva a la tríada salud-enfermedad-trastorno², traduce en sí mismo, la necesidad de comprender otros fenómenos que inciden en la misma, y que no pertenecen de manera directa

² Dicha "tríada" es una construcción del autor-investigador-becario, para incluir en el modelo clásico de la salud pública que hace referencia al proceso "salud-enfermedad", un tercer elemento, el de "trastorno" que diferencia las causas eminentemente orgánicas, para pensar en clave de salud mental y de discapacidades, desde etiologías multicausales y de predominante impacto psicológico.

al discurso biomédico amparado en exclusiva desde los procesos orgánicos, somáticos, y/o bioquímicos.

La salud, transversalizada, traspasada, conmovida por un encuentro con lo socio-cultural, lo socio-económico, lo socio-político, etcétera, no es la sola consecuencia funcional de un proceso biológico y/o psicológico, sino que a su vez, se enmarca en las dinámicas propias de lo social (22). En dicho marco de lo social, existen diferentes apuestas que comprenden las posibilidades de encuentro con el discurso de la salud pública, que traduce la necesidad de interpretar qué de la dinámica social, configura el hecho social que incide en la salud.

Las acciones de participación de la sociedad civil, y las posibilidades de correlación de elementos a fines a la salud en lo institucional, al bienestar integral de la persona y la comunidad, traducen, además, la posibilidad de dinamizar los procesos donde lo cultural, lo político, lo educativo y hasta lo religioso, proveen a los sujetos de ciertas condiciones de salud o de interpretación de la enfermedad, que significan dicho fenómeno desde lo social.

Es así como los procesos de intervención socio-comunitarios en salud, se encuentran convocados a reconocer y comprender los factores históricos, económicos, culturales, sociales, educativos y políticos, donde emergen las necesidades específicas de grupos poblacionales leídos según sus necesidades de salud; es decir, que las condiciones de los fenómenos que emergen en el marco de la salud pública, dependen en gran medida, de las condiciones socio-culturales y hasta socio-demográficas que dinamizan la escena socio-comunitaria de las poblaciones específicas, que a su vez convocan enfoques específicos de atención: Género, Edad-Ciclo Vital, Pertenencia Étnica, Nivel Educativo, Grado de Vulnerabilidad Psicosocial, entre otros.

En política global, es evidenciable, que los países con economías emergentes, sólidas, o en vía de desarrollo, proponen lógicas de atención distintas según las posibilidades reales con las que cuentan en materia de recursos económicos para intervenir, políticas públicas para gestionar y normalizar procesos de gobernanza en salud, capacidad institucional de respuesta mediadas por el uso de tecnologías médicas, políticas farmacéuticas, apuestas de intervención psicosocial en salud, entre otras.

Esto traduce, además, que, en dichos países, las diferencias significativas en materia de percepción de bienestar, tendrán que considerar datos como la existencia o no de trabajo digno, la posibilidad de garantizar accesibilidad a servicios integrales de salud, ingreso y permanencia escolar, políticas de atención según necesidades específicas por grupo poblacional.

La apuesta entonces de generar procesos de intervención en salud pública, fortalece la necesidad de promover acciones de salud y prevención de enfermedades, enmarcadas en las lógicas de los respectivos grupos sociales, que presentan, según las características antes mencionadas, una serie de perfilamientos poblacionales, que, como fruto de las dinámicas internas, movilizan sistemas de creencias, formas de cohesión grupal, sistemas de confianza, entre otras maneras a través de las cuales, dichas dinámicas de los grupos sociales, traducen la generación del llamado capital social (23).

Inscrita en el marco de la disciplina sociológica, la noción de capital social, encuentra una serie de iniciativas para la comprensión de aspectos propios de las dinámicas de grupos, donde no solamente prima el factor capital económico, sino que se busca reconocer que existen elementos propios de la vivencia socio-comunitarios que son de gran valor, de gran capital generador de cohesión social.

Para Bourdieu (1987), la noción de capital social hace referencia a una serie de elementos que inciden en las formas de relación social dispuestos por los grupos humanos, donde es la calidad y el tipo de vínculo que se establece entre las personas, las que definen su importancia, y no solo la posesión de un bien económico en sí.

Las redes que se establecen entre personas, obedecen a la consecución intencionada de acciones, que pueden ser voluntarias o no, con las cuales se obtiene un aprovechamiento de bienes inmateriales para las partes, pero que son de gran valor, como la confianza, y la construcción de sentidos simbólicos que cohesionan los procesos sociales y las vivencias comunitarias. El capital social, es una forma de poder, que se lee al interior de la estructura social.

El capital social, implica el reconocimiento al valor que genera los procesos culturales, educativos, simbólicos, relacionales, que garantizan posibilidad de

cohesión entre los grupos sociales de referencia para una persona. En esta misma línea, Coleman & Putman (24) –con sus respectivas salvedades- se disponen a asumir el reto de pensar en el capital social, el primero, proponiendo que el capital social alude a la directa relación entre los recursos socio-estructurales de una persona y/o comunidad que facilitan su interacción propia.

Putman (25) propone que el capital social traduce esa serie de atributos de la sociedad que son de alguna manera intangibles: acción social, normas y creencias compartidas, etc. Las relaciones familiares, los procesos de construcción de confianza entre personas y comunidades, hacen parte de bienes incuantificables, pero que se capitalizan en versión del capital social.

Se puede establecer rastreo en la evolución conceptual, hasta lo descrito en materia de pensar en una suerte de tipología del capital social, describiendo así mismo el capital social cognitivo, en materia del sistema de creencias que subyace a la estructura visible, y el capital social estructural que incluye reglas y roles.

Así mismo el autor propone que, el beneficio mutuo propio de las acciones de la organización social mediante redes, es la acción fundamental del capital social, siendo este un aspecto fundamental que engrosa las propuestas de participación social, generadoras de fuerza social y cohesión civil, propuesto por Putman como “compromiso cívico”.

Los comportamientos saludables, la garantía de accesibilidad a los servicios de salud y las apuestas integrales de intervención psicosocial en salud, fortalecen la posibilidad de pensar, que el capital social en los procesos de salud, se pueden reconocer, repotenciar y obtener como consecuencia de los procesos de intervención, como los establecidos desde la promoción de la salud.

En línea con la declaración de Yakarta (26) de la Organización Mundial de la Salud, la promoción de la salud es una de las formas de amplio impacto para aumentar el capital social de la salud, mediante el reconocimiento de una serie de acciones a través de las cuales se puede generar procesos de intervención en los determinantes sociales de la salud.

El capital social favorece la posición de reconocimiento de las formas de confianza desde las cuales los determinantes sociales en salud pueden ser impactados desde el diseño de estrategias, didácticas y metodologías que empoderen las acciones de participación en salud.

Implica reconocer que los procesos de intervención pensados desde la salud, se consolidan como la consecuencia de una apuesta intersectorial e interdisciplinaria de intervención en los procesos de promoción de la salud donde se conjuguen la voz de todos los actores que inciden en lo social, trabajando con las acciones propias de las comunidades organizadas donde ya existen construcciones de sentidos, historias, formas de participación y colaboración económicas y políticas.

El trabajo de intervención para la promoción de la salud, implica entonces, comprender que los procesos que redundan en las acciones de empoderamiento social – comunitario en salud, elevan las acciones de cohesión socio-comunitaria, y traducen la posibilidad de comprender el capital social como un valor que puede ser incrementado como consecuencia de los procesos de promoción de la salud.

Coleman (27), propondrá la necesidad de pensar el capital social en relación a la acción social, es decir, una forma de comprender que los atributos de la cohesión social de las comunidades, implica el trabajo con los capitales que le sostienen como grupo social organizado.

Los principios de la acción social, se determinan por una iniciativa de correlación entre disciplinas como la economía y la sociología, y es allí que la noción de capital social permite entrever una serie de elementos de interés común para ambas áreas disciplinares. En otras palabras, el capital social obedece a las características propias de las relaciones entre personas que brindan una función particular, que a su vez obedece a una serie de interés específicos de la comunidad.

Dentro de los autores con mayor reconocimiento en la iniciativa de correlación teórica entre capital social y salud se encuentra Ichiro Kawachi (28), proponente de impacto en la iniciativa de pensar la cohesión social en el marco de la salud pública, bajo los cánones de análisis de beneficios que puede implicar reconocer la influencia de las condiciones comunitarias, entre ellas el capital social, en los

procesos de salud – enfermedad, en materia de desarrollo de condiciones de favorecen la aparición de la enfermedad, los trastornos, epidemias y/ brotes, o por el contrario, las condiciones que favorecen la protección desde la comunidad frente a este tipo de fenómenos de salud.

En materia de salud pública, postulados como los de Kawachi (1997), han podido relacionar de manera directa, que, en el marco del capital social, factores como la cohesión social, favorecen los procesos de salud en materia de accesibilidad, y mantenimiento de redes institucionales con usuarios.

Siguiendo esta misma línea, se podría proponer, que, a mayor cohesión social por parte de una comunidad, mayores factores proyectivos en salud presenta, toda vez, dicho capital social se pone en función de procesos de impacto de todos aquellos elementos que inciden en los procesos de salud – enfermedad.

Es necesario reconocer, que el argumento del capital social en relación a la salud, implica además, un cierto riesgo (20) en materia de implicar la justificación de la ausencia de intervención estatal, bajo la lógica de pensar en que en los procesos de salud, estarían sujeto solo a la gobernanza interior de la salud bajo la comunidad, con el agravante que ocasionalmente, los procesos de consolidación de acciones sociales, pueden llegar a no ser tan racionales o intencionales.

El reconocimiento del capital social en la relación que se propone en materia de salud, implica fundamentalmente: 1. Fortalecer procesos de promoción de la salud en cuanto a poder contar con comunidades cuya cohesión se traduzca en factores que la protejan, 2. La probabilidad de pensar que el capital social implica organización comunitaria, por lo tanto garantía de relación con entidades e instituciones prestadoras de servicios de salud, y otras que inciden dentro del amplio margen de la salud pública, bajo procesos de intersectorialidad, 3. El diseño de procesos de intervención psicosocial ampliados que fortalecen aspectos de la vida comunitaria según necesidades e intereses

3.6 Algunas referencias al informe técnico de determinantes sociales de la salud (OMS, 2009)

Informe técnico de la comisión de determinantes sociales de la salud, de la Organización Mundial de la Salud. Enmarcado en un interés de justicia social, problematiza la relación existente entre salud y condiciones de vida digna en una sociedad, que hacen parte de la reflexión que impulsa la lógica de intervenir los determinantes sociales de la salud, en el entendido que, en la salud pública, se requiere comprender manera amplia y suficiente, que existen una serie de elementos de lo social que inciden, dinamizan y afectan de manera directa el ejercicio de la atención del proceso salud-enfermedad, pensando además, la necesidad de asumir los procesos de bienestar integral de las personas, las familias, las comunidades y la sociedad civil en general.

El informe presenta una serie de elementos de orden investigativo donde confluyen los intereses de participación de la académica, la sociedad civil organizada, y los tomadores de decisión del sector público de los países miembros. La iniciativa de unir todos los esfuerzos posibles para subsanar las desigualdades sociales de una generación, se traduce como el objetivo fundamental del proceso desde el cual el informe se consolida.

La comisión de determinantes sociales de la salud, propone que para poder consolidar dicho objetivo de subsanar las desigualdades sociales en salud, para el lapso de una generación, los esfuerzos deben consolidarse en al menos tres puntos fundamentales, a saber: 1. Mejorar las condiciones de vida, 2. Luchar contra al distribución desigual del poder y el dinero y los recursos, 3. Medir la dimensión del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones.

El desarrollo de acciones para mejorar las condiciones de vida, implican priorizar procesos de intervención por ciclo vital, donde se garantice la preponderancia de la atención a la madre gestante, cuidados prenatales, y atención integral por ciclo vital, particularmente en la primera infancia; dichos procesos de atención integral, implica no solamente la puesta en marcha de acciones de atención integral en salud, sino además, la articulación con múltiples sectores para garantizar la puesta en marcha de políticas de atención integral educativa, social, comunitaria y otras que garanticen el sano desarrollo armónico de las personas.

La comprensión global de la salud en el marco de la determinación social de la misma, implica entonces el reconocimiento de una serie de procesos de orden social, donde se detiene la dignificación de la misma en materia de la garantía de derechos a la población en general. La mejora de las condiciones socio-económicas, que pasan a su vez por la generación de procesos de empleo y trabajo digno, también hace lo suyo en el proceso de intervención integral en el marco de la salud, ya que está directamente estudiado que la percepción de bienestar laboral incide de manera directa en la percepción de bienestar en salud.

Las condiciones de trabajo digno y bien remunerado, implica el desarrollo humano de las personas y a su vez de los colectivos sociales que le consisten, mejorando no solo las condiciones de salud física, sino que, las condiciones de salud mental, mejoran a su vez, si no existe elementos que generen precariedad laboral, disminuyendo así, riesgo de adquisición no solo de enfermedades laborales, sino de trastornos mentales como el síndrome de Burn Out, consumo de sustancias psicoactivas, entre otras.

La protección social a lo largo de la vida, es uno de los elementos fundamentales del proceso social de atención integral que debe ser impactado bajo la lógica de atención a las desigualdades sociales en salud, toda vez implica un llamado a la intersectorialidad de la salud, y las acciones que los líderes políticos ejercen bajo las condiciones de las políticas públicas y la gobernanza en salud, aspecto que debe ser evidenciable además, en la implementación de sistemas de seguridad social en salud, que tengan como pilares de sus fundamentos, los principios de equidad, prevención y promoción de la salud.

Claramente estudiado y soportado en la evidencia, que las condiciones de desigualdad se presentan en calidad de síntoma de lo social, donde la inequidad y la falta de justicia social se ven representadas en la distribución desigual del dinero, los recursos y el poder.

Comprender que la determinación social de la salud traduce el trabajo de intervención sobre las causales de desigualdad social en salud, es también aperturar el discurso de intervención sobre las condiciones por medio de las cuales, la equidad de género también se hace un lugar a los procesos generadores de bienestar en salud, ya que la injusticia acampa cerca de las

desigualdades de género por cuanto esto implica afectación en las políticas salariales entre hombres y mujeres, acceso a educación, y otros procesos de orden social que se perciben a la luz de la evidencia, como aspectos que se rigen por ciertos favoritismos culturales, que ponen, en muchas ocasiones en desventaja a la mujer del hombre, aún en las etapas más tempranas del crecimiento y del desarrollo.

Las acciones de gobernanza, se consolidan en directa consonancia con la participación política y la emancipación de las comunidades, que, mediante acciones de participación, se empoderan de sus propias condiciones de salud y establecen apuestas desde las cuales dinamizar de manera favorable la consecución de respuestas a sus necesidades en el marco de la salud.

Lo anterior implica que los sistemas políticos requieren de participación democrática de la sociedad civil organizada, de los gremios y de los diferentes sectores que están en búsqueda de una serie de condiciones de bienestar global, que, en materia de salud pública, implica generar las condiciones necesarias para el máximo goce posible de salud de las personas y de las comunidades. En esencia, y a manera de conclusión, reducir las desigualdades sociales en salud, se traduce como un imperativo ético, que permite las acciones de fortalecimiento en la dignidad de las personas y de las comunidades.

3.7 Capital Social y Bienestar

Dadas las condiciones por las cuales, la reflexión sobre el capital social se muestra en calidad de atributos de beneficios que integran la calidad de vínculo que establece la persona, con otros grupos de personas, comunidades e instituciones, el campo del bienestar (29) redonda como horizonte donde se pone en escena dichos procesos de ganancia simbólica, cultural, de atributos psicológicos en favor de la vivencia social y comunitaria, de los cuales se espera no solamente incrementen o desarrollen, sino que resguarden aquellos procesos que favorecen la dinámica de la convivencia misma.

Lo anterior implica entonces, comprender que los procesos de bienestar se asumen en calidad de beneficios donde el capital social ha sido reconocido, para poder ser intervenido.

Cabe la pena mencionar, que el capital social es una forma de asumir, prácticas culturales de grupos específicos, que pueden ser intencionadas o no intencionadas, pero que armonizan la vivencia y convivencia de determinados grupos según sus intereses y satisfacción de necesidades, de allí la importancia emancipatoria a través de la cual trabajar sobre dispositivos de base comunitaria en salud, traduce además una apuesta por elevar la percepción de bienestar integral de dichos grupos.

El bienestar integral, tal como ha sido la propuesta de esta investigación, implica en el marco de la salud, una lógica que apunta al desarrollo humano. Una apuesta holística donde se intervienen aquellos determinantes sociales de la salud, y en cuya finalidad existe la comprensión que subyace a la promesa de bienestar que se tiene al estructurar y gerenciar sistemas de salud. El capital social entonces, se asume como un reto a intervenir bajo los cánones dispuestos en las acciones gerenciales en salud pública, gerencia social de la salud que implica un objetivo claro y puntual: Favorecer el desarrollo humano, bajo el reconocimiento del capital social que acreditan determinadas comunidades, mejorando los indicadores de percepción en salud.

3.8 Revisión Política de Atención Integral en Salud (PAIS, 2016): Modelo Integral de Atención en salud MIAS- Rutas Integrales de Atención en Salud RIAS

El desarrollo de las apuestas que comprenden el universo de la investigación en curso, implica poner en discusión, por su impacto en la salud pública, elementos transversales en las lógicas de intervención que se disponen desde lo inter-nacional, en voz de la política pública en salud, que es adoptada y adaptada por parte del Estado Colombiano en calidad de miembro activo de la comunidad internacional, mediante resoluciones como las emitidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) – Organización Panamericana de la Salud (OPS), como lo han sido la declaración de Alma Ata (1978), La Declaración de Río sobre los Determinantes Sociales de la Salud (2011), la Declaración de Adelaida sobre la Salud como consecuencia de todas las políticas (2010), entre otra cantidad de iniciativas a fines, previamente referenciadas en este estudio en curso.

Por su parte, lo nacional en cuanto al amplio acervo jurídico en salud y otras líneas técnicas emitidas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, permite entrever el énfasis en las formas de dar respuesta a realidades propias del contexto nacional bajo el

funcionamiento del Sistema General de Salud con un amplio margen normativo que bien responde a momentos históricos, ideológicos, económicos y políticos del país.

En lo territorial la salud en contexto, implica reconocer y problematizar enfoques pluridiversos como los del contexto Risaraldense, bajo atenciones con enfoque de derechos, enfoques étnicos, enfoque de género, entre muchos otros, en todo caso, enfoques de necesidades específicas en salud por curso de vida y otras necesidades para la promoción de hábitos y estilos de vida saludable y prevención de la enfermedad, la discapacidad, y los trastornos.

Es en esta línea de la gestión de política pública en salud, donde se enmarca el esfuerzo ministerial de salud en Colombia hacia el 2016, buscando la implementación de acciones en un nuevo modelo integral de atención en salud, el cual ha sido denominado por sus siglas, como el MIAS. La política de atención integral en salud hacia el 2016 se presenta en calidad de apuesta del Estado Colombiano, para normar el modelo integral de atención en salud, mediante la resolución 0429 de 2016, con la cual, se pretende promover un modelo de atención en salud basado en el principio rector de la Atención Primaria en Salud (APS) como estrategia de intervención integral de la salud.

El departamento de Risaralda, cuya ubicación geográfica, disposición socio-económica y condiciones educativas y culturales pluridiversas, le ubican en una especial interacción de determinantes sociales de la salud, ha sido propuesto como departamento piloto por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, para la puesta en marcha del nuevo MIAS. Esto implica justamente, la necesidad de comprender a la fecha actual, qué implica realmente pensar los fenómenos de la salud pública en clave de la nueva política de atención integral en salud.

Se establecerá a continuación una breve descripción de algunos de los instrumentos rectores de dicho modelo de atención integral y en sí mismo, algunos de los elementos que inciden en la dinámica de la salud pública para el departamento de Risaralda, lo cual dispone la sintonía de la investigación por problematizar las acciones que inciden en la dinámica de los determinantes sociales de la salud y la posibilidad de considerar algunos elementos sobre el bienestar como categoría implícita de los mismos.

Antes bien, debe proponerse, así sea a manera de comentario general, que el fundamento mismo de la política de atención integral, el modelo de atención y las rutas de atención, son antecedidas por las condiciones mismas no solo jurídicas y legales sobre la condición de fundamental del derecho a la salud, sino además, que el mismo entra en

directa sintonía con algunos de los elementos del Plan Decenal de Salud Pública (30), para el cual, los elementos propios de los determinantes sociales de la salud son un eje central de los procesos de caracterización poblacional en salud, por medio de iniciativas como el Análisis de Situación en Salud (ASIS) que pretende ser una herramienta de impacto poblacional.

Así mismo, el MIAS, tiene en su filosofía de proceder, la adopción de lineamientos internacionales como la declaración de Adelaida OMS, antes referida, que permite pensar en que la salud es la suma de todas las políticas de una nación, y la apuesta intersectorial para su integralidad obedece a pensar que los verdaderos procesos de salud generalmente se encuentran por fuera del sector salud, que atiende justamente condiciones de intervención sobre la enfermedad, el trastorno y la discapacidad adquirida. Pensar el proceso de la salud en relación a la responsabilidad de los diferentes sectores distintos al específico de la salud, es una de las tareas que se logra avizorar en la panorámica futura del sistema de salud colombiano bajo el lineamiento del MIAS.

3.8.1 La resolución 0429 de 2016 “Política de Atención Integral en Salud”

El presente marco normativo establece un acercamiento jurisprudencial en sintonía con otros instrumentos normativos en el marco de la salud y la prestación de los servicios y seguridad social en salud en el Estado Colombiano. En sintonía con la ley 100/1993 la ley 1122/ 2007, la ley 1438/2011, la ley 1751/2015, entre otros, pretende asumir posición frente a la implementación de obligatorio cumplimiento de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS, 2016) en Colombia, el cual atiende la naturaleza y el contenido de comprender la salud como derecho fundamental.

La generación de mejores condiciones de salud en la población Colombiana regulando la misma bajo las dinámicas de la corresponsabilidad intersectorial, y con principios fundamentales como la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, se da en el marco de la atención integral en salud que implica favorecimiento de la gestión integral del riesgo en salud, la atención en diagnósticos tempranos de la enfermedad, el trastorno, las discapacidades, el tratamiento eficaz, la rehabilitación y/o la paliación de las personas con patologías de distinta índole, generando accesibilidad, oportunidad, continuidad, integralidad, y capacidad de resolución.

PAIS (2016) propone una interacción específica de gobernanza entre las entidades territoriales, que metodológicamente propondrán la rigurosa implementación del Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS, 2016) que tiene en sí mismo una metodología de implementación a través de la puesta en marcha de una serie de rutas de atención integral (RIAS, 2016) que deben responder a la interacción puntual e intersectorial de los territorios donde se implementen.

La atención primaria en salud (APS) es, fundamentalmente, la lógica desde la cual se responde a la visión estratégica de intervención en salud por parte del modelo de atención integral en salud MIAS, siendo este último, una apuesta operacional desde la cual existen una serie de estrategias claramente definidas, con una visión centrada en las personas, sus entornos, y las interacciones de los mismos con el sistema de salud, siendo que éste también interactúa con otros sistemas generadores de bienestar. La implementación de PAIS (2016) será responsabilidad específica de las entidades territoriales y tendrá una amplitud en todo el territorio nacional.

Existen a su vez, una serie de componentes propuestos por PAIS (2016), a saber:

1. Caracterización de la Población (Mediante metodología dispuesta para tal fin, con Análisis de Situación en Salud ASIS, Caracterizaciones Individuales y Colectivas con EAPBS)
2. Regulación de las rutas integrales de atención en salud RIAS (que pueden ser individuales y/o colectivas según necesidades de los procesos a intervenir)
3. Implementación de la Gestión Integral de Riesgo en Salud (GIRS)
4. Delimitación Territorial.
5. Redes Integrales de Prestadores de Servicios de salud.
6. Redefinición del Rol del Asegurador.
7. Redefinición del esquema de incentivos.
8. Requerimientos y procesos del sistema de información.
9. Fortalecimiento del recurso humano en salud
10. Fortalecimiento de la investigación, innovación y apropiación del conocimiento.

Así mismo, el ejercicio propuesto por la Política de Atención Integral en Salud (PAIS, 2016), esgrime también una serie de elementos de interés en el ejercicio de su implementación, que implica: *El establecimiento y fortalecimiento de la gobernanza del sistema de salud, la progresividad y gradualidad en su implementación, generar mecanismos de implementación y planes de mejora.* Lo anterior se propone como una serie de coordenadas desde las cuales, las acciones en los procesos de salud, pretenden ser leídos en clave de integralidad e integración real de todos los actores partícipes del sector salud.

De igual manera, el modelo de atención integral (3), propuesto por el Estado Colombiano, entra en vigencia a partir de la Política de Atención Integral en Salud con la resoluciones 0429 de 2016 a nivel del MIAS y la resolución 3202 de 2016 a nivel de las rutas de atención integral. La iniciativa del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, a través del modelo, es justamente, generar procesos de optimización en la prestación de los servicios de salud, amparado bajo una serie de elementos fundamentales en reflexión sobre los componentes de la intersectorialidad de la salud y la intervención sectorial en sí misma.

El modelo MIAS entra en directa consonancia con el amplio margen jurídico y normativo en salud, entre los que se destacan la ley 100 de 1993 y la ley 1438 de 2011, la ley 1751 de 2015, además del Plan Decenal de Salud Pública que proponen aspectos fundamentales en materia de prestación de servicios y en el reconocimiento del derecho a la salud como derecho fundamental de los ciudadanos colombianos.

La apuesta descrita en el modelo comprende una serie de iniciativas enmarcadas en los procesos de la salud pública, con énfasis particular en los modelos de atención en medicina familiar y la atención primaria en salud (MIAS, 2016). Los procesos de caracterización derivados del modelo mediante el Análisis de Situación en Salud y la gestión de caracterización en micro-regiones-territorios con el apoyo de las Entidades Aseguradoras del Plan de Beneficios (EAPB) se tornan como coordenadas que buscan en las direcciones territoriales de salud, un ejercicio de gobernanza para la fidelización de los procesos de orden diagnóstico real de las necesidades de la población en materia de salud.

Así mismo, la lógica del modelo a nivel interno, pretende organizar el proceso del servicio de atención en salud mediante un proceso de Rutas Integrales de Atención (RIAS), definidas por el MINSAL en 16 grupos de riesgo. La iniciativa consiste en regular el proceso de las rutas de atención integral mediante una serie de estrategias de agrupamiento donde se incluyen tareas específicas para:

1. Prestador Primario,
2. Prestador Complementario,
3. Entidades Aseguradoras del Plan de Beneficios (EAPB),
4. Entidades Territoriales. La gestión integral del riesgo es uno de los elementos fundamentales del Modelo de Atención Integral en salud, por cuanto permite un proceso de caracterización de la población según su nivel de riesgo de adquirir, desarrollar o exacerbar procesos de enfermedad, y además generar procesos de desarrollo administrativo por parte de los prestadores en donde el riesgo sea compartido con las EAPB.

En línea con lo dispuesto en la Política de atención integral en salud PAIS (2016) se dispone del acto jurídico en resolución 3202 de 2016, con el cual se pretende reglamentar la puesta en marcha de la forma por medio de la cual se pretende la implementación directa de la PAIS y el MIAS, a saber, las rutas de atención integral en salud (RIAS, 2016).

Las mismas, son definidas en el artículo 05 de la resolución 0429 de 2016, en calidad de: "Herramienta obligatoria que define a los integrantes del sector salud (Entidad territorial, EAPB, prestador) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación".

Estas RIAS (31) en línea con lo dispuesto por el modelo, integran a su vez, intervenciones individuales y colectivas en los procesos de atención en salud, según la competencia directa establecida por parte de los actores del sistema, dejando aspectos de gobernanza en salud, a las entidades territoriales. Se

dispone a través de la resolución, de la reglamentación del Manual Metodológico para la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (31), donde queda expuesto que el alcance de las RIAS, serán el referente para:

1. Orientar a los diferentes integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud —SGSSS y demás entidades responsables de las acciones en salud para que, en el marco de sus competencias y funciones, articulen las intervenciones individuales y colectivas, a realizar en los ámbitos territoriales y en los diferentes grupos poblacionales.
2. Orientar a las Instituciones responsables de la formación del talento humano en salud, en cuanto a los requerimientos de competencias para los perfiles académicos y laborales requeridos para la implementación de la Política de Atención Integral en Salud — PAIS, y su Modelo Integral de Atención en Salud-MIAS.

El Ministerio, define a su vez, una serie de rutas integrales de atención que deberán ser asumidas por cada unidad territorial, mediante la implementación de zonas sanitarias de gestión, según la necesidad de cada micro-territorio: 1. Materno-Perinatal, 2. Alteraciones Nutricionales, 3. Enfermedades Infecciosas, 4. Trastornos por SPA, 5. Enfermedad Cardio-Vascular, 6. CA, 7. Alteraciones trastorno visual, 8. Alteraciones trastornos de la audición y la comunicación, 9. Alteraciones Salud Bucal, 10. Problemas de la salud mental, 11. Violencias, 12. Enfermedades Respiratorias Crónicas, 13. Enfermedades Zoonóticas, 14. Accidentes y Enfermedades Laborales, 15. Enfermedades Huérfanas, 16. Trastornos neurodegenerativos-autoinmunes-neuropatías, así mismo, propone la transversalidad de una ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, que será tomada en consideración como una ruta en todas las rutas.

De igual manera, propone que existen en materia de características, una serie de elementos de interés específico en el proceso de las RIAS (31), a saber:

1. Describen explícitamente los elementos clave de la atención basada en la evidencia, las mejores prácticas y las expectativas de los usuarios.
2. Permiten la integración organizada, mediante la secuenciación de las acciones multidisciplinares de índole poblacional, colectiva e individual y las funciones de

los diferentes integrantes del SGSSS y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones.

3. Fortalecen la comunicación entre los diferentes integrantes del SGSSS y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones.

4. Facilitan la identificación apropiado de los recursos humanos, de infraestructura y financieros.

5. Precisan las responsabilidades de los diferentes integrantes del SGSSS y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud.

6. Especifican resultados esperados de las intervenciones colectivas e individuales, dentro del proceso integral de la atención en salud.

3.8.2 De la prestación en servicios de salud: Los modelos y sus iniciativas.

La gerencia de la salud pública, en el desarrollo de los cometidos que le convocan independiente del contexto social, económico, político o cultural, tiene un llamado a considerar la administración integral de las variables que le consisten para la generación de procesos que cumplan con ecuanimidad y eficiencia, no solo en el uso del recurso sea público o privado, sino también en la armonización global de los elementos que inciden en la dinámica salud-enfermedad-bienestar.

La prestación de los servicios incide como elemento de interés en los procesos de salud pública, por cuanto es una condición que no solo inquiera a la atención intrahospitalaria, sino, además, que propende en la comprensión de procesos macro, donde la noción de integralidad en salud, implica problematizar de manera aportante la noción de bienestar.

La salud, tal como lo ha propuesto la organización mundial de la salud comprende no solamente la ausencia de la enfermedad, sino, además, la condición de un bienestar integral a nivel bio-psico-social. Pese a lo anterior, todavía no se logra percibir un desarrollo, por lo menos teórico que traduzca la comprensión de los determinantes de bienestar a la luz de los modelos actuales para el sistema de salud Colombiano.

El bienestar como categoría implicada en el contexto de la salud, hace transversal las discusiones en el marco de lo que busca en realidad la salud como fenómeno humano, toda vez se debe asumir como una condición que sea consecuencia y norte de todas las políticas de atención integral en salud.

El bienestar implica bajo la lógica de Amartya Sen (12) implica en el contexto de la salud, la superación de inequidades, la generación de justicia en todos los procesos de la salud, y el desarrollo humano en virtud del ejercicio armónico de las capacidades y funcionalidades, que a su vez, sean generadoras de capital social para los territorios, asunto a lo cual Risaralda como departamento no es exento.

En este entendido de la armonización de las variables que inciden en los procesos de atención integral en salud, de detección precoz de la enfermedad, de promoción de los hábitos y estilos de vida saludable, los modelos de atención en salud, asumen una posición ética, que va desde la comprensión de los determinantes sociales de la salud, pasando por la búsqueda de la eficiencia en la ejecución transparente de los recursos de la salud, hasta las discusiones sobre los determinantes de bienestar, y la necesidad de comprender asuntos como la incidencia de las inequidades en salud, la justicia en salud y la superación de brechas en los procesos de prestación de los servicios.

La iniciativa del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, a través del modelo, es justamente, generar procesos de optimización en la prestación de los servicios de salud, amparado bajo una serie de elementos fundamentales en reflexión sobre los componentes de la intersectorialidad de la salud y la intervención sectorial en sí misma (32)

La gestión integral del riesgo es uno de los elementos fundamentales del Modelo de Atención Integral en salud, por cuanto permite un proceso de caracterización de la población según su nivel de riesgo de adquirir, desarrollar o exacerbar procesos de enfermedad, y además generar procesos de desarrollo administrativo por parte de los prestadores en donde el riesgo sea compartido con las EAPB.

Lo anterior descrito en materia de la gestión integral del riesgo en salud, no puede desconocer la vigencia de los determinantes sociales de la salud, como elementos que estructuran e intermedian en el fenómeno de la salud a nivel individual, social y colectivo (21).

POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD (PAIS, 2016)	MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD MÍAS (MIAS, 2016)	RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN EN SALUD (RIAS, 2016)
<p>A. Se instauro como un modelo nacional-estatal de salud al cual deben adherirse todo el sector salud a nivel público y privado, mediante la implementación contextualizada de rutas de atención integral (RIAS).</p> <p>B. Obedece a necesidad de comprender los contextos y entornos de la población para la prestación contextualizada de los servicios en salud, favoreciendo procesos de caracterización mediados por: Enfoques de determinantes sociales de la salud, enfoques de derechos, enfoques por necesidades específicas a nivel de ciclo vital, vulnerabilidad psicosocial, factores de morbimortalidad, y un especial interés en los enfoques basados en riesgos específicos de adquisición de enfermedades y/o trastornos</p>	<p>A. La caracterización en micro-regiones-territorios-entornos, basado en procesos de articulación entre Direcciones Territoriales de Salud, Prestadores y Aseguradores del SGSSS, se torna de vital importancia para conocer la demanda de la población y la oferta de las entidades.</p> <p>B. Gestión integral del riesgo en salud.</p> <p>C. Generación de redes integrales de servicios.</p>	<p>Se organizan los procesos de atención mediante la priorización de 16 rutas específicas de atención integral:</p> <p>a. Materno-Perinatal, b. Nutricional en menores de 5 años, c. Enfermedades Infecciosas, d. Trastorno SPA, e. Enfermedad Cardiovascular atrogénica, f. cáncer, g. Alteración Trastorno visual, h. Alteración Trastorno Audi-Comunic., i. Alteración trasto salud bucal, j. Problemas Salud Mental, k. Violencias, l. Enfermedad Respiratoria Crónica, ll. Enfermedad Zoonótica, m. Accidentes y Enfermedades Laborales, n. Enfermedades Huérfanas, ñ. Trastorno neurodegenerativos. *Ruta de Promoción y Mantenimiento.</p>

FIGURA 5 Cuadro comparativo PAIS-MIAS-RIAS

3.9 Conflicto armado y salud: Acciones de intervención desde la política pública en salud ante la atención integral de la población víctima en Colombia.

La incidencia del entorno social en los fenómenos de la salud y enfermedad, ha sido ampliamente descrita en materia de su implicación, en lo que respecta al

marco de la salud pública. Los determinantes sociales de la salud (DSS), se presentan como un aspecto que ha sido estudiado bajo diferentes modelos teóricos-prácticos y conceptuales (33), al igual que los determinantes de bienestar bajo la perspectiva de aspectos que impliquen tener en consideración las capacidades y funcionalidades de las personas y colectivos sociales (14) en calidad de generadores de capital social (25) que pueden realmente incidir en los procesos de transformación de los colectivos socialmente estructurados, y en dicho proceso, mejorar las condiciones de salud y bienestar de las poblaciones.

En versión de las aproximaciones a lo propuesto desde modelos socio-epidemiológicos como los propuestos por Diderichsen & Hallqvist hacia 1998 (4) en materia de salud pública y DSS, existe una directa interrelación entre el entorno social y los fenómenos de salud- enfermedad, lo cual es evidenciable en fenómenos sociales como el conflicto y las violencias, pudiéndose explicar dicho asunto en cuatro factores de incidencia social específicas, a saber: *La vulnerabilidad diferencial, la estratificación social, la exposición diferencial y las consecuencias diferenciales* (34).

La guerra, el conflicto armado de un país, presenta afectación directa independientemente del bando desde donde se ejecute, implica afectación directa de los seres humanos que participan de ella, o de los que están en calidad de población civil. Ofrece toda una serie de impactos individuales, sociales, económicos, políticos, jurídicos, biológicos y psicológicos, con afectación particular, según estudios en poblaciones específicas como las mujeres (35) y los niños, niñas y adolescentes (36) sobrevivientes en materia de lo afectivo y emocional en la mayoría de casos.

El conflicto armado, se presenta como un determinante de salud y bienestar de las poblaciones que pueden ser afectadas de manera directa o indirecta por dicho fenómeno, que incide no solamente en las apreciaciones sobre lo justo y lo injusto, sino, además, sobre las condiciones bio-psico-sociales de la salud y la aparición de enfermedades, trastornos y discapacidades (36), que con posterioridad, incrementa la necesidad de armonización de los sistemas de salud, en el entendido de ampliar la demanda en su uso, con la necesidad de contar con equipos técnicos interdisciplinarios que comprendan la necesidad de intervenir en las huellas físicas y emocionales del conflicto y sus sobrevivientes, asunto que también es responsabilidad del sector salud.

La estratificación social (37) implica contemplar qué tipo de condiciones de la estructura social en sí, constituyen un cierto nivel de riesgo para la persona o la comunidad. El entorno social se traduce como un elemento que incide de manera directa en las dinámicas de salud y/o enfermedad de las personas y las comunidades, así mismo de los procesos de bienestar y/o exacerbación de procesos que afecten el colectivo.

Las hegemonías propias los colectivos sociales que se saben estratificados por organización natural a lo social, impregnan, desde todas las formas de organización política, jurídica, culturales, religiosa, etc, una serie de dinámicas y elementos que pueden hacer aparecer fenómenos de salud y enfermedad, dependiendo del cómo se traduce la interpretación y la ejecución del poder, es decir, que los entornos sociales, estratificados, con divisiones de trabajo, roles y poderes, constituyen una serie de condiciones que favorecen los procesos de salud y enfermedad.

De igual manera, el uso de la estratificación social en salud, invita a asumir una perspectiva donde la posesión de capital, que diferencia procesos de los sistemas de salud en materia de accesibilidad a servicios, gasto de bolsillo, y otros elementos que aludirían a cierta concepción de la salud dependiente de la diferenciación de elementos como la división de clases y otros donde justamente son los menos poseedores de capital económico los que justamente tienen menor calidad en la atención en salud (38).

Estratificación social implica, además, la necesidad de pensar cómo las dinámicas de lo social y los diferentes lugares que ocupan los actores políticos, económicos, académicos, entre otros, inciden en las políticas que sustentan las intervenciones en salud.

Lo anterior incide en los procesos de la salud y el desarrollo o adquisición de enfermedades en la medida que la justicia y la equidad en salud, son la consecuencia de la interacción de poderes ejecutados por actores de incidencia en lo social, que en materia de política pública en salud, no solo se refiere a la construcción de normas, decretos, resoluciones y leyes, sino en la apuesta

estratégica de componentes técnico-científicos basados en la evidencia, y procesos de atención e implementación, bajo modelos de intervención, como por ejemplo el Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) (39).

Un ejemplo de este tipo de condiciones estratificadas socialmente, se presenta en las organizaciones sociales jerarquizadas y sus cosmogonías de salud y enfermedad, que tienen sistemas de creencias que pueden incidir culturalmente en la no atención de ciertas enfermedades, ya que las mismas pueden ser asumidas bajo pensamientos mágicos – religiosos que ordenan jerarquías entre los participantes, un actor que tiene el poder de curar como los médicos tradicionales, y otro que presenta la facultad de ser curado, según el significado que tenga en ese entorno social la enfermedad, que puede devenir como castigo de la deidad, o llegar cargado de significado distinto al de un proceso estudiado bajo la perspectiva occidentalizada del discurso biomédico hegemónico.

Dicho sea de paso, la estratificación social implica, además, asumir en esa lógica de poderes ejercidos en lo social, la incidencia que tiene la administración del poder establecida por instituciones y actores, económicos, políticos, culturales, religiosos, académicos, sociales, frente a los procesos de salud y enfermedad, y el cómo dichos estamentos sociales, administran los fenómenos que inciden de manera directa en los procesos de salud y enfermedad, que a su vez implica cierto grado de organización que se establece bajo sistemas de pensamiento complejo (40) y perspectivas sistémicas de la salud por lo menos en lo concerniente a maneras de organizar acciones intencionadas en favor de los procesos de la salud (41).

En esta misma línea, la *exposición diferencial*, pone en evidencia la magnificación del riesgo existente ante factores socio-epidemiológicos, que afectan de manera directa fenómenos como la prevalencia y mortalidad –entre otros factores de salud-, en poblaciones determinadas y altamente diferenciadas según sus necesidades específicas en salud.

Establece además, la referencia al cómo diferentes grupos poblacionales pueden estar expuestos a diferentes niveles de riesgo según las condiciones propias del entorno social, es decir, que existen ciertas condiciones que les hacen a

determinadas poblaciones más propensas a sufrir ciertos eventos de exposición generadores de riesgo en su salud (42).

Lo hasta aquí descrito, entra en directa consonancia con la noción de la *vulnerabilidad diferencial* (43), asunto que instaura el reto de pensar en, cómo ciertos grupos poblacionales son especialmente vulnerables en materia bio-psico-social, al paso de condiciones ante los entornos sociales que les disponen de especiales afectaciones a su integridad individual y/o colectiva.

Vulnerabilidad diferencial que implica asumir las condiciones de riesgo que se comportan de manera particular frente a fenómenos de salud – enfermedad por grupo poblacional, que implica cierto nivel de factibilidad en afectación, según variables como el grupo poblacional, el tipo de exposición y su duración, y el tipo de evento al cual se ha visto expuesta la persona o la población.

Lo anterior abre el debate ante asuntos como los propuestos en materia de procesos de resiliencia psicosocial y vulnerabilidad diferencial, en el comparativo entre población colombiana urbana, versus, campesinos sin acceso a educación y salud, que sufren procesos de desplazamiento forzado a manos de Grupos Armados Organizados al Margen de la Ley (GAOML).

La resiliencia psicosocial implicaría la posibilidad de salir adelante ante los hechos traumáticos derivados del desplazamiento, que a su vez implica la capacidad de transformación de los acontecimientos por parte de la persona, pero además, la habilidad para la intervención por parte de los profesionales en salud, y establecimiento de acciones sociales y jurídicas de verdad, justicia y reparación (44).

Según el plan decenal de salud pública (30), constituido por le MSPS en Colombia como fuente primaria de reflexión en la práctica de dicho componente, la iniciativa de pensar en atención diferenciada para poblaciones vulnerables (45), reconoce el impacto de las distintas formas de violencia en las poblaciones colombianas, que han padecido afectación psicosocial derivado del conflicto armado.

Los cambios abruptos o traumáticos, la exposición prolongada a factores de violencia, maltrato y malas condiciones sociales y económicas, inciden en que dicha vulnerabilidad diferencial, traduzca, cómo, en el contexto Colombiano, se logra evidenciar que existe una íntima relación entre ésta manera de concebir las lógicas de la salud pública y eventos como la guerra o el conflicto armado que se comportan como un determinante social de la salud y el bienestar.

Estudios establecidos por Mercedes et Al (2006) (36) demuestran en clave de salud pública, cómo incide el conflicto armado en las condiciones de vida y de salud en la población colombiana, mostrando, en particular, el impacto de la guerra en las poblaciones que han sufrido diferentes tipos de hechos victimizantes como el desplazamiento forzado.

Dentro del amplio margen de vulnerabilidad diferenciada a nivel psicosocial del contexto poblacional de la guerra, podría también proponerse el ejemplo de los niños, niñas y adolescentes (NNA) víctimas de reclutamiento (46). Siendo estos, una población diferenciada entre la afectada por el conflicto armado, y en cuyo caso el impacto del conflicto representa, indicadores como en suma desfavorables, representados en años de vida potencialmente perdidos, nivel de riesgo para el desarrollo de conductas adictivas a consumo de sustancias psicoactivas de largo impacto (46), bajo nivel de escolaridad, dificultades a nivel de relacionamiento con pares, entre otra serie de afectaciones traumáticas continuadas en la construcción de su proyecto de vida, tal como es expuesto por entidades como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar en el informe “Impacto del Conflicto Armado en el Estado Psicosocial de Niños, Niñas y Adolescentes en Colombia” (47)

Todo contexto de guerra y conflicto interno, implica una afectación generalizada de la población, adultos, niños, niñas, adolescentes, jóvenes, de todos los grupos étnicos, creencias, orientaciones sexuales, ideología política y posición económica. La *vulnerabilidad diferenciada*, comprende esto, y asume como foco de interés, la atención de los más vulnerables, entre los vulnerables (48).

El trabajo sobre elementos de bienestar integral, se espera, sea la consecuencia de procesos de atención integral, donde la superación de elementos adversos, en cuanto a la población víctima del conflicto armado, por ejemplo, implique la

implementación de estrategias de intervención en salud con enfoque psicosocial, como las establecidas desde el Programa de Atención Psicosocial y en Salud Integral a Víctimas (49) –PAPSIVI-y la implementación de acciones específicas en salud, desde protocolos de atención propuestos por el MSPS (50) que asume iniciativas basadas en la evidencia científica para promover acciones multidimensionales y estratificadas en modelos de asistencia en salud, básica, intermedia y compleja, con articulación de todo el sistema de salud mediante rutas integrales de atención en salud.

Las consecuencias diferenciales, bajo el modelo de Diderichsen & Hallqvist, inciden en la forma de comprender las consecuencias de afectación a las poblaciones fruto de las inequidades en salud (7), las formas por medio de las cuales queda el resultante de ciertos eventos de exposición a los cuales las poblaciones han sido arrojadas. La ocasión de un evento en salud, incide en la consecuencia del mismo, es decir, que la dinámica entre causa y consecuencia en el marco de la salud, demuestra el desarrollo armónico o no, de las formas por medio de las cuales se responde a los eventos en salud, demostrando capacidad instalada, planificación estratégica y evaluación integral para la atención óptima en salud.

Lo anterior descrito, pretende poner en escena de discusión, una serie de elementos que se tornan de interés para el ejercicio de la salud pública y en particular para la gerencia de los sistemas de salud, en cuanto a comprender qué factores inciden mediante el diagnóstico situacional ante las necesidades específicas en salud de una población en particular, para la gestión integral de acciones que se requieren tener en consideración, en cuanto al diseño estratégico de procesos en favor de poblaciones altamente vulneradas en sus derechos, y en las condiciones propias de su salud.

Se asume que la atención integral en salud, en sintonía con el marco conceptual que fundamenta el nuevo Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) desde la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) (3), requiere contemplar argumentos que bajo la lógica de la salud pública, comprenda la necesidad de establecer acciones de atención integral frente a elementos que son derivados del conflicto armado en el país (39), que se ven plasmados en acciones de atención específica mediante rutas de atención integral en salud mental, en violencias, promoción y mantenimiento de la salud entre otras, que se suman al total de 16 rutas que

piensan en fenómeno de salud-enfermedad, mediante procesos de atención basados en la evidencia científica (31).

La atención integral en salud propuesta desde el MIAS debe preguntarse, dadas las condiciones de caracterización en salud, cuál es la mejor alternativa de intervención frente a más de 8 millones de colombianos, que han sufrido hechos victimizantes, que afectan de manera directa sus percepciones de salud, y en muchas ocasiones, ven por la condición misma del hecho victimizante, agudizados sus estados de salud no sólo física sino también mental (51), y el bienestar, aunado a una serie de determinantes sociales que les circundan como población.

De lo anterior, mucha de ellas en condiciones importantes de pobreza y extrema pobreza, con dificultades en el acceso a saneamiento básico y propia de la ruralidad, con indicadores importantes de desempleo y analfabetismo, además, muchos de ellos, sobrevivientes del desplazamiento forzado y las masacres perpetradas por grupos armados (52).

El conflicto armado entendido aquí como un escenario que requiere la reconstrucción de la memoria (53) pero que además incide en las condiciones de salud de la población, es uno de los factores de exposición al riesgo de mayor impacto en el contexto nacional (36). Incide en el desarrollo humano integral bajo condiciones que afectan el ejercicio de la libertad y la percepción de seguridad de la ciudadanía (54).

Implica, además, la necesidad de pensar en una población heterogénea como la colombiana, que requiere la implementación del enfoque diferencial, con amplio impacto en la vulnerabilidad diferenciada, y en donde se presentan necesidades específicas de salud con enfoque territorial.

En un contexto mediado por el conflicto armado interno de más de 60 años con presencia de innumerables grupos con tendencias e ideologías políticas de distinta índole, grupos armados regulares e irregulares, el Estado Colombiano se ve convocado a la necesidad de generar procesos de atención integral a la población víctima del conflicto, que se estima, según datos oficiales de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a Víctimas (UARIV) en más de ocho millones de

víctimas como se había mencionado con antelación, y más de cien mil a nivel del departamento de Risaralda como se mostrará posteriormente.³

Los procesos de caracterización poblacional en salud asumidos por el MIAS, se muestran como un elemento orientador que se vale de estrategias como el Análisis Situacional Integral en Salud (ASIS) (55), donde conocer cuáles son las necesidades específicas de la salud para colombianos, según el tipo de población, es una necesidad de suma importancia.

En este marco de procesos, el estado Colombiano y su sistema de salud, no puede pasar por alto, la necesidad que se tiene de comprender, cómo la guerra, el conflicto armado, las distintas formas de violencia, se consolidan como un determinante social de la salud y el bienestar integral de los conciudadanos, asunto que ocasionalmente no se encuentra trabajado con el suficiente nivel de importancia el componentes como el Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO), o los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) de la ciudadanía, evadiendo en nivel de importancia que se tiene de caracterizar en dichos componentes.

La población víctima del conflicto armado y de otros hechos victimizantes, debe ocupar el interés específico de todos los miembros del sistema de salud colombiano, por cuanto como población, requieren una serie de procesos de atención integral en salud que no sea leído simplemente desde la enunciación de acciones, sino que comprendan las condiciones mismas de la incidencia de factores desfavorables en salud y la relación de eso con el hecho de haber sido partícipes de los contexto de guerra, con diferentes condicionantes de hechos victimizantes, de amplio impacto subjetivo, en fenómenos de dolor y sobrecarga de historias que inciden en la noción integral de la salud a nivel de bienestar bio-psico-social.

Para Colombia, son más de ocho (8) millones seiscientos cincuenta mil (650) personas caracterizadas en calidad de víctimas en el registro único de víctimas

³ Para ampliar información se invita revisar web oficial: <https://www.unidadvictimas.gov.co/> reportes continuados de caracterización poblacional que pueden ser discriminados para componente nacional, departamental, y por municipios.

(RUV), según los datos ofrecidos por la UARIV (51). Hombres, mujeres y niños, personas de proveniencia rural en su mayoría, con discapacidades, pertenecientes a diferentes grupos étnicos, orientaciones sexuales diversas, y niveles socio-económicos y educativos que usualmente encuentran la necesidad de ser atendidos por el sector salud, requiriendo de los niveles asistenciales del mismo, cierto nivel de sensibilidad, pero en particular, exigiendo de los tomadores de decisión como gobernantes o niveles gerenciales en salud, la puesta en marcha de acciones que realmente respondan a las necesidades de los mismos.

El ministerio de salud y protección social (MSPS) en Colombia, ha comprendido que parte de su accionar debe estar orientado al desarrollo de estrategias y planes de intervención que comprendan la incidencia de la guerra en el ámbito de la salud pública (50).

Organizar las condiciones por medio de las cuales, se logre la articulación intersectorial, y transectorial de la salud, con el fortalecimiento de redes de actores de diferente nivel, que impacten favorablemente el desarrollo de política pública en salud, que a su vez asuma una posición verdaderamente impactante frente a la población víctima y sus necesidades específicas en salud, bajo lineamientos de enfoque psicosocial, diferencial, y con énfasis en la aproximación necesaria de comprender cómo la guerra impacta, según la evidencia científica, la salud mental de los sobrevivientes a hechos traumáticos y victimizantes.

La capacidad gerencial de los tomadores de decisión en salud, de los *gerentes de sistemas de salud*, se ve exhortada a generar aproximaciones comprensivas frente al fenómeno de la violencia, de la guerra, los determinantes sociales de la salud, y las poblaciones víctimas que requieren ser atendidas bajo modalidades de atención diferenciada e integral.

Tienen los tomadores de decisión en salud, una responsabilidad impostergable de pensar, liderar y proponer alternativas para que la atención en materia de procesos de promoción de estilos de vida saludable, prevención de enfermedades, atención diagnóstica integral, pronósticos, y tratamientos, sean verdaderamente comprensivos frente al fenómeno de los hechos victimizantes y la naturaleza derivada de este tipo de experiencias a nivel del impacto subjetivo en salud, en línea con las disposiciones propias de la invitación pensada desde el MIAS y en

otras iniciativas globales como las dispuestas por la declaración de Adelaida hacia el 2010 (38).

Las acciones de atención integral que implican una articulación armónica entre Direcciones Territoriales de Salud (DTS), Direcciones Locales de Salud (DLS), Empresas Sociales del Estado (ESE), Instituciones Prestadoras de Servicios en Salud (IPS) y las Entidades Aseguradoras del Plan de Beneficios (EAPB), lugares donde los líderes gerenciales comunes tienen responsabilidades de gerenciar acciones en pro de la población atendida.

3.9.1 De algunos aspectos jurídicos relacionados en la atención integral a población víctima: Revisión de apartados específicos de interés en materia de acciones en salud desde la Ley 1448 de 2011, “ley de víctimas”.

En el marco de las acciones gerenciales en salud, por lo menos en la lógica de funcionamiento dispuesta por el Estado Colombiano, sea en contexto público o privado, existe una suerte de relación de obligatorio y estricto cumplimiento, que fundamenta la lógica de operación e intervención en las acciones de salud pública y otros procesos de intervención en materia de planeación y ejecución de actividades afines a la salud.

El marco jurídico y normativo, se dispone en calidad de puntos cardinales desde los cuales, la plataforma de actuación encuentra un derrotero dual, por decirlo de alguna manera, “técnico-jurídico”, con el cual los procesos en salud buscan ser dinamizados, controlados, auditados, o de alguna manera regulados (56).

Asunto además que traduce la posibilidad de formalizar, lógicas clave para acciones en política pública en salud, las cuales se presentan en calidad de elementos orientadores, desde las cuales el Estado responde a necesidades de las poblaciones, según las especificidades de las mismas en relación a la salud, como elemento multi-contingente, multidimensional, interdisciplinario, amplio, complejo y con matices que deben ser contextualizados según la evidencia científica y las realidades de las poblaciones.

Resoluciones, decretos, actos legislativos, leyes, leyes estatutarias, adopción y adaptación de tratados internacionales, hasta llegar a la carta magna - la

constitución política de 1991 ⁴- que es *la norma de normas*; hacen parte de la invitación contextualizada, que puede asumirse de manera didáctica, al ser pensado desde la pirámide de Kelsen (57) como estrategia para mostrar la estratificación y/o jerarquización de aquello que se requiere en materia de organización jurídica, en el contexto de la salud para Colombia.



FIGURA 6 Pirámide de Kelsen aplicada al contexto jurídico Colombiano.

La salud para el Estado Colombiano, es asumida en calidad de **derecho fundamental** (58) a diferencia de otros sistemas de salud del mundo, y ratificado su fundamentalidad jurídica en diferentes actos legislativos (59). Contempla además, acciones como la atención a poblaciones específicas diferenciadas bajo una serie de enfoques de distinta índole, que para el caso de la población víctima del conflicto armado, busca establecer acción sin daño y garantías de no revictimización, mediante la articulación de acciones para generar el mayor bien posible como fruto de la intervención basada en la evidencia científica y en los estudios sociales requeridos para comprender las intervenciones en salud con enfoque comunitario (50).

El desarrollo jurídico consignado en la ley 1448 de 2011, establece un conjunto de medidas jurídicas, de salud, sociales, económicas, individuales, colectivas en beneficio de las personas consideradas víctimas por el aparato normativo instaurado desde el artículo 3 de la ley aquí mencionada.

⁴ Para mayor abordaje de dicho componente se recomienda la revisión de “La Pirámide de Kelsen” aplicada al contexto colombiano. Universidad Nacional, repositorio de ciencias jurídicas. En: <http://www.derecho.unal.edu.co/index.php/la-facultad/vice-decanatura-de-investigacion-y-extension/unijus>

En dicha sintonía, una persona, familia o comunidad, ante el estado colombiano, se considera víctima sí sufre algún tipo de daño en individual o colectivo por infracción del derecho internacional humanitario (DIH) (60) a partir de 01 enero 1985, o daños de distinta índole ocasionados por el conflicto armado interno. Fundamenta la reflexión jurídica la ley 1448 de 2011 en una serie de principios específicos, como lo son: a. principio de dignidad, b. principio de buena fe (61), c. principio de igualdad, d. garantía del debido proceso, e. justicia transicional.

El ejercicio de la atención integral a la población víctima, reconoce, en el marco de la salud, una serie de elementos de estricto cumplimiento, que implica la presencia de personal de la salud especializado, entre ellos médico y psicólogo, que permita el abordaje integral de los elementos en materia de salud. Así también, dispone de una serie de acciones específicas de articulación para todo el sector salud en materia de dicha atención integral en salud ante la población víctima del conflicto armado en materia de asistencia de emergencia⁵.

Establece la ley, así mismo, una serie de medidas de atención para la reparación de derechos y restitución de tierras, que por razones del interés específico del investigador no serán tenidas en consideración en el presente apartado. Continúa, en materia del análisis de dicho constructo normativo en perspectiva de salud, haciéndose mención al **capítulo VIII “Medidas de rehabilitación”**, comprendida como una medida de reparación a las víctimas, entendiéndose la rehabilitación de manera integral e integrada, en una serie de estrategias y acciones de intervención biopsicosocial en favor de la población víctima⁶.

En el marco de esta misma línea, a la ley 1448, se instaura la resolución ministerial 0888 de 2012 (62), resolución instaurada por el MSPS que con la que se crea el comité institucional para la salud y la protección social de la población víctima del conflicto armado en el país, buscando una atención integral en salud, implementado enfoque diferencial para el desarrollo de planes y estrategias de intervención integral.

⁵ Para ampliación de dicho componente, se recomienda abordaje desde el título III, capítulo II, artículos del 52 al 57.

⁶ Para ampliación de dicho componente, se recomienda el abordaje de artículos, del 135 al 138.

El ministerio de salud resuelve a través de la presente resolución la creación de dicho comité con el fin de coordinar el diseño, de planes y estrategias de intervención integral en salud de la población víctima del conflicto armado. Demuestra así mismo, dicha resolución, la necesidad de establecer trabajo integrado desde las diferentes áreas funcionales del ministerio de salud, siendo el comité integrado, liderado directamente por el despacho del Ministro.

Entre otras palabras, de este comité depende:

- ψ Generar recomendaciones y/o diseño de políticas para la atención integral de la población víctima.
- ψ Diseñar y establecer lineamiento técnico para presentar ante comités nacionales e internacionales en el tema “salud y víctimas” del conflicto armado.
- ψ Efectuar acciones de seguimiento a los compromisos adquiridos por cada despacho de salud ministerial, frente al tema en curso.

Concluye la resolución con la presentación de algunas otras disposiciones administrativas generales frente al tema en curso. Esta misma resolución se encuentra en sintonía con la reglamentación de la ley 1448 de 2011 y del decreto 4800 de 2011 (63). Este último define al PAPSIVI como: “el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones interdisciplinarias diseñados por el Ministerio de Salud y Protección Social para la atención integral en salud y atención psicosocial de las personas víctimas del conflicto armado”.

Por su parte, la resolución ministerial 1050 de 2016 (49), por medio de la cual, se establecen acciones de orden financiero en materia de criterios para la asignación de recursos, y se regulan procesos en beneficio de la implementación de los programas tipo PAPSIVI que atiende integralmente a la población víctima del conflicto armado en el país, asumiendo que dicho programa del orden nacional, requiere poner en marcha acciones de intervención para la rehabilitación integral y las medidas de asistencia integral para dicho grupo poblacional.

Dentro de los criterios específicos para el ejercicio antes mencionado en materia de asignación de recursos para las entidades territoriales, se encuentra:

- Priorización de departamentos con mayor número de personas caracterizadas en condición de víctimas desde la UARIV a través del Registro Único de Víctimas RUV.
- Ejecución efectiva de recursos asignados por el Ministerio.
- Departamentos priorizados en materia de escenarios para el postconflicto.

Consciente de la necesidad de establecer una línea técnica específica frente a este proceso de atención integral en salud ante la población víctima del conflicto armado, el MSPS realiza en compañía de expertos temáticos e investigativos, el *“Protocolo de atención integral en salud a población víctima del conflicto”* (50) el cual establece una serie de elementos de interés específico en el campo de la salud con enfoque comunitario, bajo el desarrollo de abordajes y línea técnica interdisciplinaria.

Dicho protocolo se fundamenta en investigación, principios y enfoques que entran en directa consonancia con el MIAS. Así mismo, en dicho protocolo, se establecen una serie de acciones de reflexión técnica basada en la evidencia científica (BEC) de equipos multidisciplinarios en salud (EMS) que permiten la re-conceptualización investigativa, la revisión sistemática de literatura en diferentes medios como bases de publicaciones científicas indexadas en el campo de la salud, literatura gris, y otras fuentes investigativas.

Cuenta, además, con validación en fuentes de expertos, para la consolidación de un instrumento que oriente la práctica asistencial en salud ante la población víctima del conflicto armado en el país. Así mismo, el protocolo de atención a población víctima se convierte, en una manera de establecer gestión integral de la salud con calidad, en sintonía con la apuesta de Avedis Donabedian (50) por pensar que la atención de calidad es uno de los objetivos trazadores de cualquier sistema de salud, aún más en aquellos que establecen procesos de atención integral bajo vulnerabilidad diferenciada.

De igual manera, uno de los aspectos fundamentales al pensar en la atención en salud para población víctima, un especial énfasis en las condiciones favorecedoras de la atención psicosocial con enfoque de salud mental, dadas las necesidades caracterizadas con la población víctima. Como se ha intentado

proponer en líneas anteriores, la articulación entre las acciones en salud y atención integral dispuestas para la atención a población víctima, deben generar procesos de articulación con lo dispuesto por el MIAS, mediante la implementación de acciones específicas desde todas las 16 RIAS, en particular, las correspondientes a salud mental, y violencias.

Así mismo, bajo las lógicas actuales de articulación de acciones y procesos, el uso de plataformas de la red nacional de información (RNI), encuentra una forma de proponer articulaciones con el sector salud, mediante plataformas virtuales como VIVANTO ⁷ que, mediante procesos de inter-operatividad con otras bases de información, consolida informes de la población víctima y condiciones favorables para determinar trazabilidad de acciones en salud en perspectiva de los prestadores de servicios en salud.

Dándole continuidad al ejercicio de pensar el protocolo de atención en salud del MSPS y las lógicas del PAPSIVI, se entiende por *atención integral en salud*, -en sintonía con el MIAS- las actividades esenciales para satisfacer las necesidades de la salud en la población víctima, que a su vez implica una serie de acciones articuladas de gobernanza, abogacía y gestión (64) que están además dispuestas en elementos como el PDSP 2012-2021 (30).

Dichos procesos son regulados desde el orden nacional por el MSPS y a nivel territorial desde las direcciones territoriales de salud (DTS). Busca, además, que sean implementados entre Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) en articulación con las Entidades Aseguradoras del Plan de Beneficios en Salud (EAPB). La responsabilidad de la articulación intersectorial y transectorial hace parte fundamental para lograr la garantía en la atención integral en salud ante la población víctima del conflicto armado (PVCA) en el país, y para ello se disponen de acciones como las antes mencionadas.

Las actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad-trastorno, atención diagnóstica, tratamiento, rehabilitación y hasta cuidados paliativos, hacen parte del conglomerado del proceso sistémico y sistemático con el cual se

⁷ Para ampliar información se sugiere revisar página web: <https://rni.unidadvictimas.gov.co/vivanto>

comprende la integralidad de la salud como fenómeno que requiere de atención integral frente a la población mencionada.

Según las cifras de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a Víctimas (UARIV), son más de 8 millones de víctimas, pertenecientes a diferentes grupos poblacionales, con necesidades específicas en salud de distinta índole, trastornos mentales, discapacidades, necesidades de atención por ciclo de edad, entre otros (51). Lo anterior describe la necesidad de establecer procesos claros de caracterización como los dispuestos desde el MIAS en materia de implementación de estrategias como el ASIS, o el análisis y la inter-operatividad de las diferentes bases de datos que muestran el comportamiento de la población víctima.

Desde una perspectiva analítica de los indicadores en salud, existen las *salas de análisis situacional en salud* (65) que se presentan como salas de trabajo donde se conjugan diferentes saberes interdisciplinarios y niveles técnico-gerenciales del sector salud para establecer análisis situacionales de acuerdo con el monitoreo de procesos específicos para poblaciones determinadas tal como es el caso de la población víctima del conflicto (66), la cual, para datos de 2017 en materia de salud se presentarán a continuación algunos de los elementos que se consideran relevantes para en análisis de la situación de atención en salud a la PVCA⁸:

NOTA PRELIMINAR: La presentación de datos que aquí se dispone, establece criterios del orden nacional, toda vez que las fuentes a nivel departamental que existen tienen un desfase superior a tres (3) años evidenciando necesidad de fortalecimiento en dichas fuentes, sin embargo se referencia informe de sala situacional para dicho corte del departamento de Risaralda, para otros apartados al final.

⁸ Para mayor ampliación de esta información dirigirse a:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Sala-situacional-victimas-conflicto-agosto-2017.pdf>

Víctimas del Conflicto Armado en Colombia



En agosto de 2017 de cada 100 colombianos, 17 registraban como víctima del conflicto armado.

FIGURA 7 Población VCA caracterizada MINSAL 2017

Víctimas correctamente identificadas en el SISPRO

Víctimas no identificadas en el SISPRO 15%



7.211.085 (85%) personas VCA están plenamente identificadas en el SISPRO, sobre estas, se presenta la información del presente documento.

FIGURA 8 PVC Según SISPRO a 2017. Fuente MINSAL

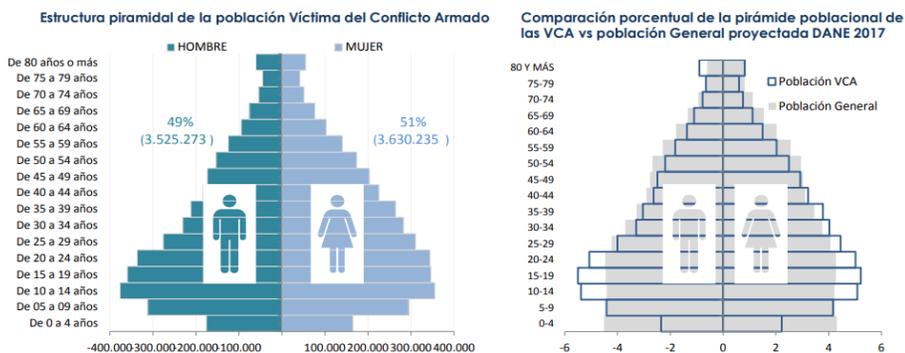


FIGURA 9 Estructura Piramidal de PVCA. Fuente DANE 2017

Personas VCA, según hecho victimizante.

Hecho Victimizante	Número de Personas	Porcentaje
DESPLAZAMIENTO FORZADO	6.479.585	89,9%
HOMICIDIO	818.462	11,4%
AMENAZA	340.693	4,7%
DESAPARICIÓN FORZADA	136.407	1,9%
PERDIDA DE BIENES MUEBLES O INMUEBLES	107.538	1,5%
ACTO TERRORISTA / ATENTADOS / COMBATES / ENFRENTAMIENTOS / HOSTIGAMIENTOS	87.124	1,2%
SECUESTRO	30.979	0,4%
DELITOS CONTRA LA LIBERTAD Y LA INTEGRIDAD SEXUAL EN DESARROLLO DEL CONFLICTO ARMADO	19.493	0,3%
TORTURA	9.347	0,1%
MINAS ANTIPERSONAL, MUNICIÓN SIN EXPLOTAR Y ARTEFACTO EXPLOSIVO IMPROVISADO	7.895	0,1%
VINCULACIÓN DE NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTES A ACTIVIDADES RELACIONADAS CON GRUPOS ARMADOS	5.687	0,1%
ABANDONO O DESPOJO FORZADO DE TIERRAS	5.104	0,1%
Total general	7.211.085	100,0%

*Una persona puede tener más de un hecho victimizante

FIGURA 10 Personas VCA según hecho victimizante. Fuente MINSAL 2017

Número de personas VCA, según año de ocurrencia del hecho victimizante.

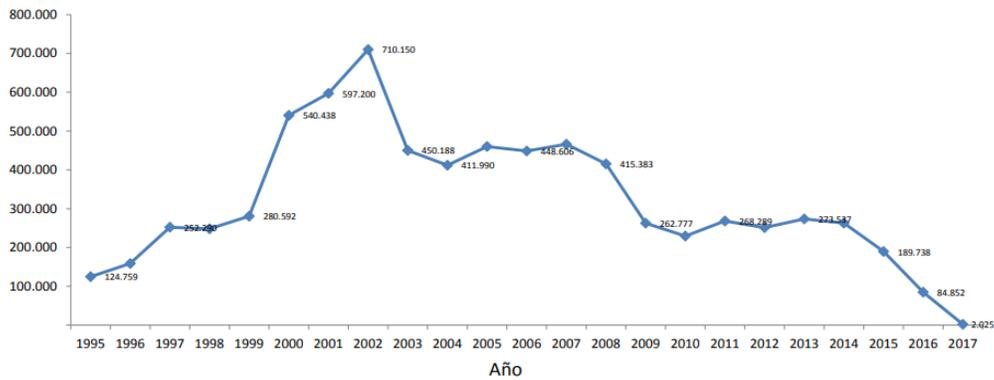


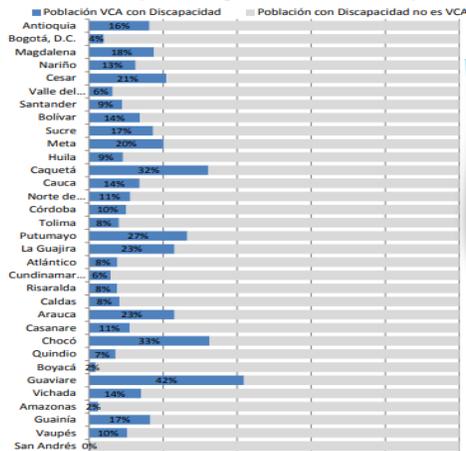
Tabla 1 Número de PVCA según año. Fuente MINSAL 2017



Tabla 2 Porcentaje de PVCA con discapacidad. Comparativo por departamentos. Fuente MINSAL 2017

DISCAPACIDAD

Población con Discapacidad según Víctima del Conflicto y No Víctima.



En el Registro de Discapacidad RLCPD, se encuentran caracterizadas un total de 1.322.430 personas con discapacidad, de ellas el 13% (169.512) están incluidas en el RUV, este porcentaje varía según el departamento, por ejemplo se observa que en Guaviare el 42% (731) de las personas con discapacidad son víctimas del conflicto armado.

Tabla 3 Registro de Discapacidad por departamentos y PVCA. Fuente MINSAL 2017

DISCAPACIDAD

Personas VCA con discapacidad según el tipo de alteración que más le afecta.

Tipo de Alteración	Número de Personas	%
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	63.932	38%
El sistema nervioso	37.820	22%
Los ojos	26.847	16%
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	14.403	8%
Los oídos	8.320	5%
La voz y el habla	8.166	5%
La digestión, el metabolismo, las hormonas	4.491	3%
El sistema genital y reproductivo	2.568	2%
La piel	1.442	1%
Los demas organos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	840	0%
No Reportado	743	0%
Total general	169.572	1

El 38% (63.932) de las personas Víctimas con discapacidad, tienen como la alteración que más le afecta al "Movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas", seguido del "Sistema nervioso" con un 22%(37.820)

Personas cuyo origen de la discapacidad es el conflicto armado. RLCPD

Origen de la discapacidad-Conflicto Armado	Número de personas	%
Arma de fuego	4.005	53%
Minas antipersonales	1.567	21%
Otro tipo de arma	884	12%
Bomba	798	11%
Artefactos explosivos improvisados	316	4%
Municiones sin explotar/MUSE	28	0%
Total general	7.598	1

En el Registro de Discapacidad 7.598 personas manifestaron que el origen de su discapacidad fue el Conflicto Armado, de ellas, el 53% fueron víctimas de Arma de Fuego, y el 21% de Mina Antipersona.

Tabla 4 Personas PVCA con tipo de alteración. Fuente MINSAL 2017

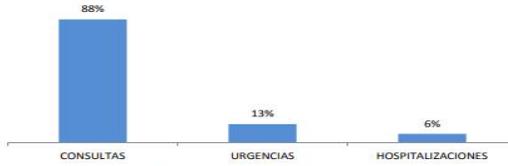
ATENCIÓN EN SALUD

Personas Víctimas, según ámbito de atención en salud. Año 2015

Ámbito de atención	Número de Personas Atendidas	Número de Atenciones	Promedio de atenciones por persona
CONSULTAS	2.640.939	13.835.777	5,2
URGENCIAS	397.022	718.367	1,8
HOSPITALIZACIONES	189.251	262.142	1,4
Total general	3.016.567	14.816.286	5

*Una persona puede ser intervenida en más de un ámbito de atención

Personas Víctimas, según ámbito de la atención en salud. Año 2015



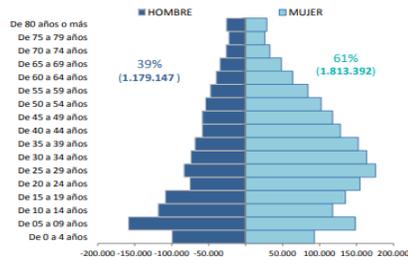
*Una persona puede ser intervenida en más de un ámbito de atención

En el año 2015 fueron atendidas en el sistema de salud un total de 3.016.567 (43%) personas que también estaban registradas en el RUV como víctimas, quienes demandaron un total de 14.816.286 de atenciones en salud, en promedio 5 atenciones por persona. En los servicios de consulta se atendió al 88% de la población víctima.

Tabla 5 PVCA según tipo de atención en salud ofertada. Fuente MINSAL 2015

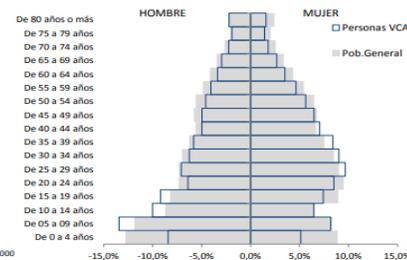
ATENCIÓN EN SALUD

Estructura piramidal de la población VCA, atendida en los servicios de salud . Año 2015



El 61% (1.813.392) de las víctimas que demandaron servicios de salud son mujeres, el 36% de ellas tenían entre 20 y 39 años de edad, mientras que en los hombres el 42% se encontraban en edades menores a 19 años.

Comparación porcentual de la población VCA, y la población general atendida en los servicios de salud . Año 2015



En el 2015 se atendió un total de 24.144.901 de personas en el sistema de salud, de las cuales el 12% (3.016.567) son VCA. Al comparar la población total con la VCA, se observa una mayor proporción de VCA en los hombres entre los 5 y 19 años, y en las mujeres entre los 25 y 44 años de edad.

Tabla 6 Comportamiento poblacional PVCA por género y edad. Fuente MINSAL 2015

ATENCIÓN EN SALUD

Personas Víctimas, según grupo de diagnóstico principal. Año 2015

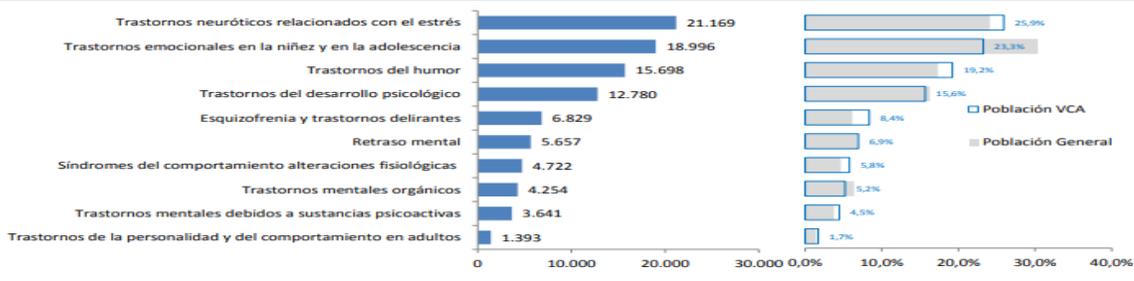


El 26% (798.649) de las víctimas que utilizaron el Sistema de Salud, fueron diagnosticados con Enfermedades del sistema digestivo, además el 3% (81.154) fueron diagnosticados con Trastornos mentales y del comportamiento

Tabla 7 Comportamiento epidemiológico en PVCA. Fuente MINSAL 2017

ATENCIÓN EN SALUD

Grupo de diagnósticos de salud mental en Población Víctima y Población General. 2015.



El grupo de diagnósticos de Salud Mental más frecuente para la población Víctima es "Trastornos neuróticos relacionados con el estrés", y tiene un porcentaje más alto que en la población general, al igual que los "Trastornos del humor", y la "Esquizofrenia y trastornos delirantes".

Tabla 8 Principales grupos diagnósticos en salud mental para PVCA. Fuente MINSAL 2017

Dadas las condiciones previamente expuestas, se encuentra entonces, la necesidad de establecer un proceso articulado de acciones intersectoriales en salud, que comprenda el fortalecimiento de procesos que comprendan, la atención primaria en salud (APS) (67) como elemento orientador de las intervenciones desde el MIAS, y la atención en salud mental con enfoque comunitario (18) como forma de fortalecer acciones, que se consignan en instrumentos como el Protocolo de Atención Integral en Salud a PVCA antes mencionado y las estrategias tipo PAPSIVI.

En este entendido, el protocolo de atención integral en salud, tiene por objetivo desarrollar una serie de indicaciones basadas en la evidencia científica que permitan la orientación de acciones de intervención en salud, entendiendo la integralidad de la misma, con el conocimiento de las condiciones puntuales de la población víctima en Colombia. Se convierte, además, en la posibilidad de generar un derrotero de coordenadas para el desarrollo de procesos a nivel de talento humano en salud que se dispone para la atención a nivel interdisciplinaria de dicha población.

Cabe la pena recordar, que en materia de la noción de hecho victimizante, propone que los mismos son acciones conducentes a la atención integral a personas sobrevivientes de ciertos hechos que impactan la estructura de salud integral de las mismas, a nivel individual, familiar, y colectivo. Los hechos victimizantes como se ha podido proponer en línea con la ley 1448 de 2011, implicarían pensar en la relación de estos con la salud, es decir (44):

HECHO VICTIMIZANTE	ACCIÓN EN SALUD PROPUESTA DESDE MARCO NORMATIVO⁹
1. Desplazamiento forzado	Acompañamiento a su dimensión subjetiva por posibles afectaciones a nivel psicológico, interconsultas en segundo y tercer nivel de atención según nivel de complejidad del caso.
2. Homicidio	Acompañamiento a las personas que sobreviven el hecho traumático, grupos familiares y/o poblaciones afectadas
3. Amenaza	Atención psicológica básica articulada en la medida de las

⁹ Cabe la pena recordar, que las acciones en salud aquí sugeridas, son aquellas que entran en directa consonancia con los dispositivos psicosociales y en salud, diseñados para atención integral en salud a la PVCA, sin embargo, toda la oferta global de servicios del sistema de salud Colombiano, está dentro de las acciones promovidas a toda la población en general.

	necesidades.
4. Desaparición forzada	Atención integral en salud mental con enfoque comunitario o especializado a nivel clínico según necesidad, con acciones de interconsultas requeridas según sea el caso y la necesidad.
5. Acto terrorista	Atención integral en salud mental con enfoque comunitario o especializado a nivel clínico según necesidad, con acciones de interconsultas requeridas según sea el caso y la necesidad
6. Abandono o despojo de tierras	Atención integral en salud mental con enfoque comunitario o especializado a nivel clínico según necesidad, con acciones de interconsultas requeridas según sea el caso y la necesidad.
7. Delitos contra la libertad e integridad sexual	implementación de protocolos específicos en salud desde la resolución 0459 de 2012 (68)
8. Secuestro	atención integral en salud mental con enfoque comunitario o especializado a nivel clínico según necesidad, con acciones de interconsultas requeridas según sea el caso y la necesidad
9. Tortura	atención integral en salud mental con enfoque comunitario o especializado a nivel clínico según necesidad, con acciones de interconsultas requeridas según sea el caso y la necesidad.
10. Accidentes por minas antipersona, municiones sin explotar o artefactos explosivos improvisados	atención integral en salud mental con enfoque comunitario o especializado a nivel clínico según necesidad, con acciones de interconsultas requeridas según sea el caso y la necesidad
11. Reclutamiento forzado	atención integral en salud mental con enfoque comunitario o especializado a nivel clínico según necesidad, con acciones de interconsultas requeridas según sea el caso y la necesidad. Generación de procesos de articulación con Instituto Colombiano de Bienestar Familiar en el caso de NNA.

El protocolo establece una serie de momentos asumidos mediante 4 títulos donde se instaura una serie de coordenadas a seguir para la implementación del mismo, amparado bajo una serie de principios fundamentales, uno de ellos, que el mismo si bien es un protocolo de salud, no debe entenderse como una “guía de práctica clínica”, sino más bien, como una serie de estrategias a desarrollar mediante la implementación de un enfoque diferencial con énfasis psicosocial, que puede

servir también, como elementos orientadores a la comprensión global de la relación entre salud y conflicto armado en materia de lo asistencial, particularmente en cuanto a la responsabilidad que se tiene por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios en Salud (IPS) y las empresas aseguradoras del plan de beneficios (EAPB).

En materia del marco contextual, contemplado en el título II del protocolo, se explicita por parte del comité técnico, que el mismo se encuentra en sintonía directa con el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), la política de atención integral en salud (PAIS) y el modelo de atención integral en salud (MIAS). Los mismos, establecen sus aportes orientadores a nivel conceptual sobre el fenómeno de la salud y responden a la iniciativa normativa contemplada en la ley estatutaria de salud 1751/2015 con el interés de pensar la salud como un derecho fundamental de toda la población Colombiana, en particular a aquellos atendidos bajo enfoque diferencial debido a su grado de vulnerabilidad psicosocial, en este caso a la población víctima del conflicto armado en el país, y otros tipos de víctimas por los previamente descritos hechos victimizantes.

Lo anterior implica la acentuación expuesta por parte de la ley de víctimas en el componente de salud, en materia de pensar que el modelo de atención integral en salud asume la Atención Primaria en Salud como una estrategia de intervención transversal a todo el fenómeno de la salud, que así mismo, dicho proceso de atención integral tiene como principios o bloques constituidos: a. La persona, la familia, la comunidad y sus entornos; b. los servicios de salud, c. la acción intersectorial – transectorial de la salud, d. la participación social de la ciudadanía en salud (69).

La reparación integral a las víctimas comprendida desde la implementación de acciones en salud bajo la óptica del protocolo, implica la comprensión de elementos de atención integral desde la articulación PAPSIVI-MIAS-RIAS. Esta reparación integral, como se ha mencionado en otro espacio, comprende en esencia una serie de momentos importantes a tener en consideración para la atención de las víctimas, a saber: a. la restitución, b. la indemnización, c. la rehabilitación, d. la satisfacción, e. las medidas de no repetición; lo aquí descrito implica el reconocimiento de que estas medidas no solo traducen una apuesta por la intervención social, jurídica y/o económica, sino que busca comprender las acciones que se disponen a nivel psicológico, donde la noción de bienestar no es

claramente explícita aún, donde se requiere asumir que la rehabilitación psicosocial, es una consecuencia de la resignificación de los hechos traumáticos, que a su vez se traducen en la apertura a procesos no solo psicosociales sino clínicos en materia de salud mental.

El enfoque psicosocial es presentado por parte del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) como una de las líneas que fundamenta conceptual y estratégicamente la intervención con la población víctima. Genera una reflexión sobre las condiciones de intervención ante las situaciones de crisis donde los ejes interdisciplinarios hacen parte del proceso orientador de las atenciones y acciones intersectoriales articuladas que pretenden generar una apreciación integral para la atención en salud bajo la perspectiva de acompañamiento a una población que sufre o ha sufrido las secuelas de violencias políticas, armadas, en el marco de una serie de otros determinantes sociales de la salud.

El PAPSIVI en línea con el enfoque psicosocial, y la implementación del protocolo del cual aquí se escribe, tiene en esencia, el interés de generar procesos de intervención integrales que sean asumidos como una forma de contribuir a la reparación integral de la población víctima, comprendiendo las necesidades que las mismas tienen en virtud de los efectos que el hecho victimizante ha tenido en su dignidad personal, familiar y comunitaria; poniendo de base al menos 6 principios fundamentales:

- Asumir la naturaleza propia del dolor subjetivo y sus significados, que presenta una persona que ha sufrido un hecho victimizante.
- Considerar que la persona – comunidad víctima, presenta no solo hechos de sufrimiento y dolor, sino, además, que existen factores históricos, personales, psicológicos individuales y/o familiares-comunitarios, que pueden contribuir a la resignificación de hechos traumáticos.
- Pensar que todas las personas tienen por principio psicológico fundamental, capacidad de empatía y reconocimiento de lo que puede implicar el hecho de sufrir un acontecimiento traumático derivado de un hecho victimizante, independientemente de su nivel de formación académica o campo disciplinar.
- La naturaleza misma del dolor, implica el reconocimiento del mismo en calidad subjetiva. Es decir, existen diferentes formas e intensidades con las cuales se significa el hecho victimizante, dependiendo de la historia establecida por la persona y la comunidad.

- El paso por el dolor, es una forma de hacerle frente al mismo. La transición y la historización, requieren del acompañamiento para la resignificación, y es en dicho componente que el enfoque psicosocial de quien interviene debe estar advertido. Toda acción de intervención con población víctima, sea en el ámbito de la salud física o mental, social o jurídica, requiere altas dosis de empatía por parte de quien interviene.
- Representar para resignificar. Todo hecho de transformación del dolor, implica necesariamente, la posibilidad de construir otros significados con el mismo, que sean más llevaderos para la persona víctima del conflicto armado.

En esta misma sintonía de reconocimiento de acciones a partir de las cuales se interviene, desde el protocolo de atención, también se hace necesario contar con el enfoque diferencial, el cual se presenta en calidad de método de análisis, que comprende la realidad diversa de las características poblacionales, de donde proviene la persona víctima y/o su comunidad y familia (50).

El enfoque diferencial (70) , que comprende variables como raza, etnia, género, proveniencia rural-urbana, ciclo vital, entre otros, también se encuentra en directa consonancia con el **enfoque de derechos** (71), que reconoce la dignidad misma del ser humano, amparada bajo el derecho internacional humanitario (DIH), que reconoce a su vez, que los derechos humanos son universales, interdependientes, indivisibles, progresivos, irrenunciables (50).

El Estado Colombiano, en materia de su constitución política de 1991 (61) (CPC), insta la responsabilidad de propender por la consolidación de la paz -artículo 22 CPC-. En tal medida, las acciones que conduzcan a la atención integral de las poblaciones víctimas del conflicto armado y otras formas de victimización, hacen parte de una apuesta por consolidar la paz y obrar no solamente dentro del parangón normativo constitucional de la paz, sino además, de comprender que la garantía de derechos para las acciones que redunden en bienestar y justicia, como la salud digna, hacen parte de la construcción de paz en el país. En palabras del equipo técnico elaborador del protocolo PAPSIVI:

“En tal sentido, el espíritu del PAPSIVI es contribuir a la vigencia y goce de los derechos a la vida, salud, igualdad, libertad, honra, participación y a la paz, entre otros derechos fundamentales consagrados en la Carta Constitucional y actualizados por la voluntad política y social de reconocer los efectos y daños directos del conflicto armado interno, en un amplio sector de la población” (50)

El protocolo de atención en salud, trae así mismo a colación, la iniciativa de implementar acciones éticas, desde las cuales, poder estar advertidos de aquello que implica el proceder de intervención frente a una población con un grado de vulnerabilidad psicosocial alto, como aquella representada en la población víctima.

El enfoque de acción sin daño (72), se une a la serie de coordenadas de intervención desde las cuales, se pretende minimizar cualquier tipo de efecto nocivo al momento de intervenir, sea a nivel individual, familiar, grupal o comunitario. No solo se trata de reconocer las acciones del hecho victimizante y sus consecuencias a nivel de la salud física, psicológica, y social, sino además, de intervenir sin riesgo de re-victimizar. Se fundamenta en un principio ético esencial en el campo de la salud, y es justamente en el principio hipocrático de *primum non nocere* “primero no hacer daño”.

El proceso de la atención en salud mental para la población víctima del conflicto armado, cumple un elemento fundamental, transversal a lo largo de todo el proceso, y requiere ser comprendido bajo una lógica articulada desde la cual hacerle frente a las posibilidades de atención integral, donde responda de manera articulada la política de atención integral en salud (PAIS), el modelo de atención integral en salud (MIAS) y las rutas de atención integral en salud (RIAS).

Cabe la pena recordar que, para el departamento de Risaralda, según la caracterización establecida por la Unidad existen más de cien mil personas víctimas, 100.188 registradas según fuentes oficiales, de las cuales 97.486 son víctimas directas derivadas del conflicto armado.



Tabla 9 Total de PVCA registro único de víctimas. Fuente UARIV 2018

En esta misma línea, se propone desde el protocolo de atención integral en salud (50), que la salud mental en materia de la atención integral a víctimas, presente unos ciertos niveles de atención asumiendo que el enfoque psicosocial acompaña todas las líneas de intervención, comprendidos de la siguiente manera:

- ψ Intervención de baja intensidad: Atención psicosocial individual, familiar, comunitaria
- ψ Intervención de mediana intensidad: Intervención focal psicológica moderada de mediana complejidad.
- ψ Intervenciones de alta intensidad: Atención psicoterapéutica especializada.



FIGURA 11 Pirámide de atención PAPSIVI - Protocolo de Atención en Salud. MINSAL 2018

Los ejercicios de trabajo articulado, intersectorial, transectorial, se hacen absolutamente necesarios, en el marco de los procesos de atención integral a la

población víctima del conflicto y otros hechos victimizantes, donde los referentes del sector salud, tomadores de decisión público-privado, asuman una lógica de atención favorecedora ante dicha población con un perfil de vulnerabilidad psicosocial mediado por la guerra y el hecho traumático, entendidos como un factor determinante social de la salud y el bienestar de las personas, las familias, las comunidades, y en general de los entornos sociales.

El protocolo establece una fundamentación técnica que pretende pensar de manera holística, integral, sistémica, las formas desde las cuales posibilitar acceso a servicios de salud integral a la población víctima del conflicto armado en el país, asumiendo una posición ética que comprende la multidimensionalidad del fenómeno del conflicto armado, centrado en la persona víctima.

La calidad de la atención en salud se asume como un eje central a la cual están convocados todos los profesionales que intervienen en las diferentes fases del proceso de atención. Asumir la integralidad del modelo de atención en salud (MIAS) implica además, hacer énfasis en elementos específicos de la salud entendida bajo una perspectiva sistémica, integral, integrada, con actores y procesos intencionados. El proceso de atención integral en salud, asume bajo la perspectiva del sistema de salud, una apuesta por identificar y cumplir cabalmente con los roles, tareas, y estrategias de trabajo conjunto en favor de la población víctima el país.

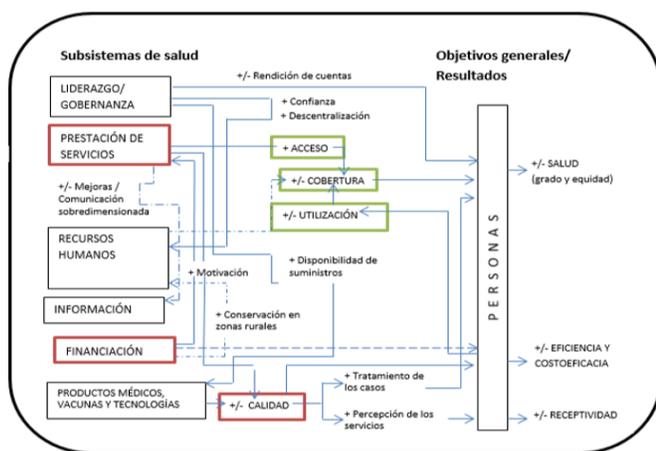


FIGURA 12. Perspectiva Sistémica de la Atención Integral en Salud. Protocolo de Atención Integral a Víctimas. MINSAL 2018

3.9.3 El conflicto armado y sus aspectos a intervenir desde el MIAS.

El ejercicio hasta aquí expuesto, ha procurado un esfuerzo de análisis de una de las situaciones más apremiantes, por no decir la más compleja, para el Estado Colombiano, dadas las condiciones en materia de impacto en todas las dimensiones que dan vida a la constitución global de acciones políticas, jurídicas, económicas, sociales, educativas, y que en términos específicos determinan la condición de salud y el bienestar de la población colombiana en general.

La guerra, el conflicto armado, incide en las condiciones de desarrollo humano de la población colombiana toda (73), de manera directa en generaciones enteras y en particular, en aquellas que vulnerablemente se muestran diferenciadas por la ruralidad, grupo étnico, ciclo vital y género, que además están más propensas a no contar con herramientas de distinta índole para hacerle frente a las condiciones desfavorables de un entorno social estratificado que les expone a elementos desencadenantes de crisis en salud de distinta índole.

La guerra es un determinante social de la salud que impacta de manera negativa a la población colombiana en general, y muestra de ello son las más de cien mil (100.000) personas caracterizadas en condición de PVCA concentradas en el Departamento de Risaralda.

Ejemplo del impacto del conflicto armado, son las condiciones psicosociales y de salud que se ven disminuidas en poblaciones de NNA víctimas del reclutamiento forzado, que ocasionalmente a lo largo de sus vidas, generan dificultades para re-estructurar proyectos de mundo con enganches a dimensiones que les resulten más favorables y posibilitadoras a nivel transformacional.

El impacto de la guerra ha sido administrado por diferentes frentes armados, regulares e irregulares, con ideologías de izquierda o de derecha a nivel socio-político, pero siempre con un mismo resultado: han consolidado sus perspectivas de mundo mediadas por la aplastante realidad de impactar generaciones enteras con enfermedades, trastornos, discapacidades, de distinta índole, que afecta la capacidad del bienestar, la funcionalidad de la transformación, genera dificultades marcadas y persistentes para desarrollar capital social y pone en entre dicho la resiliencia individual y colectiva.

El departamento de Risaralda, históricamente ha participado del conflicto armado en el país, si bien no en las condiciones de impacto ampliado en proporciones como otros departamentos como Antioquia, Bolívar o Chocó, si en la presencia de diferentes GAOML. Municipios circunvecinos a Chocó como Pueblo Rico, Mistrató, Santa Cecilia, han tenido presencia reportada de células de grupos guerrilleros, históricamente activos como Ejército de Liberación Nacional (ELN) (73) en proceso suspendido de diálogos de paz con el Estado a la fecha del presente informe, Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC) recientemente desmovilizadas con participación política activa, y amplia presencia en células urbanas políticamente activas.

El municipio de Santuario Risaralda fue ampliamente golpeado por la presencia de grupos paramilitares de las autodefensas unidas de Colombia (AUC), recordando como hecho histórico la desmovilización en la vereda la Esperanza con el frente “héroes y mártires de Guática” pertenecientes al bloque central bolívar, con presencia de más de 2000 integrantes armados, hacia el 2005. Cabe la pena recordar que uno de los principales expulsores de población civil, de desplazados por el conflicto armado perpetrado por dicho grupo, fue, además, el municipio de Quinchía hacia el 2003.

La construcción de la memoria histórica, implica no olvidar estableciendo procesos de resignificación y construcción de otras alternativas con justicia, contribución a la verdad, y a la reparación de las víctimas. Una dimensión ontológica del conflicto armado, implica reconocer que el uso de las armas tiene rostro humano, es decir, personas y poblaciones enteras que, además, se ven impactadas en las realidades propias de la salud, cuando ésta última se entiende de manera integral, sistémica y sistemática, bajo paradigmas de pensamiento complejo.

Condiciones que apremian igualmente a la salud, y se traducen en determinantes sociales de la misma, que a su vez son dinamizadas desde el conflicto armado, tienen que ver de manera importante con factores como el desempleo, el narcotráfico, la baja adherencia a dispositivos educativos o la ausencia completa de los mismos, la falta de condiciones que garanticen accesibilidad a servicios de salud. La disposición de procesos de atención integral en salud, se traduce en factores que pueden llegar a promover acciones de reducción de riesgo de reclutamiento, y se tornan en factores protectivos para las poblaciones todas (74).

La vulnerabilidad diferencial, la estratificación social, la exposición diferencial y las consecuencias diferenciales, se traducen en aspectos críticos en el marco de la salud pública que inciden de manera directa en las condiciones de salud que relacionan las coordenadas del conflicto armado, la construcción de alternativas para modelos integrales de atención en salud, donde se comprende que la salud no solo es la ausencia de enfermedad, sino la alternativa dinamizadora de diferentes dimensiones bio-psico-sociales que requieren la comprensión de equipos técnicos interdisciplinarios, y momentos escalados en los procesos asistenciales.

Si la salud es la suma de todas las políticas, y la presencia de la misma en todas las agendas organizadas de un Estado (38), cómo pasar de alto la presencia del conflicto armado en todas las dimensiones de Colombia, donde se ven de manera directa afectadas las realidades de toda la población en general, independientemente de género, etnia, nivel educativo, o posesión económica.

Clara es la posición de comprender que, en medio de dichos aspectos propios de las poblaciones, a nivel diferencial, quienes sufren los mayores rigores en su salud derivados del conflicto armado, sí son las clases menos favorecidas, de proveniencia rural en su mayoría, con escasez importante de recursos.

El nuevo modelo de atención integral en salud MIAS busca mediante procesos de caracterización específica de poblaciones, generar la puesta en marcha de rutas integrales de atención en salud desde las cuales poder hacer una serie de implementaciones de procesos garantizando acceso al sistema de salud de la población atendida. Deben los actores del sector salud, desde el nivel gerencial hasta el nivel asistencial, técnico-científico a nivel interdisciplinario, conocer las lógicas de dicho modelo para poder implementar protocolos de atención basados en la evidencia científica, desarrollar acciones de dispositivos asistenciales en salud con enfoque comunitario como los propuestos desde el PAPSIVI, y otras lógicas de atención integral que puedan responder verdaderamente a las necesidades específicas en salud presentes en poblaciones determinadas.

El departamento de Risaralda, líder en gestión de procesos de innovación, ciencia y tecnologías aplicadas al contexto de la salud, se encuentra en el reto de pensar los procesos de levantamiento de información y líneas estratégicas de gestión

frente a las condiciones más apremiantes de la salud de los colombianos habitantes en el departamento de Risaralda, y así contribuir a la mejora de las condiciones de bienestar de todos y todas.

A manera de notas para cierre capitular:

- ψ Durante este capítulo se ha podido establecer una serie de acercamientos a la revisión de elementos cruciales y de amplia importancia en la relación a la salud y el conflicto armado, aspectos que están directamente relacionados en la lógica de los determinantes sociales de la salud y los determinantes de bienestar como se ha podido demostrar.
- ψ Contemplar la relevancia del conflicto armado y su relación con la salud pública, y el impacto que presenta en la salud individual y familiar, implica el uso de enfoques diferenciales, de género, por ciclo vital o curso de vida, y la atención de necesidades específicas en salud como la atención a población con discapacidad, y trastornos derivados del contexto de guerra o como consecuencia de los hechos victimizantes. Los procesos de sistematización y caracterización poblacional, asumen el reto de pensar estos componentes también, en virtud de generar procesos acordes a necesidades que permitan implementar acciones de atención integral en salud y posteriores gestiones de modelos de riesgo en salud para dicha población, tal como se viene pensando desde el Modelo Integral de Atención en Salud MIAS.
- ψ Entender el impacto del conflicto armado en la salud y el bienestar de la persona, la familia y el colectivo social, es asumirlo en calidad de un fenómeno multifactorial, multi-paradigmático e histórico en Colombia, que implica además, la necesidad de leerlo en materia de las posibles transformaciones a las que los equipos técnicos interdisciplinarios en salud, también se ven convocados desde su aporte teórico-conceptual. La humanización de los servicios de salud, debe comprender el impacto subjetivo de la guerra y asumir el principio ético de hacer el mayor bien posible.

4. Algunas consideraciones finales sobre implementación de procesos de caracterización tipo “Análisis Situacional Integral de la Salud ASIS”

Las condiciones por medio de las cuales, los eventos en salud pública se tornan en calidad de elementos de interés para las acciones de gobernanza y toma de decisiones en salud, en entidades como las direcciones departamentales de salud, implican la necesaria comprensión de las dinámicas territoriales, y poblacionales mediante enfoques específicos de atención; asuntos que se proponen en calidad de aspectos clave para la garantía efectiva y el verdadero goce de sus derechos en salud (75).

Risaralda, se comporta como un departamento cuyas dinámicas poblacionales le hacen merecedor de cierto perfil privilegiado frente a otros departamentos de Colombia (76). Multiplicidad étnica, comportamiento poblacional con presencia rural y urbana, diferentes concentraciones poblacionales por curso de vida, con amplia diversidad sociodemográfica, y una dinámica epidemiológica bastante particular en procesos de salud física y mental, presentan el reto de reconocer la necesidad de establecer acciones constantes con las cuales pueda ser caracterizado mediante el uso adecuado de las evidencias, para poder diseñar e implementar, planes y estrategias que respondan verdaderamente a las necesidades que en salud presenta, no solo a nivel individual sino a nivel grupal y colectivo.

La interoperabilidad de fuentes de información en salud, no solo obedece a la posibilidad de contar registros clínicos unificados a nivel departamental en materia de las ESEs, sino de la posibilidad de relacionar datos, de las diferentes fuentes de información en salud como SISPRO, SIVIGILA, ERICA (77) entre otros. Existe la necesidad de poner en íntima relación las diferentes bases de información con las que una dirección territorial en salud cuenta y así tener acceso en tiempo real a datos que sean de interés en salud pública.

Contribuir con datos fidedignos a las acciones que promuevan la generación integral de estrategias como las que se disponen en la escena internacional, adoptadas por Colombia por el MSPS y el Instituto Nacional de Salud (INS), en materia de lo dispuesto en el Análisis Situacional Integral de la Salud (ASIS), estrategia diseñada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que

pretende dinamizar en últimas las funciones esenciales de la salud pública (FESP), aspecto último, que se espera sea mostrado en el presente capítulo.

Es en esta línea del fortalecimiento de las acciones derivadas de los procesos de caracterización en salud, que el INS y el MSPS de Colombia, han permitido además, pensar que los procesos de caracterización en salud (55) se establezcan con énfasis y perspectiva de Determinantes Sociales de la Salud (DSS) en línea con lo sugerido por la OPS (78), asunto que para el departamento de Risaralda, también surtió efecto en la elaboración de su proceso ASIS publicado hacia el 2016 (76).

Si bien existen una serie de elementos de interés en dicho constructo, cabe la pena mencionar, que se pueden percibir ciertos esfuerzos donde el énfasis de proceso tiende a consolidarlo como un perfil epidemiológico básico, en materia de la información recopilada mediante fuentes de información como el SISPRO, aunque la reflexión con énfasis en salud pública, no se logra evidenciar con total facilidad.

Es una necesidad, asumir que la integralidad de la salud, no solo obedece a la fidelización de datos, sino a las lógicas donde se construyen dichos datos de cara a las poblaciones atendidas. La participación social de las poblaciones en la toma de decisiones en salud, es una necesidad a fortalecer en los procesos de gobernanza compartida, y en los modelos como la Atención Primaria en Salud (APS) que se encuentran como columna vertebral del nuevo MIAS.

De igual manera, la implementación de acciones bajo la lógica de los determinantes sociales de la salud en materia de caracterización tipo ASIS, implica el ejercicio de pensar los mismos, bajo modelos y enfoques diferenciales (79) tal como se decía anteriormente, asunto que hace énfasis en la necesidad de la Dirección Territorial de Salud, al momento de comprender aspectos cómo las necesidades específicas de salud por género, curso de vida, pertenencia étnica, ubicación rural o urbana, nivel de escolaridad, aspectos propios como la vulnerabilidad diferenciada al momento de presentarse eventos como el ejercicio de ser víctimas del conflicto armado y de algún tipo de hecho victimizante amparado bajo la ley 1448 de 2011.

El departamento de Risaralda, es convocado a concebir, una serie de necesidades en materia de sus procesos de caracterización en salud, donde están expuestas las posibilidades de transformación real de los procesos de la salud pública.

Estrategias, planes y proyectos de intervención deben ser asumidos con el rigor que implican, y estar dispuestos en la agenda de la salud pública, en materia del cumplimiento de las acciones para las que fue dispuesta la resolución 1841 de 2013 (80) de lo hasta hoy vigente correspondiente al Plan Decenal de Salud Pública (30). Lo anterior cobra especial interés, pues en este proceso de investigación, se han mostrado algunos elementos que anteceden dicha reflexión para dar fe del nivel de complejidad del cumplimiento de dichas iniciativas a escala global.

En sintonía con lo anterior descrito, la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en versión de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para las américas, y allí Colombia, establece acciones de desarrollo conceptual y metodológico para comprender las *funciones esenciales de la salud pública (FESP)*.

En el marco de dichas aproximaciones conceptuales, la OPS establece referencia sobre 11 FESP. El ejercicio fundamental, es comprender la iniciativa de “la salud pública en las américas” (81), entendiendo dicho elemento en calidad de un proceso de transformación de las condiciones de salud pública para el continente americano donde se parte de la autonomía regional, nacional y local. Las acciones de gobernanza, liderazgo y gestión de la autoridad sanitaria, se traduce en una de las claras iniciativas a través de las cuales generar procesos desde la agenda de la salud pública para todos los territorios de la nación, en este caso para Colombia, entendiendo la implicación de esto a escala territorial para el departamento de Risaralda, y sus 14 municipios.

La reflexión en lo territorial a nivel del departamento de Risaralda, implica asumir el ejercicio de concebir la denominada línea técnica sobre “la salud pública para las américas”, tal como es propuesto por parte de la OPS. El abordaje de una serie de elementos trazadores que traduzcan la sinergia de elementos de gobernanza en los niveles nacionales, territoriales y locales de los países, bajo la promoción de 11 funciones esenciales de la salud pública, asunto que no se

percibe claramente expuesto en el ASIS del Departamento de Risaralda para el 2016 (76) y que el investigador considera esencial en materia de la optimización de acciones que repercuten en la optimización de procesos.

Las FESP pretenden promover acciones en favor de la salud de los territorios, mediante prácticas específicas, y mediciones concretas en virtud de su funcionamiento asuntos que pueden ser tenidos en consideración mediante el ASIS como estrategia integral diagnóstica en salud. Así mismo, la salud pública tal como es entendida por parte de la comisión de la OPS, se traduce en una lógica de la acción colectiva, donde establece sinergia el Estado como ente regulador de las acciones político-públicas y de gobernanza en salud, y la sociedad civil organizada, la academia con los diferentes gremios del talento humano en salud, que genera acciones de uso de servicios procesos de veedurías organizadas frente a los mismos, garantizando componentes como la participación social en salud (69), y otros referentes intersectoriales y transectoriales.

Esto implica el reconocimiento de puntos de encuentro entre la iniciativa de las FESP, los procesos de caracterización integral en salud como los dispuestos en el ASIS, y la iniciativa del nuevo MIAS, que a partir de la Política PAIS y las Rutas de atención RIAS, pretenden la implementación de lógicas integrales con las cuales favorecer los procesos de promoción y prevención de la salud, la apuesta por comprender la misma como elemento emancipador de lo humano en calidad de la búsqueda de bienestar, y no solo convertirse en un elemento organizativo del nivel asistencial en salud en materia de organizar redes de atención y prestación de servicios.

La salud pública se muestra en calidad del elemento central de las reflexiones en materia de los DSS y los DB, tal como se propone bajo la presentación de éste componente, pretende, no una mirada académica de la misma, sino una aproximación a la práctica social e interdisciplinaria.

De igual manera, busca una aproximación desde el desentramar acciones que empoderen a la sociedad civil de las condiciones de posible mejora de los procesos en salud y bienestar integral de los mismo, no entregando la responsabilidad completa de dicho componente a los entes del Estado, sino el trabajo articulado mediante reales gestiones integrales de riesgo en salud.

La gestión integral del riesgo en salud (32) no puede describirse solamente en virtud del rol del asegurador, de la entidad aseguradora del plan de beneficios (EAPB), sino que implica el fortalecimiento de acciones de intervención comunitaria en salud, psicosocial, educativa en estilos y prácticas de vida saludable, con las cuales dinamizar los DSS – DB para que la carga de la enfermedad disminuya, y sea evitable en la medida de lo posible.

En esta misma línea, las FESP se proponen como una serie de aspectos que condicionan y favorece en desarrollo de las prácticas de la salud pública, pensadas en el trabajo articulado y medible mediante diferentes fuentes de verificación.

El monitoreo y fiscalización, se tornan como elementos cruciales de la salud pública en materia de sus funciones esenciales, asunto que cobra sentido mediante una serie de ámbitos de aplicación específica de dichos procesos de monitoreo, particularmente en materia de: salud ambiental, salud ocupacional, salud materno-infantil, y enfermedades crónicas (10).

Lo anterior es evidenciable en materia de lo operativo, en la dirección territorial de salud de Risaralda, en las diferentes esferas de funcionamiento que integran la Dirección Operativa de Salud Pública, y que requieren mayor fortalecimiento de acciones de integración e integrales con la Dirección Operativa de Prestación de Servicios, a nivel de lo asistencial. Planes de intervenciones colectivas (82) y acciones constituidas en las redes integrales de prestación de servicios (83) se unen en favor de las funciones de la salud pública

El ejercicio de la salud pública, si bien compete al Estado como ente regulador de las acciones organizadas, no desconoce la necesidad de fortalecer los procesos de participación de la sociedad civil organizada o las acciones que incidan de manera directa en la gestión organizativa de la misma, convocando a participar a otros sectores como el académico e investigativo, gremial, como los del talento humano en salud.

Es la armonización entre las dimensiones de la gestión pública en salud unido a la sinergia de los colectivos sociales, aquello que determina que las funciones

esenciales realmente sean acciones de transformación no solo del sector salud, sino de los determinantes sociales de la misma que repercutan en la generación de bienestar integral y desarrollo humano.

Las funciones esenciales de la salud pública, cuentan con una serie de elementos antecedentes determinados por parte de la OMS que, en materia de investigaciones contribuyen a la comprensión global de una serie de factores de interés, y dinamizan el ejercicio de dichas funciones esenciales de la salud pública.

Entre ellos, cabe la pena mencionar: El estudio Delphi y el Proyecto Nacional de Medición de Estándares y Desempeño de la Salud Pública en Estados Unidos de Norte América (PNMEDSP) (10). En cuanto al primero, el estudio Delphi, valida la necesidad de fortalecer una serie de acciones de interés en materia de lo que se comprende por aspectos esenciales como: Prevención, vigilancia y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles, Monitoreo y mantenimiento de la salud, salud ocupacional, gestión de la salud pública, atención en salud para grupos vulnerables y poblaciones de alto riesgo; eso por mencionar algunos de los elementos centrales consecuencia del estudio.

De otro lado, el PNMEDSP de Estados Unidos de Norte América, contribuye a la consolidación de acciones en materia de aportar al fortalecimiento de las nociones de intervención esperadas en materia de las FESP, proponiendo tres categorías básicas de las mismas, a saber: Evaluación de acciones en salud pública, desarrollo de políticas públicas en salud, y generación de procesos de aseguramiento en salud para la población (10).

Derivado del componente investigativo del proyecto nacional de medición de estándares, en el contexto de la salud pública para Estados Unidos, se conciben además, una serie de elementos fundamentales que son de especial atribución al ejercicio de la salud pública desde dicha perspectiva, por mencionar algunos: prevención de epidemias y enfermedades, prevención de daños, cuidado ambiental, fomento de hábitos y estilos de vida saludable, accesibilidad a servicios de calidad en salud, entre otros.

Dadas las condiciones previamente referenciadas y la relación explícita con la necesidad de pensar lo territorial en Risaralda en clave de salud pública, se considera importante proponer en explícito las 11 FESP que la OMS determina que, y recomendarlas en calidad de lineamiento técnico que fortalezca el ASIS departamental. Son FESP:

12. FESP monitoreo y análisis de la salud poblacional
13. FESP vigilancia, investigación y control de riesgos y daños en salud pública
14. FESP promoción de la salud.
15. FESP participación social y empoderamiento de la sociedad civil en procesos de salud.
16. FESP desarrollo de planes, políticas y capacidad de gestión en favor de la salud pública y la rectoría sanitaria.
17. FESP regulación y fiscalización en salud pública.
18. FESP evaluación de la accesibilidad y equidad en los servicios en salud para la población.
19. FESP desarrollo del capital humano – talento humano en salud- y formación continuada en salud pública.
20. FESP garantía de los servicios de salud a nivel individual y colectivos.
21. FESP investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud.
22. FESP establecimiento de procesos de reducción de daño en estados de emergencias y desastres en salud.

Comprender la necesidad de establecer análisis de las situaciones de salud de manera integral, implica el reconocimiento de factores que se comportan como indicadores fundamentales a nivel de la salud, entre ellos: Factores de orden demográfico, factores de orden socio-económicos, factores de morbi-mortalidad, factores de accesibilidad a los servicios de salud por parte de la población, es decir cuán accesibles son los servicios en salud prestados y considerar en términos de los procesos a nivel de recursos, con qué cuenta un sistema o micro-sistema de salud con comportamiento territorial específico.

En esta misma línea, establecer el reconocimiento de los factores que inciden en la generación de análisis de las situaciones en salud, permite comprender la dinámica generada entre factores propios de los determinantes sociales de la salud y el bienestar. El modelo de los determinantes sociales de la salud, descrito por Dahlgren & Whitehead (1991) permite en el marco de los análisis de situación

integral en salud, comprender una serie de elementos de interés específico en el proceso de la salud pública, donde se describen con especial atención: a. los factores biológicos como un determinante a tener en consideración, b. factores individuales y conductas, c. Aportes establecidos a la salud por el componente social, d. Accesibilidad a los servicios de atención en salud, e. condiciones laborales y de vida, f. condiciones socio-económicas de las poblaciones.

En este contexto, la superación de las inequidades en salud, se traduce como uno de los objetivos fundamentales de las acciones de la salud pública, de sus funciones específicas. Para tal hecho, contemplar que el ASIS es una estrategia y procedimiento de análisis sintéticos en salud, comprende la especificidad de elementos que inciden en la salud de una población determinada, se hace necesario en calidad de acción de la cual se espere redunde en la superación de brechas, inequidades y desigualdades en salud.

Tal como se ha propuesto en anteriores apartados, es una necesidad tener en consideración la incidencia en el ASIS del departamento de Risralda, de factores socio-políticos, socio-económicos, psicosociales, de accesibilidad a los servicios de salud según las características propias de las poblaciones, en materia de sus determinantes sociales, niveles educativos, aunados al establecimiento de procesos desde los cuales se pueda contribuir al establecimiento de acciones de evaluación y monitoreo constantes.

La generación de procesos de intervención en salud, unidos a las acciones que se derivan desde la implementación del ASIS para un entorno nacional, territorial o local, implica entonces, no solo el análisis riguroso de factores como los antes descritos, y la comprensión de las dinámicas derivadas de los determinantes sociales de la salud en el contexto de la salud pública, sino, además, que se hace necesario establecer procesos de análisis pormenorizados de las diferentes fuentes de información y bases de datos con las cuales darle un criterio de validez importante al ejercicio previsto en materia de información.

Referentes como Ministerio de Salud y Protección Social para Colombia que permiten bases como SISPRO- RIPS –SIVIGILA entre otros buscando que sean datos fiables y verídicos, las unidades territoriales de salud como secretarías departamentales de salud, direcciones locales de salud, uniones estratégicas con referentes intersectoriales y transectoriales, otras fuentes de información

derivadas de entidades como DANE, entre otros, permiten que realmente se genere procesos de interés y análisis de la información en salud.

En continuidad, las acciones derivadas de los procesos de caracterización en salud, mediante la implementación de las líneas estratégicas del ASIS descritas, la formulación de eventos priorizados en salud pública, cuenta con una serie de estrategias que pueden ser de importante réplica para las acciones de intervención poblacional en salud, contando con métodos de interés que pueden aportar para tal fin, como el método CENDES diseñado por la OPS, que busca establecer procesos de diagnósticos situaciones en salud mediante la priorización de eventos en salud, teniendo en consideración criterios como magnitud, trascendencia y vulnerabilidad (4).

Así mismo, el método de Hanlon (84) que a su vez cuenta con el aval de la comisión de la OPS, se dispone en el marco de las iniciativas de apoyo a la gestión de acciones en salud pública, y promueve análisis de la situación en salud mediante la solución de problemas en salud analizados en calidad de factores como pertinencia, factibilidad económica, aceptabilidad poblacional, entre otros.

En proceso tal como se ha descrito hasta aquí, pretende comprender que existen una serie de herramientas desde las cuales promover los procesos de análisis situacionales en salud, de la manera más idónea posible, permitiendo detenerse de manera integral, he implementar acciones que posibiliten intervenir el fenómeno de la salud de manera idónea, con enfoque de riesgo, que promuevan la superación de inequidades y brechas en la atención integral en salud, tal como se consolida en la iniciativa vigente a la fecha mediante la implementación del MIAS y las RIAS de las cuales se ha hablado con antelación (32).

Acápite 1: Algunos elementos en específico del ASIS desde la perspectiva del INS

Tal como se ha pretendido hasta el momento, el investigador ha hecho un abordaje general y particular para relacionar las acciones en virtud de componentes fundamentales: ASIS, FESP, MIAS, RIAS, en perspectiva de lo territorial para el departamento de Risaralda. La iniciativa de proponer una serie de elementos de interés en el seguimiento y evaluación continuada de las FESP, se

traduce en la posibilidad de fortalecer las acciones que las entidades organizadas a nivel de lo público, puedan justamente propender por la mejora de acciones continuas en salud pública

El INS establece análisis de profundidad de la metodología ASIS (79) dispuesta en el marco de las acciones en salud, que el departamento de Risaralda también participa. En esa misma línea, la herramienta ASIS se constituye como una forma de proponer acciones que favorecen la toma de decisiones en el ámbito de la salud pública, mediante el análisis riguroso y sistemático de procesos de caracterización de las poblaciones a las que se pretende intervenir.

La toma de decisiones en salud, implica la necesidad de favorecer procesos que estén orientados al análisis de la información obtenida mediante las fuentes que implican la investigación en diferentes procesos en salud. Los antecedentes propios del ASIS implican tener en consideración algunas iniciativas desde la OPS en línea con las iniciativas de establecer procesos de caracterización en salud, como la metodología CENDES (85) tal como se ha dicho con antelación.

El ASIS, si bien en otros momentos de la investigación en curso, se ha presentado algunos de los pormenores de su implementación, cabe la pena recordar, que no solo es un instrumento que se usa en cuanto al proceso de caracterización poblacional en salud, sino, que además, permite conocer las necesidades específicas en el campo de la salud de una población en particular, proponiendo la ejecución de acciones específicas de intervención en los determinantes sociales de la salud, promoviendo la mejora de las condiciones de bienestar integral de las personas en lo individual y en lo comunitario.

Su relevancia en el campo de lo territorial, implica que no sea asumido simplemente como un instrumento de perfilamiento epidemiológico sino como una herramienta que integre otras fuentes de referenciación y de inter-operatividad, entre ellas las fichas de Caracterización en Atención Primaria en Salud “Ficha APS” que ha desarrollado la Dirección Operativa de Salud Pública (DOSP).

Mediante la implementación del decreto 3518 (86) las condiciones de vigilancia epidemiológica en Colombia, establecen la necesidad de establecer acciones de

conocimiento específico de las poblaciones con enfoques territoriales, diferenciales en materia de ciclo vital, pertenencia étnica, y priorización de necesidades específicas en salud, asunto que implica la posibilidad de pensar en las contribuciones del ASIS como estrategia no solo de caracterización poblacional, sino, además, metodología con la cual hacerle frente a las posibilidades de consignar alternativas de intervención. De igual manera, el ejercicio expuesto por dicho decreto, en sintonía con caracterizaciones en salud como la propuesta en el ASIS, está contemplado a nivel del plan decenal de salud pública (30) vigente a la fecha de la presente investigación.

El desarrollo de la apuesta por comprender el ASIS como una metodología integral, debe propender por comprender que la misma pretende un equilibrio entre las condiciones cuantitativas y cualitativas de los procesos de la salud, la enfermedad y el bienestar integral (87) (79).

El enfoque territorial para la construcción de los ASIS fue uno de los elementos cruciales que se presentaron, para asumir que el ASIS como estrategia de caracterización poblacional a nivel país, formuló un real conocimiento de los territorios nacionales, dado que la iniciativa de abordaje de las necesidades y condiciones de la salud, se formulan bajo la lógica de los DSS que se leen, bajo la complejidad de los territorios y micro-territorios diversos de Colombia, y a su vez con enfoques diferenciales a nivel poblacional.

Según el insumo expuesto en materia de la línea técnica, el eje cafetero participó de la consolidación del ASIS, pensado justamente desde las direcciones territoriales de salud, asumiendo el reto de ser pensado como un territorio en particular, con condiciones sociodemográficas similares, y participación similar en las condiciones del comportamiento poblacional en materia de la salud pública.

Los procesos de priorización en salud establecidos en clave de lectura desde el ASIS, asumen la posibilidad de ser participativos, intersectoriales, y demuestran la necesidad de comprender y establecer, diferentes abordajes que sepan leer las condiciones del territorio en materia de salud, buscando articular procesos desde los cuales realmente el ejercicio promueva toma de decisiones basados en la evidencia, y fidelización de las fuentes de información en salud, que no solo hace

referencia a la consolidación de sistemas de información fiable, sino además, donde se comprenda la realidad poblacional según los enfoques diferenciales requeridos para priorizar procesos (88).

Acápite 2. Breve presentación metodológica de la metodología “Matriz ARMAR-7: Articulación – Recopilación – Manejo – Análisis - Reporte” OPS (87)

En el recorrido de los anteriores apartados, se ha podido establecer la pertinencia en el marco de la salud pública, de las iniciativas de caracterización integral que proponen modelos integrales de atención como el MIAS bajo la implementación de acciones a través de las rutas integrales RIAS. Así mismo, los retos que de alguna manera, están representados para el Departamento de Risaralda, en materia de movilizar las acciones de la dirección territorial de salud, mediante construcciones como el ASIS que pretende ser algo más que un compendio de indicadores en salud, y dar la relevancia a las acciones propias de la implementación de las FESP y la superación de las inequidades y desigualdades en salud, mediante acciones implementadas que comprendan el goce efectivo de derechos en salud de todos los Risaraldenses.

Tal como se ha presentado, el ejercicio de caracterización en salud en función de la salud pública, ha sido una iniciativa propia de las naciones unidas desde la política internacional en salud de la OMS-OPS, que, derivan en los esfuerzos de la comunidad internacional, y entre ellas, las adopciones establecidas por el Estado Colombiano, para buscar la superación de brechas, el análisis de DSS y DB, y las posibilidades de ofertar servicios de calidad en salud, asumiendo además, que la responsabilidad de comprender el fenómeno de la salud, no implica solo la intervención sobre la enfermedad, sino además, el fortalecimiento de acciones que la prevengan.

La OPS presenta otra iniciativa metodológica en línea con otros modelos como los dispuestos por Hanlon y CENDES ya antes descritos, donde se pretende la consignación de ciertos componentes que favorecen la implementación de acción para el ASIS, y el análisis de ciertos componentes que pueden ser implementados de manera puntual para el ejercicio de la salud pública de los territorios, entre ellos Risaralda.

La matriz ARMAR, busca aportar a la identificación de procesos de articulación, recopilación, manejo de la información, análisis de la misma, y presentación de reportes desde los cuales sea posible y favorable, el desarrollo de procesos de gobernanza en salud y acciones de abogacía.

Bajo la lógica de establecer uso de los diagnósticos situacionales en salud, traza objetivos y determina líneas estratégicas para asumir la directa relación existente entre fases del ASIS y componentes específicos considerados relevantes, como lo son: El contexto Social e Histórico de un territorio en particular, la calidad de vida y bienestar de la población en materia de factores que así lo determinan, las prioridades en eventos de salud, y aspectos como la participación social de la salud y la abogacía frente a la misma.

Esta matriz, es una iniciativa que se pone en consideración en el desarrollo de la presente investigación con el fin de generar, aportes específicos que pueden entrar en directa consonancia con las posibilidades de gestión interna de la Dirección Operativa de Salud Pública, en materia de las acciones en favor de la caracterización en salud, que a su vez promueve la implementación requerida desde el MIAS y las RIAS para el departamento de Risaralda.

FASES DEL ASIS	a. OBJETIVOS Y b. LÍNEAS ESTRATÉGICAS DEL ASIS (2 cuadros por separado)					
	1-Contexto histórico y social	2- Calidad de vida y bienestar	3-Morbilidad, mortalidad y salud positiva	4-Prioridades e intervenciones en salud	5-Evaluación políticas, programas y servicios	6-Participación social y abogacía
Articulación: modelos, necesidades, priorización, planeación, implementación.						
Recopilación: Fuentes, atributos, datos						
Manejo: Limpieza, validación.						

Análisis: Tabular, gráfico, narrativo.						
Reporte: Objetivos, interpretación, Discusión. Recomendación						

FIGURA 13 Presentación modelo ARMAR. Cuadro de Análisis.

5. Propuesta Indicador de Bienestar Integral en Salud con Determinantes Mixtos (DSS-DB) IBIS-DM.

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE BIENESTAR INTEGRAL EN SALUD IBIS-DM ¹⁰	
Nombre del Indicador: Indicador de bienestar integral en salud con determinantes mixtos – Determinantes Sociales de la Salud y Determinantes de Bienestar.	Sigla: IBIS – DM (DSS-DB)
Definición y objetivo: Generar información bajo un paradigma complejo que integre en la acción, procesos de la salud entendidos desde la lógica de los determinantes sociales de la salud y los determinantes de bienestar, para el departamento de Risaralda, partiendo de unidades de análisis y fuentes de información pública en salud, particularmente, unidades de análisis disponibles en Ficha SISAP de Atención Primaria en Salud APS, implementada por la Dirección Operativa de Salud Pública de la Secretaría Departamental de Salud de la Gobernación de Risaralda.	Definición de Dimensiones: Ver apartados posteriores.
Forma de Cálculo: Ponderación de valor en decimales, de tres dimensiones fundamentales con valores parciales bajo enfoque axiomático, con determinación de umbrales de privación básica. Se requiere de equipos interdisciplinarios con énfasis en habilidades estadísticas, y manejo de softwares especializados para tal fin, que favorezcan el uso de principios de interoperabilidad en salud.	<ol style="list-style-type: none"> Dimensión Educativa: 0.33 La dimensión educativa se encuentra pensada desde el nivel de alfabetización. Para el presente indicador, se asume en código binario valor de 0 (sí) es mayor de 15 años y sabe leer y escribir, y 1 (no), si es mayor de 15 años y no sabe ni leer ni escribir. Dimensión Salud: 0.33. La dimensión salud, asume como categoría específica de análisis la vinculación a algún tipo de régimen, es decir, el aseguramiento. Sí está asegurado (0) o no (1).

¹⁰ Formato adaptado del Sistema de Estándares Básicos en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social Colombia.

	<p>El umbral de privación contará con población pobre no asegurada, migrante, o población con condiciones extraordinarias en su cobertura en salud.</p> <p>3. Dimensión Estándar de vida: 0.33. La dimensión estándar de vida, está considerada desde la presencia de trabajo formal, es decir, con garantías legales según lo dispuesto en la NLV del MINTrabajo. Es decir que (0) si sí tiene trabajo formal y (1) si no tiene trabajo formal.</p> <p>4. Se tendrán en consideración una serie de elementos de interés a nivel de umbrales de privación para los valores asignados.</p>
<p>Unidad de medida: Convertible en porcentaje, según datos de contexto en resultados estadísticos.</p>	
<p>Nivel de Desagregación: Se disponen de una serie de criterios de interés específico para el componente de desagregación, a saber,</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Criterio A “división por zonas de gestión sanitaria”: Se tienen en consideración datos aportados por los 14 municipios del Departamento de Risaralda, estableciendo, además, delimitación por zonas de gestión sanitaria, sub-división del departamento según mapeo general de los municipios teniendo en consideración modelo de gestión en salud dispuesto por la Dirección Operativa de Salud Pública y la Dirección Operativa de Prestación de Servicios. 2. Criterio B “Umbrales de privación”: Se establecen una serie de criterios a nivel de umbrales de privación para cada una de las dimensiones establecidas. Dado que el indicador se presenta bajo un enfoque axiomático, de sí o no, de código binario 0 (si) 1 (2), es necesario proponer una serie de elementos considerados aquí en calidad de umbrales, que han sido respectivamente descritos en cada una de las dimensiones. 	<p>Toma de cortes anuales a últimos 05 años a partir del diciembre 2013 hasta diciembre del 2018.</p>

FIGURA 14 Ficha técnica Indicador IBIS-M. Fuente propia.

5.1 Diseño metodológico para la valoración de los determinantes de salud en Risaralda según los paradigmas del bienestar de Sen mediante el “INDICADOR DE BIENESTAR INTEGRAL EN SALUD CON DETERMINANTES MIXTOS IBIS-DM”

Definición de las dimensiones: En sintonía con el discurso de la integralidad de la salud bajo un enfoque axiomático, los determinantes de bienestar y los

determinantes sociales de la salud, se propone implementar un indicador cuyas dimensiones vertebrales sean: **Educación** entendido desde el nivel educativo leído desde la alfabetización (saber leer y escribir) en población mayor de 15 años. **Salud** entendiendo el mismo bajo la premisa de si está asegurado o no está asegurado al sistema de salud y seguridad social, y para finalizar, la dimensión, **Estándar de Vida**, asumiendo que para efectos de la consolidación del presente indicador el mismo comprenderá si tiene trabajo formal o informal.

a. Dimensión educativa: Para el caso de la presente construcción de la propuesta de indicador multidimensional, bajo la premisa de un enfoque axiomático, se propone considerar en específico la capacidad o privación del alfabetismo. Es decir, que el indicador se contempla mediante la ponderación binaria de saber leer y escribir o la ausencia de dicha competencia. Conocido es que el nivel de escolaridad se asume como un indicador básico de educación, la dimensión educativa incide de manera directa en el entendido de los factores protectivos de la población risaraldense, aunque se consolida desde la superación de los niveles de analfabetismo.

- **Ponderación:** La dimensión educativa del indicador propone por ponderación de (0) si es mayor de 15 años y SÍ sabe leer ni escribir, y de 1 si es mayor de 15 años y NO sabe leer ni escribir (1).
- **Umbral de Privación:** Existe margen del umbral de privación si se encuentra sin dicha competencia, por presentar discapacidad cognitiva o necesidad educativa especial que le impide la tarea completa en dicha competencia.

b. Dimensión Salud: Ampliamente compleja en términos multidimensionales, se expone aquí bajo la premisa, que la misma obedece a un proceso sistémico de bienestar integral. Para efecto de la consolidación del indicador, se propone la categoría de aseguramiento y vinculación al SGSSS de la población como iniciativa básica del sistema de salud para garantizar ingreso al sistema y reactivación de rutas de atención integral a que dieran lugar.

- **Ponderación:** La dimensión salud presenta, bajo enfoque axiomático, la calificación de (0) si la persona SÍ se encuentra vinculada a algún tipo de régimen de salud, (1) si NO se encuentra vinculada-asegurada a ningún tipo de régimen en salud.

- **Umbral de privación:** población que al no encontrarse en ningún régimen en el departamento de Risaralda, requiere formas de atención especial, como: Población migrante, Población con Situación de Vida en Calle, entre otros.

c. Dimensión Estándar de Vida: Implica no solamente contemplar la capacidad de ingreso, sino la capacidad de trabajo y percepción de dignidad en el mismo, la formalidad del trabajo, y las lógicas que éste implica para poner la fuerza de producción de la persona en virtud de la suplencia no solo de sus necesidades básicas, sino en la consideración de aporte y desarrollo.

- **Ponderación:** Para efectos prácticos, se asume que ésta dimensión parte del hecho de la formalidad versus la informalidad del trabajo. La presencia de trabajo formal se califica con valor numérico de (0) y su ausencia con valor numérico de (1). Es decir, si sí tiene trabajo formal (0) si no tiene (1).
- **Umbral de privación:** población con trabajo informal, pero que aun así hace aportes a seguridad social para efectos de salud, pensiones.

d. Acciones de integración en Ficha APS: Por último, se hace necesario que la ficha APS, pueda estructurar e incorporar algunos elementos de las dimensiones aquí establecidas, generando una serie de acciones de mejora para una versión que se fundamente técnicamente bajo las medidas multidimensionales en salud, cuyas lógicas sean asumidas desde la postura de la investigación aquí presentada, que puedan entonces, asumir el reto de los determinantes sociales de la salud y los determinantes de bienestar como acápites dinámicos de la salud pública para el departamento de Risaralda.

NOTA: La consolidación del IBIS-DM, entra en consonancia con herramientas de caracterización cuya validación de orden estadística podría disponerse en materia de equipos técnicos interdisciplinarios, con los cuales poder sistematizar mediante uso de diferentes tipos de softwares dispuestos para tal fin, y que, implique el aporte a iniciativas de caracterización como las dispuestas en el ASIS departamental, o a su vez, con herramientas como el ARMAR, que previamente en apartados anteriores se ha expuesto su análisis, donde se incluyan valoraciones y tipificaciones de la determinación en el departamento, promoviendo

georreferenciación, variables geográficas (zona rural, urbana, cabecera, etc), que a su vez, se traduzcan en la posibilidad de pensar en zonas de gestión sanitaria.

El ejercicio de control, verificación del desempeño, requiere la participación de juicios de expertos para establecer pilotaje con muestreos y validaciones estadísticas que a su vez, deberán ser consolidados mediante equipos interdisciplinarios, que asuman la posibilidad de generar de manera conjunta, procesos donde se asocien privaciones o determinación a partir del tablero de indicadores o grupo de indicadores con los aspectos epidemiológicos por unidad geográfica.

4.2 Descripción y fundamentación técnica de algunos apartados de interés sobre el IBIS-M:

La generación de unidades de análisis de datos en salud, se convierte en una de las iniciativas actuales más vigentes, para la gerencia de los sistemas de salud. Conocer las condiciones de salud y enfermedad de las poblaciones, implica la gestión efectiva de acciones de conocimiento de sus dinámicas a nivel de salud y enfermedad, con implementación de distintas estrategias de caracterización efectiva como son las promovidas desde el ASIS.

En el caso del departamento de Risaralda, la Dirección Territorial de Salud, en cabeza de la secretaria de salud departamental, dispone de una serie de herramientas del índole territorial y nacional, que se pueden disponer para tal fin y que han sido usadas hasta ahora, sin un enfoque multidimensional de bienestar integral.

La gestión integral de la salud, implica la toma de decisiones con conocimiento amplio y suficiente de las dinámicas epidemiológicas, de morbilidad, y mortalidad de las poblaciones todas (89) a las cuales poder garantizar el ejercicio de la atención integral en salud, como lo dispone el MIAS. Procesos que implica la apropiación de acciones con las cuales hacerle frente a la atención integral en salud, mediante caracterizaciones que tienen en consideración, una serie de indicadores básicos en salud.

En el marco de la salud pública, son reconocidos los trabajos iniciales de autores como William Farr, hacia el siglo XIX, donde la medición de los procesos de salud,

enfermedad, y sobrevivencia, empiezan a allanar el camino para la consolidación de ciencias como la epidemiología, y la medicina social (89).

La cuantificación y medición de las condiciones propias de la salud de una población, hacen parte de las iniciativas de control social que buscan garantizar acciones de intervención en gestión integral de servicios y necesidades de atención integral, establecimiento de acciones de política pública en salud, trabajo articulado según necesidades específicas en campos que sean determinados como puntos críticos del ejercicio de la salud.

La captura de información altamente relevante en las dinámicas propias de la salud y la enfermedad, empiezan a hacerse integrales, con iniciativas como la investigación aquí propuesta sobre determinantes sociales de la salud y determinantes de bienestar, en la medida en que no solo se detiene la lógica de los indicadores básicos de la salud, sino, además, pretende establecer una dinámica integral entre la lógica de impacto propio de la relación existente entre ambas categorías conceptuales.

La utilidad en el marco de la salud pública y la vigilancia de la misma, en la gestión de indicadores, implica la posibilidad de generar unidades de análisis específicas para grupos poblacionales determinados, acciones de conocimiento de la dinámica población-persona-tipo de enfermedad y/o trastorno, o condición específica de necesidad en salud. La integralidad es un requerimiento actual en la gestión de indicadores en salud, entendiendo por la misma una visión amplia y suficiente de las diferentes dimensiones que inciden en la dinámica de la salud bajo una perspectiva sistémica.

La integralidad en salud, además de pensar en servicios de salud oportunos y de calidad, es un llamado a pensar en un sistema de salud generador de desarrollo social, capital social y cultural, que incide en las dinámicas de desarrollo humano de las personas, bajo una perspectiva clara de apropiación de capacidades y funcionalidades, que, en el uso de la libertad, genera además sociedades libres y democráticas.

Un factor de desarrollo social integral en salud, deberá asumir la posibilidad de encarar la salud pública e individual y el bienestar, como factor de dignidad humana, en un ambiente socialmente sostenible, donde elementos del bienestar social, como la calidad del agua, los factores nutricionales, la alfabetización y el trabajo digno, generan estándares de vida digna.

Un sistema de salud integral que no solo se ocupe de las condiciones propias de la enfermedad, sino de la generación de bienestar bajo las lógicas del desarrollo humano como se ha descrito previamente en esta investigación.

El uso de indicadores en salud, es una apuesta por evidenciar procesos que determinen fortalezas y vulnerabilidades, capacidades y funcionalidades de esa integralidad en salud, en este caso, para el subsistema territorial de Risaralda que está constituido por personas, familias, colectivos sociales, poblaciones multiétnicas, con cursos de vida diferenciados, y con estratificaciones de distinta índole.

En esta misma lógica, el ejercicio de la construcción de indicadores en salud, implica además, contemplar una serie de condiciones específicas para la validez de los mismos, donde la implementación de acciones estadísticas, como la confiabilidad, sensibilidad, mensurabilidad, y el costo-beneficio, hacen parte de los requerimientos para poder dar vía de acceso a la consolidación de los mismos logrando generar atributos de calidad y comparabilidad que le den validación científica a los mismos, pero se pongan con rostro humano y no solo en calidad de datos estadísticos (90).

De igual manera, el contemplar la gestión de datos básicos en salud, se encuentra en sintonía con una serie de procesos estratégicos liderados desde entidades internacionales como la OMS, que a su vez, son adoptados y adaptados para el contexto nacional Colombiano (90) con lo que se busca incidir, no sólo en el reconocimiento de las dinámicas epidemiológicas propias de los contextos territoriales y nacionales, sino además, en la generación de procesos continuados para la evaluación de la dinámica salud-enfermedad-trastorno. Los datos básicos en salud (DBS), estandariza una serie de elementos propios de los indicadores, promoviendo la gestión pública de la salud, y su incidencia en los procesos de los

tomadores de decisión, para la gerencia de la salud pública en el amplio entramado de los sistemas de la salud.

La ley 715 de 2001 reglamentada mediante decreto 3518 de 2006 (86) instaura la necesidad de generar un sistema de vigilancia de salud pública, en cabeza del ministerio de salud y protección social, en alianza con las unidades territoriales en todo el país, que tiene por función esencial la estructuración de un sistema integrado de información en salud SIVIGILA, que permita mediante la generación del observatorio nacional de salud ONS, la fidelización de datos entregados por diferentes unidades generadoras de información del orden nacional y territorial.

Es importante recordar, que la fidelización de la información en materia de los datos básicos de la salud, convertidos a su vez en indicadores de salud, traduce una dinamización de las funciones esenciales de la salud pública, proceso desde el cual, el ejercicio del buen gobierno, gobernanza y gobernabilidad del sistema de salud, hace posible que las acciones propias de las unidades territoriales como la secretaría departamental de salud de Risaralda, estén en sintonía con la gestión pública de la salud con criterios de verdad y ética.

En este sentido, la dirección territorial de salud de la Gobernación de Risaralda, contempla una serie de necesidades específicas de atención en salud, con base en la información fidelizada que se obtiene de la gestión de indicadores con datos básicos de salud, asumidos en procesos de caracterización donde hacen parte: Unidades interdisciplinarias de análisis en salud, gestión de bases de datos con información específica en salud reportadas a través de plataformas como SIVIGILA, RUAF, SISPRO, entre otras.

La ficha SISAP de atención primaria en salud (91), también conocida como “Ficha APS”, se consolida como una iniciativa del departamento de Risaralda, para lograr generar una unidad de análisis de datos en salud que inter-relaciona acciones con enfoque de salud pública pensada desde el componente de algunos

determinantes sociales de la salud. Presenta una serie de dato consignados bajo cinco [5] caras de análisis¹¹, a saber:

- a. Identificación: Contiene datos de identificación del grupo familiar, personas ausentes, personas de la familia,
- b. Ambiente Físico: Contiene una serie de elementos como tipo de vivienda, instalación de servicios sanitarios, almacenamiento de residuos, entre otros, que permiten contemplar dinámica física del entorno familiar y comunitario.
- c. Animales en la vivienda: Determina la presencia y prácticas de cuidado de la tenencia de animales domésticos.
- d. Ambiente Psicológico: Explora mediante análisis de escala LÍkert, una serie de elementos propios de la dinámica relacional de la familia, algunos componentes de orden psicosocial y procesos implicados en el consumo de sustancias psicoactivas SPA.
- e. Ambiente Social: Expone algunos elementos propios de la dinámica social en términos barriales, participación social del grupo familiar en organizaciones sociales barriales o estatales.
- f. Gestantes: Explora condiciones relevantes en el estado gestacional de madres con embarazo activo a la fecha de la aplicación de la encuesta.
- g. Niños y niñas menores de 1 año: Genera datos relevantes en la historia de desarrollo del menor, en materia de componentes importantes en la salud del mismo, derivado de componentes tipo AIEPI y de vacunación específica.
- h. Niños y niñas entre 1 año y 5 años: Deriva información relevante en materia de componentes específicos del desarrollo, medidas antropométricas entre otros datos de interés.
- i. Niños y niñas entre 6 y 10 años: Datos relevantes del desarrollo.
- j. Jóvenes entre 11 y 17 años: Explora sobre elementos relevantes del desarrollo por curso de vida, ampliando

¹¹ Nota: Para un mayor nivel de detalle de la ficha SISAP de atención primaria en salud, dirigirse a: www.gobernacionderisaralda.com/secretariadesalud

información sobre datos en vida sexual, actividad física y nutricional entre otros.

- k. Hombres y Mujeres entre 18 y 44 años: Levanta información sobre datos relevantes en materia de salud del hombre y la mujer.
- l. Morbilidad y Mortalidad: Explora en el último año sobre elementos de interés a nivel de morbi-mortalidad del grupo familiar.
- m. Calificación del riesgo en tiempo real: Semaforiza, bajo los criterios de diligenciamiento previo por parte del encuestador, el nivel de riesgo expuesto por parte del grupo familiar, buscando la reactivación de rutas a que diera lugar por el nivel asistencial en salud.

La posibilidad de contar con elementos propios de la Ficha APS, que contemplen elementos que alimenten el indicador de bienestar integral D-M traduce una acción de mejora del instructivo, que pueda tener entonces, la ampliación de ciertos datos que puedan ser ingresados para darle integralidad a las unidades de medida y análisis de dicha ficha, en consonancia con la lógica de los Determinantes Sociales de la Salud y los Determinantes de Bienestar.

En el ejercicio de las acciones de atención integral en salud, los procesos de caracterización, tal como se ha logrado mencionar hasta aquí, cumplen un papel de gran importancia y amplio impacto, que buscan conocer de manera directa las realidades de la población risaraldense, para así lograr establecer procedimientos diagnósticos, con los cuales poder promover acciones de intervención integral, política pública e implementación de planes y estrategias de intervención diferenciada, según las necesidades específicas en salud para las poblaciones todas, según elementos como curso de vida, grupo étnico, vulnerabilidad, amenaza y riesgo.

El diseño, valoración e implementación de indicadores en salud, se presenta como una unidad de medida técnica, que permite entonces, dar fe en lo concreto del cómo está la salud del departamento, estableciendo el uso de una serie de bases de datos dispuestas para tal fin, o la generación de otras unidades de medida con

las cuales poder entender otros elementos que quizás hayan estado desatendidas por diferentes motivos.

Los indicadores de básicos en salud (90), hacen parte de la estructura organizada por entidades como en MINSAL COL, que, mediante equipos interdisciplinarios en salud, promueven acciones de caracterización e interoperabilidad de bases de datos en salud para todo el territorio nacional, implementando enfoques diferenciales, de derechos, y territoriales. Pretenden desde la vigilancia en salud pública, proporcionar datos, indicadores, monitorear desempeños, del sistema de salud, y gestionar conocimiento que impacte favorablemente la política pública en salud del nivel nacional, respondiendo a la autonomía territorial.

Ésta investigación, promueve como consecuencia del barrido epistemológico sobre las categorías “Determinantes Sociales de la Salud” y “Determinantes de Bienestar”, la necesidad de consolidar la comprensión integral de la salud pública bajo una perspectiva de integralidad en la salud. En esa misma línea, la salud mental ha sido uno de los elementos claramente evidenciados en las necesidades de salud pública para el departamento de Risaralda, con indicadores de interés epidemiológicos en psicopatologías activas, consumo de sustancias psicoactivas por encima de la media nacional, violencias evitables, y particularmente ideación, y gesto suicida, según últimos datos del SIVIGILA.

5. Conclusiones y recomendaciones: Iniciativas de cierre en favor de los indicadores de salud pública en el departamento de Risaralda.

En el desarrollo de los capítulos anteriores de la presente investigación, se ha logrado evidenciar una serie de elementos desde los cuales, se logra exponer los puntos de tensión epistemológica entre la lógica de los determinantes sociales de la salud y los determinantes de bienestar, aspectos fundamentales enmarcados en los procesos de la salud pública, motivadores de reflexión propios de la gestión de conocimiento en un nivel de maestría que pretende pensar el ejercicio de la salud como un elemento fundamental de los sistemas humanos, bajo un paradigma de la complejidad, y la integralidad multidimensional.

La gerencia de los sistemas de salud, no reduce su responsabilidad de aporte a la labor administrativa de instituciones prestadoras de servicios de salud o entidades aseguradoras de planes de beneficios en salud, sino que, promueve acciones de gobernanza y gobernabilidad sobre cualquier tipo de dispositivo que se piense promotor de la salud en un contexto social donde la interacción entre sus determinantes y las políticas públicas, implican acciones de comprensión del fenómeno de la salud y el bienestar, asunto que no exime de participación a los Risaraldenses, y a las entidades gubernamentales dispuestas para tal fin, como es el caso de la Dirección Territorial de Salud.

La secretaría departamental de salud de la gobernación de Risaralda, es la entidad rectora a nivel territorial de todo el sistema de salud, articuladora directa de las acciones de gobernanza y en esto, las funciones esenciales de la salud pública, se traducen en procesos que buscan la gestión integral de la salud de los Risaraldenses. Elementos de su gobernanza, requiere una toma de postura donde se humanicen los indicadores de la salud pública, accionando el establecimiento de procesos, políticas y estrategias, que promuevan el bienestar integral, asumido como reto donde la prestación de los servicios sea una acción colectiva o individual que comprenda la salud como derecho fundamental.

Los determinantes sociales de la salud, tal como se ha podido mostrar hasta aquí, no obedecen solamente a los resultados de cruces de interoperabilidad de datos fríos bio-estadísticos epidemiológicos como los expuestos en plataformas tipo SIVIGILA, SISPRO, RUAFA, Cubos del MINSAL u otros cruces de datos de bases epidemiológicas, o los consignados en el ASIS Risaralda, que si bien importantes, no dan algo más allá de datos a los que se debe humanizar en materia de los procesos de atención que bien disponen, sean en la gestión del riesgo colectivo en salud mediante Planes de Intervenciones Colectivas, o la gestión del riesgo individual mediante los procesos articulados con la prestación de servicios integrales en salud.

El MIAS, mediante las RIAS, se esgrime como condición con las cuales poder poner en el plano de la intervención pública en salud, procesos de atención integral, que verdaderamente traduce un reto para el departamento de Risaralda, no solo por las características mismas de su implementación, sino por la iniciativa de consolidar elementos como:

1. Procesos de caracterización en salud apoyados desde iniciativas de interoperabilidad de distintas bases de datos de orden poblacional entre ellas, herramientas como ERICA, o Fichas de Atención Primaria en Salud APS, que realmente den coordenadas específicas de intervención en eventos priorizados en salud.

2. Análisis de la situación integral en salud ASIS del departamento de Risaralda, con énfasis en componentes específicos de determinantes sociales de la salud, que en su momento requerirán acciones de mejora que contemplen los determinantes de bienestar bajo la lógica de Sen, y que a su vez, cuenten con indicadores basados en la evidencia que promuevan su utilización. El enfoque de derechos humanos e integralidad de la salud, debe traducir la necesidad de implementar enfoques psicosociales con los cuales la herramienta del ASIS del Departamento de Risaralda, realmente comprenda que no está pensada para ser un reservorio de datos estadísticos, sino, que, traduzca la apuesta por comprender la dinámica integral de la salud como fenómeno multidimensional, con elementos específicos como los enfoques étnicos, en un departamento multi-étnico que requiere comprensión de cosmogonías diferenciadas.

3. Asumir que la salud mental es un elemento trazador de todos los procesos de intervención con enfoque de salud pública y con gestión del riesgo individual en salud, según lo cual, cualquier fenómeno de atención integral en salud, y de atención integral a cualquier tipo de patología, tiene un impacto considerable en los factores psicológicos en la carga de enfermedad. Así mismo, y dadas las condiciones reportadas epidemiológicamente para el departamento de Risaralda, elementos de psicopatologías activas y estructuradas, aunados a indicadores de consumo de sustancias psicoactivas, deben repercutir en la toma de acciones y decisiones específicas para atender de manera priorizada.

La salud mental, implica el reconocimiento no solo de psicopatologías activas o estructuradas, sino además el impacto de los aprendizajes y los estilos de vida como cuadros de comportamiento que inciden de manera directa en rutas como la de promoción y mantenimiento de la salud, o en patologías orgánicas donde fenómenos como la adherencia a tratamientos, implica procesos desencadenantes o atenuantes de los cuadros clínicos.

4. El ejercicio de la promoción y el mantenimiento de la salud, se consolida como un elemento de fundamental atención, dadas las condiciones por medio de las cuales, se busca promover procesos específicos donde se atienda la salud y no sólo la enfermedad, en otras palabras, fortalecer acciones desde las cuales toda la población por los diferentes cursos de vida, pueda estar bien, y mantenerse saludable.

5. Son una prioridad impostergable para el Departamento de Risaralda, pensar en el fortalecimiento de acciones de articulación entre la dirección operativa de salud pública, y la dirección de prestación de servicios, para unificar una serie de criterios desde los cuales la integralidad del MIAS y las RIAS, realmente respondan a las necesidades de intervención requeridas por las poblaciones, agrupadas por micro-territorios y entornos.

6. Los procesos de costeo de las rutas, a nivel análisis financiero, requieren amplio esclarecimiento conjunto con las EAPB y las IPS-ESE, liderado desde la Dirección Territorial de Salud de Risaralda, dicho proceso, implica el uso y ampliación del componente del observatorio mercado de servicios de salud OMSS establecido como producto de investigación de la Fundación Salutia para la Gobernación de Risaralda.

De otro lado, se ha logrado proponer que los determinantes sociales de la salud, comprenden las realidades psicosociales, culturales, educativas, políticas y educativas de la población Risaraldenses, necesarios en las márgenes propias de intervención y puesta en marcha de acciones no sólo de caracterización, sino además, de intervención integral en la gestión colectiva de los riesgos en salud, de la gestión integral de los riesgos individuales en salud, por cuanto también implica que los prestadores y aseguradores promuevan el conocimiento de los factores sociales que determinan la salud de sus beneficiarios.

La participación de las EAPB y los prestadores público-privados, es una coordinada de requerida insistencia, donde es posible promover acciones de capacitación para implementar la lógica de los determinantes de bienestar, que están en directa consonancia con la línea de humanización de los servicios de salud y los procesos de calidad en salud, asunto último que debe ser comprendido

no solo desde la eficiencia financiera del servicio, sino desde la atención humanizada.

La salud, además, bajo la perspectiva de los determinantes bienestar como se ha dicho hasta aquí, implica asumir la directa relación entre una serie de condiciones que no solo determinan el fenómeno en sí mismo a nivel estructural o intermedio, sino que, además, afecta profundamente la posibilidad del desarrollo humano de la persona, la familia, y el colectivo social, aspecto ampliamente descrito en la relación de aporte que la lógica de los determinantes de bienestar, invita a contemplar y que incide directamente en la noción de desarrollo humano y libertad, que promueven las sociedades democráticas y económicamente sostenibles y justas.

La lógica de los determinantes de bienestar, convocan no solamente la comprensión de la capacidad de ingreso, el nivel de escolaridad y/o la garantía en servicios de salud, sino que, traduce la apuesta de responsabilidad por la generación de capital social, desarrollo del ejercicio de la libertad y la política como arte de la administración del poder organizado de los contextos humanos.

La superación de inequidades, desigualdades, y vulnerabilidades, apuesta por comprender que el desarrollo humano determinado por el bienestar, es un ejercicio impostergable de que relaciona a la salud como elemento fundamental del buen vivir, y no solo como la ausencia de enfermedad.

De igual manera, en la investigación, el maestrante ha logrado consolidar un aparato conceptual –metáfora operativa del conocimiento- para promover la reflexión académica de rigor, bajo la metodología inicialmente propuesta y aprobada en las diferentes fases de revisión con los expertos asesores en las áreas temáticas a fines, y las indicaciones propias del colectivo de docentes del comité curricular de la maestría en curso, con revisión específicamente continuada por el asesor directo de la misma, donde se pusieron a consideración una serie momentos conceptuales que durante el recorrido de los diferentes períodos del proceso conceptual, lograron dar fe del objeto conceptual trasegado.

Sub-categorías de interés ampliado como: capital social y salud, salud mental con enfoque de salud pública, salud y derechos humanos entre otros, que fueron

derivadas desde el abordaje de las categorías generales sobre determinantes sociales de la salud y los determinantes de bienestar.

Dicho proceso, implica la integración de elementos fundamentales en la gestión gerencial de los sistemas de salud, en particular, del colombiano, que adopta una perspectiva sistémica del conocimiento, relacionando de manera sinérgica, acciones y disposiciones deductivas, comprendiendo la globalidad de la generalidad, para incidir en la particularidad de lo concreto, pero asumiendo no una mirada jerárquicamente organizada, sino multidimensionalmente dispuesta, fractal, multi-contingente.

Con una perspectiva integral que lograra consolidar una aproximación y recreación articulada de elementos, se logra puntualizar en materia del cumplimiento del **objetivo general que:**

- ψ Se logró consolidar una aproximación conceptual como consecuencia del barrido y revisión bibliográfica especializada en el tema en curso, mediante el cual se evidencian puntos de encuentro y tensión entre las categorías generales del estudio: 1. Determinantes Sociales de la Salud, 2. Determinantes de Bienestar. 3 Posibles impactos en la mejora de líneas estratégicas de la salud pública para tener en consideración en el departamento de Risaralda mediante una serie de recomendaciones explícitas al cierre del capítulo final en calidad de resultado con la recomendación de la construcción del indicador de bienestar integral en salud BIS mixto como el IBIS-M.
- ψ La investigación logra promover una serie de elementos conceptuales con los cuales se da conocimiento amplio y suficiente a nivel metodológico de los aportes de la revisión de literatura especializada que promueve la reflexión sobre dos categorías conceptuales de amplio impacto y relación con la salud pública como lo son los determinantes sociales de la salud y los determinantes de bienestar.
- ψ El ejercicio de dicho proceso de revisión conceptual, permite vislumbrar una serie de aportes específicos a la gestión de la salud pública en el departamento de Risaralda, logrando mediante aproximaciones específicas a las líneas de actuación dispuestas en la secretaría departamental de

salud, implementar una serie de aportes al diagnóstico de puntos críticos como los anteriormente dispuestos, en particular aspectos donde la implementación del MIAS-RIAS es un derrotero fundamental en la gestión actual del departamento de Risaralda.

En materia del cumplimiento de los **objetivos específicos** propuestos:

- ψ Se relacionaron puntos de tensión epistemológicas entre las categorías primarias del estudio “Determinantes Sociales de la Salud” y “Determinantes de Bienestar” y su incidencia en el marco de la salud pública de los Risaraldenses, aspecto a tener en consideración para establecer acciones de mejora en los procesos de intervención en componentes liderados desde la Secretaría Departamental de Salud, en direcciones específicas como la Dirección Operativa de Salud Pública.
- ψ Se consolida un aparato conceptual tipo tesis de maestría con una serie de categorías y subcategorías de investigación relacionadas de manera sistemática, que permite un marco conceptual y metodológico en sintonía con aspectos transversales de la Política de Atención Integral PAIS, que a su vez presenta implementación en el Modelo de Atención Integral en Salud MIAS, fortaleciendo acciones de reflexión concreta en las necesidades de ciertas rutas de atención integral RIAS.
- ψ Por último, se genera un sub-producto de la investigación en capítulo específico sobre Salud Mental con enfoque de Salud Pública, que logra evidenciar la comprensión de dichos fenómenos en las necesidades actuales de intervención en dichos componentes para el departamento de Risaralda, en aras de la construcción de elementos como la política pública en salud mental del departamento de Risaralda.

6. Nota final de Cierre.

El autor de la presente investigación, extiende un saludo de fraterno agradecimiento y se toma el atrevimiento de alejarse de las formalidades propias de la presentación en curso, para incluir en apartado inserto, *no adjunto*, la presente nota de agradecimiento a todas las personas, docentes, directivos, y

líderes, que hicieron posible la consecución de éste constructo teórico, plagado de sensibilidades propias.

Las realidades vigentes que acompañan éste instrumento al que se llama tesis, son una muestra de resistencia y búsqueda incansable de dignidad, junio del 2018 en Risaralda-Colombia así lo demuestran. La salud, lejos de ser determinada sólo por lo social o el bienestar, implica justamente una apuesta ontológica, donde la libertad y la democracia, se alejan de los intereses ciertamente taxonómicos de ciertos discursos hegemónicos entre ellos el de la medicina. El buen vivir, implica la apuesta ética del saber hacer algo con lo que sintomáticamente nos aqueja.

La sentencia categorial de las subdivisiones, divisiones, taxonomías, indicadores, dimensiones, epidemias, síntomas, *afugias*, debe reconocer el riesgo de la fragmentación de lo humano, promoviendo una apuesta donde no se pierda del horizonte propio de la intervención, que podría ser la humanización de la salud. Baladí sería el discurso hasta aquí expuesto, si el autor no promoviera desde su sesgo, intencionado y elegido, un llamado de atención, para dignificar y humanizar la salud, en particular, aquella que desea desdibujar la (E)scucha, sobre la mirada.

Bien lo recuerda el Maestro Jorge Luis Borges (92) a propósito de las taxonomías que difuminan el ser:

“Esas ambigüedades, redundancias y deficiencias recuerdan las que el doctor Franz Kuhn atribuye a cierta enciclopedia china que se titula Emporio celestial de conocimientos benévolos. En sus remotas páginas está escrito que los animales se dividen en:

- (a) pertenecientes al Emperador,*
- (b) embalsamados,*
- (c) amaestrados,*
- (d) lechones,*
- (e) sirenas,*
- (f) fabulosos,*
- (g) perros sueltos,*
- (h) incluidos en esta clasificación,*
- (i) que se agitan como locos,*
- (j) innumerables,*
- (k) dibujados con un pincel finísimo de pelo de camello,*
- (l) etcétera,*
- (m) que acaban de romper el jarrón,*
- (n) que de lejos parecen moscas.”*

7. Referencias Bibliográficas

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Analisis de la Situacion de Salud (ASIS) Colombia 2015. Inst Nac Salud. 2015;175.
2. Perfetti M, Corral D, Carlos S, Prada F, Dirección Metodología L, Estadística P, et al. ENCUESTA NACIONAL DE CALIDAD DE VIDA. Bol TÉCNICO DANE [Internet]. 2017;1–52. Available from: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/Boletin_Tecnico_ECV_2016.pdf
3. Ministerio de Salud y Protección S. Política de atención integral en salud - Modelo de Atención. Minsalud [Internet]. 2016;1–94. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
4. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Hacia un marco conceptual que permita analizar y actuar sobre los determinantes sociales de la salud. [Internet]. 2005. p. 39. Available from: https://cursos.campusvirtualesp.org/pluginfile.php/3229/mod_page/content/1/determinantes/bibliocomplementaria/unidad_2.2bc/ud22bc-marco-conceptual-ddsOMS.pdf
5. Demals T, Hyard A. Is Amartya Sen's sustainable freedom a broader vision of sustainability? Vol. 102, Ecological Economics. 2014. p. 33–8.
6. Hernandez Sampieri R, Fernandez Collado C, Baptista Lucio M del P. Metodología de la investigación [Internet]. Metodología de la investigación. 2010. 656 p. Available from: <http://www.casadellibro.com/libro-metodologia-de-la-investigacion-5-ed-incluye-cd-rom/9786071502919/1960006>
7. Martínez FL. Enfoque para el análisis y la investigación sobre Equidad / Inequidad en Salud Revisión conceptual. Rev Salud Colomb [Internet]. 2006;77:1–26. Available from: http://www.saludcolombia.com/actual/documentos/Equidad_Inequidad_en_Salud.pdf
8. Sánchez-Meca J. Cómo realizar una revisión sistemática y un meta-análisis. Aula Abierta [Internet]. 2010;38:53–64. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3316651.pdf>
9. Rother ET. Revisión Sistemática X Revisión Narrativa. Acta Paul Enfermería [Internet]. 2007;20(2):6–7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n2/es_a01v20n2.pdf
10. OPS C científico. Funciones esenciales de la salud pública. 42° Consejo Directivo. Organización Panamericana de la Salud OPS. 2001;18:42.

11. Sen A. La idea de la justicia. Amartya Sen, Ed. Taurus 2007.pdf. Taurus. Taurus E, editor. Bogotá DC; 2007. 365 p.
12. Sen AK. Desarrollo y libertad Amartya Sen. Desarro como Lib. 2000;7.
13. Del sol Cobos JG. Resumen de “Desarrollo y libertad” de Amartya Sen. 2004;16.
14. Muñoz Caravajal MR. El enfoque de capacidad de Amartya Sen y sus limitaciones para la ciudadanía y la sociedad civil. Araucaria Rev Iberoam Filos Política y Humanidades. 2014;31(16):85–103.
15. Sen A. La salud en el desarrollo. Bol la Organ Mund la Salud-Recopilación artículos. 2000;1(2):16–21.
16. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Alma-Ata. Declaración de Alma-Ata. Conferencia internacional sobre atención primaria de salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Rev Sanid Hig Publica (Madr) [Internet]. 1978;1:8–10. Available from: <http://amro.who.int/Spanish/AD/SDE/HS/OttawaCharterSp.pdf>
17. Salud OMD La. Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020 OMS [Internet]. Organización Mundial de la Salud [OMS], editor. Organización mundial de la salud. 2013. 54 p. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf
18. Humanos CDD. Informe del relator especial para Naciones Unidas. 2017;4875:17–4875.
19. Determinants M. Informe mundial de salud 2001: Salud mental nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. OMS. Organización Mundial de la Salud [OMS], editor. 2001. 169 p.
20. Arcaya, M. Arcaya, A. Subramanian S. Desigualdades en salud : definiciones , conceptos y teorías. Rev Panameicana en Slud Publica [Internet]. 2015;38(4):261–71. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v38n4/v38n4a01.pdf>
21. Marmot M. Public Health Social determinants of health inequalities. Lancet. 2005;365:1099–104.
22. Ferrelli RM. Determinantes Sociales. Contribuciones del encuentro regional. 2015;1–16.
23. Vargas Forero G. Hacia una teoría del Capital Social. Rev Econ Inst. 2002;4(6):71–108.
24. Ramírez Plascencia J. Tres visiones sobre Capital Social: Bourdieu, Coleman y Putnam. Acta Repub Política y Soc [Internet]. 2005;4(4):21–36. Available from: <http://148.202.18.157/sitios/publicacionesite/ppperiod/republicana/pdf/ActaRe>

p04/articulos21.pdf

25. Eguzki U. La teoría del capital de Robert Putnam: Originalidad y carencias. *Reflexión Política*. 2013;15(29):44–60.
26. Xxi S. Declaración de Yakarta sobre la promoción de la Salud en el Siglo XXI. IV Conf Inernacional sobre la promoción la Salud [Internet]. 1997;1–11. Available from: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/5_Declaracion_de_Yakarta.pdf
27. Cuéllar O, Espinoza B, Augusto G. Capital social hoy. *Rev la Univ Boliv*. 2009;8:195–217.
28. Sapag JC, Kawachi I. Capital social y promoción de la salud en América Latina. *Rev Saude Publica*. 2007;41(1):139–49.
29. De la Torre R. Medición del bienestar y progreso social: una perspectiva de desarrollo humano. *Inegi* [Internet]. 2011;2(1):18–35. Available from: http://www.inegi.org.mx/RDE/rde_02/doctos/rde_02_opt.pdf
30. Ministerio de Salud y Protección S. Plan decenal de Salud Pública. Bogotá DC; 2012. 452 p.
31. Ministerio de de Salud y Protección Social. Rutas integrales de atención en salud -RIAS. Atención Integr en salud [Internet]. 2014;24. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/05-rias-presentacion.pdf>
32. Alberto G, Gomez M. El nuevo modelo de Atención Integral en Salud – MIAS- para Colombia . ¿ La solución a los problemas del sistema ? *Rev Médica Risaralda* [Internet]. 2016;22(2):73–4. Available from: http://www.scielo.org.co/pdf/rmri/v22n2/v22n2a01.pdf%0Ahttp://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672016000200001
33. Wilkinson R, Marmot M. Social Determinants of Health: the Solid Facts. *World Heal Organ* [Internet]. 2003;2(2):1–33. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf
34. Alleyne G a O. La equidad y el futuro por labrar en el campo de la salud. *Rev Panameña Salud Pública*. 2001;10(6):371–5.
35. Moser C, Clark F. Victims, Perpetrators or Actor? Gender, Armed Conflict and Political Violence [Internet]. 2001. p. 208. Available from: <http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=5BLEXct2HSYC&oi=fnd&pg=PR7&dq=Victims,+Perpetrators+or+Actor%3F+Gender,+Armed+Conflict+and+Political+Violence&ots=Y-yJts284X&sig=6d3qyIC1CWUtm-g6BzspzuWpGDM>
36. Franco S, Suarez CM, Naranjo CB, Báez LC, Rozo P. The effects of the armed conflict on the life and health in Colombia. *Cienc e Saude Coletiva*

- [Internet]. 2006;11(2):349–61. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-33747378479&partnerID=tZOtx3y1>
37. Organización Mundial de la Salud (OMS). Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud [Internet]. Vol. 14, Todos por la equidad. 2011. 8 p. Available from: http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf
 38. Organización Mundial de la Salud, Gobierno de Australia. Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas. Inf la Reun Int sobre la Salud en Todas las Políticas Adelaida [Internet]. 2010;4. Available from: http://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf
 39. Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS Plan de capacitación sectorial Política de Atención Integral en Salud.
 40. Edgar Morin. Introducción al pensamiento complejo. 1991. 108 p.
 41. OMS. Aplicación del pensamiento sistémico al fortalecimiento de los servicios de salud. 2009;115. Available from: http://www.who.int/alliance-hpsr/AllianceHPSR_flagship_report_Spanish.pdf?ua=1
 42. Linares N, López O. La equidad en salud: propuestas conceptuales , aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva. Med Soc. 2008;3(3):247–59.
 43. Andrade-Salazar J, Alvis-Barranco L, JiménezZ-Ruiz L, Redondo-Marín P R-GL. La vulnerabilidad de la mujer en la guerra y su papel en el posconflicto. Rev Ciencias Soc AGO USB [Internet]. 2017;17(1):1657–8031. Available from: <http://revistas.usb.edu.co/index.php/Agora/article/view/290>
 44. Congreso de la República. Ley 1448 de 2011. 10 Junio 2011. 2011;72.
 45. Ministerio de Salud y Protección Social. Dimensión transversal gestión diferencial de poblaciones vulnerables. 2012;37. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/dimensio ntransversal-gestiondiferencialpoblaciones-vulnerables.pdf>
 46. Centro Nacional de Memoria Histórica. Una guerra sin edad. Informe nacional de reclutamiento y utilización de niños, niñas y adolescentes en el conflicto armado colombiano. Centro de. Panamericana Formas e Impresos S A, editor. Bogotá DC; 2017. 1-684 p.
 47. Ramirez C. IMPACTO DEL CONFLICTO ARMADO EN EL ESTADO PSICOSOCIAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN COLOMBIA. [Internet]. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF., editor. ICBF 2014. 2014. 224 p. Available from:

<http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-33747378479&partnerID=tZOtx3y1>

48. Hern A, Luc BM. Vulnerabilidad y exclusión en salud : Datos y relatos de la situación de la población desplazada en Bogotá. 2010;288. Available from: <http://www.javeriana.edu.co/documents/180764/0/PUJ+LibroMemorias+Congresos+Sist++de+Salud.pdf/cd2f871c-cab5-4ad0-b93c-8b19f48ee6a6>
49. Ministerio de de Salud y Protección Social. RESOLUCIÓN 1050 DE 2016. COLOMBIA; 2016 p. 1–2.
50. Ministerio de de Salud y Protección Social. PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD CON ENFOQUE PSICOSOCIAL A VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO. Instituto. Ministerio de de Salud y Protección Social, editor. Bogotá DC; 2017. 1-147 p.
51. Pereira R, Betancur PG. Reporte de Caracterización víctimas del conflicto armado. Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas UARIV. Risaralda. Colombia; 2015 p. 9.
52. Ibáñez AM, Moya A. Vulnerability of Victims of Civil Conflicts: Empirical Evidence for the Displaced Population in Colombia. *World Dev.* 2010;38(4):647–63.
53. Historica C nacional de memoria. Basta ya. Vol. 53, *Journal of Chemical Information and Modeling.* 2013. 431 p.
54. PNUD. Informe Regional de Desarrollo Humano 2013-104. Vol. 53, *Journal of Chemical Information and Modeling.* 2013. 1689-1699 p.
55. Ministerio de Salud y protección Social. Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2016. 2016;1–163. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS/P/asis-colombia-2016.pdf>
56. Gañán Echavarría JL. De la naturaleza jurídica del derecho a la salud en Colombia. *Monit Estratégico Supt Nac Salud* [Internet]. 2013;3:7–19. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/naturaleza-juridica-derecho-salud-colombia.pdf>
57. Mápura L. La cultura jurídica en Colombia: Un fenómeno que necesita actualizarse. 2013;180.
58. Congreso de Colombia. Ley 1751 de 2015. Ley. 2015;13.
59. Espinoza MPMJC. Sentencia T-760/08 Derecho de Salud. 2008;430.
60. Servicio de Asesoramiento en DIH. ¿Qué es el derecho internacional humanitario? 2004;2.
61. Corte Constitucional de Colombia. Constitución Política de Colombia 1991

- [Internet]. Corte Constitucional de Colombia; 1991 p. 121. Available from:
<http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%0Apolitica%0Ade%0AColombia%0A-%0A2015.pdf>
62. Ministerio de de Salud y Protección Social. RESOLUCIÓN 0888 DE 2012. Bogotá DC; 2012.
 63. Ministerio de de Salud y Protección Social. DECRETO 4800 DE 2011. 6800 DE 2011 COLOMBIA; 2011 p. 61.
 64. PATH. Abogacía en Políticas de Salud. Programa de estudio para el desarrollo de estrategias de abogacía en políticas públicas. Guía del Faciliador. Guía del Facil. 2013;
 65. Guibovich G. de Salud Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud. 2008;
 66. Ministerio de Salud, UARIV. Sala situacional de la Población Víctima del Conflicto Armado en Colombia Ministerio de Salud y Protección Social Oficina de Promoción Social. 2017;27. Available from:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Sala-situacional-victimas-conflicto-agosto-2017.pdf>
 67. Cruz Peñate M. La Atención Primaria de Salud, contexto histórico, conceptos, enfoques y evidencias. Curso-Taller en APS y RISS [Internet]. 2011;28. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Documentos_y_Publicaciones/APS.pdf
 68. Ministerio de la Protección Social. Resolución 0459 de 2012. Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. 2012;55. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Documentos_y_Publicaciones/MODELO_DE_ATENCIÓN_A_VÍCTIMAS_DE_VIOLENCIA_SEXUAL.pdf
 69. Ministerio de de Salud y Protección Social. RESOLUCIÓN 2063 DE 2017 PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD. 2017. p. 42.
 70. ACNUR M de PS. Directriz de enfoque diferencial para el goce efectivo de derechos de las personas en situación de desplazamiento forzado con discapacidad en Colombia. 2011. 105 p.
 71. Cecchini S, Bárcena A. Protección Social inclusiva en América Latina: una mirada integral, un enfoque de derechos [Internet]. Cepal. 2011. Capítulos I y II. Available from: <http://www19.iadb.org/intal/intalcdi/PE/2011/07973.pdf>
 72. Rodríguez AL. Enfoque de acción sin daño. Universidad Nacional de Colombia. 2009. 2009;1–10.
 73. Pnud. El Conflicto, Callejón Con Salida. Informe de desarrollo humano para Colombia. [Internet]. 2003. 514 p. Available from:
<http://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=biblioteca/pdf/5626>

74. Varios. Tres veces víctimas. Víctimas de la violencia, el silencio y el abandono. Medicos sin Front [Internet]. 2010;1–27. Available from: <http://www.acnur.org/t3/uploads/pics/2776.pdf>
75. Ministerio de la protección Social. Ley 1751 del 2015 ley estatutaria de salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia 2015. D Of [Internet]. 2015;13. Available from: http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley 1751 de 2015.pdf
76. Secretaria de Salud departamental de Risaralda. Análisis de situación en salud con el modelo de los determinantes sociales de salud Risaralda 2016. 2016;196.
77. Risaralda. FSSD de S. SIMUDAT SALUD RISARALDA. ENCUESTA DE RIESGO CARDIOVASCULAR ERICA. FUNDACIÓN SALUTIA. 2018. 2018;
78. Ministerio de de Salud y Protección Social. Planeación de la Salud con Enfoque de Determinantes Priorización en Salud Publica. 2012. 44 p.
79. INS IN de S. Una mirada al ASIS y análisis en profundidad Informe Técnico ONS / 2016-I / Séptima Edición. 2016;2016. Available from: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/SiteAssets/Paginas/publicaciones/Informe FINAL - 7.pdf>
80. Ministerio de de Salud y Protección Social. Resolución 1841 de 2013 Por medio de la cual se adopta el plan decenal de salud pública. 2013. p. 326.
81. Ministerio de de Salud y Protección Social. Competencias esenciales en salud pública : un marco regional para las Américas. Vol. 34, Documento Técnico. 2013.
82. Ministerio de salud y protección social. Resolución 518. 2015;26. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-0518-de-2015.pdf>
http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución 0518 de 2015.pdf
83. Ministerio de Salud y Protección Social República de Colombia. Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud. Lineamientos para el proceso de conformación, organización, gestión, seguimiento y evaluación. 2016;91.
84. Salud OP de la. Metodología para el marco de estratificación de las propiedades programáticas del plan estratégico de la OPS. Método de Hanlon. 2016;2019.
85. Alvim E de F. Técnica de programación integrada de salud. Metodología CENDES. 1971;
86. MPS. Decreto 3518 de 2006. Minist La Prot Soc [Internet]. 2006;2006(Junio

- 12):1–17. Available from:
http://www.ins.gov.co:81/normatividad/Decretos/DECRETO_3518_DE_2006.pdf
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad/DECRETO_3518_DE_2006.pdf
87. Organización Panamericana de la Salud OPS. Abordaje del Análisis de la Situación de Salud. Matriz Armar. OPS. 2015;
 88. Ministerio de Salud y de Protección Social. Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS de las Entidades Territoriales. Colombia 2014. Minist Salud Y protección Soc [Internet]. 2014;30. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS/P/Guia ASIS 28112013.pdf>
 89. Farr W. Indicadores de Salud : Elementos Básicos para el Análisis de la Situación de Salud. Boletín Epidemiológico. 2001;22(1–16).
 90. Ávila, A; Lesmes, P; Mesa D. Sistema Estándar de Indicadores Básicos en Salud-IBS Colombia Coordinación editorial ISBN: Serie: Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales Nacionales en Salud 2013 Ministerio de Salud y Protección Social. 2013;62. Available from: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GC/FI/IBS_001.PDF
 91. Risaralda DO de SPG de. FICHA FAMILIAR SISAP. Ficha Caracter APS. 2017;
 92. Borges JL. El idioma analítico de John Wilkins. 2007;(1850):154.
1. Ministerio de Salud y Protección Social. Analisis de la Situacion de Salud (ASIS) Colombia 2015. Inst Nac Salud. 2015;175.
 2. Perfetti M, Corral D, Carlos S, Prada F, Dirección Metodología L, Estadística P, et al. ENCUESTA NACIONAL DE CALIDAD DE VIDA. Boletín TÉCNICO DANE [Internet]. 2017;1–52. Available from: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/Boletin_Tecnico_ECV_2016.pdf
 3. Ministerio de Salud y Protección S. Política de atención integral en salud - Modelo de Atención. Minsalud [Internet]. 2016;1–94. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
 4. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Hacia un marco conceptual que permita analizar y actuar sobre los determinantes sociales de la salud. [Internet]. 2005. p. 39. Available from: https://cursos.campusvirtualesp.org/pluginfile.php/3229/mod_page/content/1/determinantes/bibliocomplementaria/unidad_2.2bc/ud22bc-marco-conceptual-ddsOMS.pdf

5. Demals T, Hyard A. Is Amartya Sen's sustainable freedom a broader vision of sustainability? Vol. 102, Ecological Economics. 2014. p. 33–8.
6. Hernandez Sampieri R, Fernandez Collado C, Baptista Lucio M del P. Metodología de la investigación [Internet]. Metodología de la investigación. 2010. 656 p. Available from: <http://www.casadellibro.com/libro-metodologia-de-la-investigacion-5-ed-incluye-cd-rom/9786071502919/1960006>
7. Martínez FL. Enfoque para el análisis y la investigación sobre Equidad / Inequidad en Salud Revisión conceptual. Rev Salud Colomb [Internet]. 2006;77:1–26. Available from: [http://www.saludcolombia.com/actual/documentos/Equidad Inequidad en Salud.pdf](http://www.saludcolombia.com/actual/documentos/Equidad%20Inequidad%20en%20Salud.pdf)
8. Sánchez-Meca J. Cómo realizar una revisión sistemática y un meta-análisis. Aula Abierta [Internet]. 2010;38:53–64. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3316651.pdf>
9. Rother ET. Revisión Sistemática X Revisión Narrativa. Acta Paul Enfermería [Internet]. 2007;20(2):6–7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/apv/v20n2/es_a01v20n2.pdf
10. OPS C científico. Funciones esenciales de la salud pública. 42° Consejo Directivo. Organización Panamericana de la Salud OPS. 2001;18:42.
11. Sen A. La idea de la justicia. Amartya Sen, Ed. Taurus 2007.pdf. Taurus. Taurus E, editor. Bogotá DC; 2007. 365 p.
12. Sen AK. Desarrollo y libertad Amartya Sen. Desarro como Lib. 2000;7.
13. Del sol Cobos JG. Resumen de “Desarrollo y libertad” de Amartya Sen. 2004;16.
14. Muñoz Caravajal MR. El enfoque de capacidad de Amartya Sen y sus limitaciones para la ciudadanía y la sociedad civil. Araucaria Rev Iberoam Filos Política y Humanidades. 2014;31(16):85–103.
15. Sen A. La salud en el desarrollo. Bol la Organ Mund la Salud-Recopilación artículos. 2000;1(2):16–21.
16. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Alma-Ata. Declaración de Alma-Ata. Conferencia internacional sobre atención primaria de salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Rev Sanid Hig Publica (Madr) [Internet]. 1978;1:8–10. Available from: <http://amro.who.int/Spanish/AD/SDE/HS/OttawaCharterSp.pdf>
17. Salud OMD La. Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020 OMS [Internet]. Organización Mundial de la Salud [OMS], editor. Organización mundial de la salud. 2013. 54 p. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf

18. Humanos CDD. Informe del relator especial para Naciones Unidas. 2017;4875:17–4875.
19. Determinants M. Informe mundial de salud 2001: Salud mental nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. OMS. Organización Mundial de la Salud [OMS], editor. 2001. 169 p.
20. Arcaya, M. Arcaya, A. Subramanian S. Desigualdades en salud : definiciones , conceptos y teorías. Rev Panameicana en Slud Publica [Internet]. 2015;38(4):261–71. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v38n4/v38n4a01.pdf>
21. Marmot M. Public Health Social determinants of health inequalities. Lancet. 2005;365:1099–104.
22. Ferrelli RM. Determinantes Sociales. Contribuciones del encuentro regional. 2015;1–16.
23. Vargas Forero G. Hacia una teoría del Capital Social. Rev Econ Inst. 2002;4(6):71–108.
24. Ramírez Plascencia J. Tres visiones sobre Capital Social: Bourdieu, Coleman y Putnam. Acta Repub Política y Soc [Internet]. 2005;4(4):21–36. Available from: <http://148.202.18.157/sitios/publicacionesite/ppperiod/republicana/pdf/ActaRep04/articulos21.pdf>
25. Eguzki U. La teoría del capital de Robert Putnam: Originalidad y carencias. Reflexión Política. 2013;15(29):44–60.
26. Xxi S. Declaración de Yakarta sobre la promoción de la Salud en el Siglo XXI. IV Conf Inernacional sobre la promoción la Salud [Internet]. 1997;1–11. Available from: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/5_Declaracion_de_Yakarta.pdf
27. Cuéllar O, Espinoza B, Augusto G. Capital social hoy. Rev la Univ Boliv. 2009;8:195–217.
28. Sapag JC, Kawachi I. Capital social y promoción de la salud en América Latina. Rev Saude Publica. 2007;41(1):139–49.
29. De la Torre R. Medición del bienestar y progreso social: una perspectiva de desarrollo humano. Inegi [Internet]. 2011;2(1):18–35. Available from: http://www.inegi.org.mx/RDE/rde_02/doctos/rde_02_opt.pdf
30. Ministerio de Salud y Protección S. Plan decenal de Salud Pública. Bogotá DC; 2012. 452 p.
31. Ministerio de de Salud y Protección Social. Rutas integrales de atención en salud -RIAS. Atención Integr en salud [Internet]. 2014;24. Available from:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/05-rias-presentacion.pdf>

32. Alberto G, Gomez M. El nuevo modelo de Atención Integral en Salud – MIAS- para Colombia . ¿ La solución a los problemas del sistema ? Rev Médica Risaralda [Internet]. 2016;22(2):73–4. Available from: http://www.scielo.org.co/pdf/rmri/v22n2/v22n2a01.pdf%0Ahttp://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672016000200001
33. Wilkinson R, Marmot M. Social Determinants of Health: the Solid Facts. World Heal Organ [Internet]. 2003;2(2):1–33. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf
34. Alleyne G a O. La equidad y el futuro por labrar en el campo de la salud. Rev Panameña Salud Pública. 2001;10(6):371–5.
35. Moser C, Clark F. Victims, Perpetrators or Actor? Gender, Armed Conflict and Political Violence [Internet]. 2001. p. 208. Available from: <http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=5BLEXct2HSYC&oi=fnd&pg=PR7&dq=Victims,+Perpetrators+or+Actor%3F+Gender,+Armed+Conflict+and+Political+Violence&ots=Y-yJts284X&sig=6d3qylC1CWUtm-g6BzspzuWpGDM>
36. Franco S, Suarez CM, Naranjo CB, Báez LC, Rozo P. The effects of the armed conflict on the life and health in Colombia. Cienc e Saude Coletiva [Internet]. 2006;11(2):349–61. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-33747378479&partnerID=tZOtx3y1>
37. Organización Mundial de la Salud (OMS). Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud [Internet]. Vol. 14, Todos por la equidad. 2011. 8 p. Available from: http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf
38. Organización Mundial de la Salud, Gobierno de Australia. Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas. Inf la Reun Int sobre la Salud en Todas las Políticas Adelaida [Internet]. 2010;4. Available from: http://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf
39. Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS Plan de capacitación sectorial Política de Atención Integral en Salud.
40. Edgar Morin. Introducción al pensamiento complejo. 1991. 108 p.
41. OMS. Aplicación del pensamiento sistémico al fortalecimiento de los servicios de salud. 2009;115. Available from: http://www.who.int/alliance-hpsr/AllianceHPSR_flagship_report_Spanish.pdf?ua=1

42. Linares N, López O. La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva. *Med Soc.* 2008;3(3):247–59.
43. Andrade-Salazar J, Alvis-Barranco L, Jiménez-Ruiz L, Redondo-Marín P R-GL. La vulnerabilidad de la mujer en la guerra y su papel en el posconflicto. *Rev Ciencias Soc AGO USB* [Internet]. 2017;17(1):1657–8031. Available from: <http://revistas.usb.edu.co/index.php/Agora/article/view/290>
44. Congreso de la República. Ley 1448 de 2011. 10 Junio 2011. 2011;72.
45. Ministerio de Salud y Protección Social. Dimensión transversal gestión diferencial de poblaciones vulnerables. 2012;37. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/dimensio ntransversal-gestiondiferencialpoblaciones-vulnerables.pdf>
46. Centro Nacional de Memoria Histórica. Una guerra sin edad. Informe nacional de reclutamiento y utilización de niños, niñas y adolescentes en el conflicto armado colombiano. Centro de. Panamericana Formas e Impresos S A, editor. Bogotá DC; 2017. 1-684 p.
47. Ramirez C. IMPACTO DEL CONFLICTO ARMADO EN EL ESTADO PSICOSOCIAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN COLOMBIA. [Internet]. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF., editor. ICBF 2014. 2014. 224 p. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-33747378479&partnerID=tZOtx3y1>
48. Hern A, Luc BM. Vulnerabilidad y exclusión en salud: Datos y relatos de la situación de la población desplazada en Bogotá. 2010;288. Available from: <http://www.javeriana.edu.co/documents/180764/0/PUJ+LibroMemorias+Congresos+Sist++de+Salud.pdf/cd2f871c-cab5-4ad0-b93c-8b19f48ee6a6>
49. Ministerio de de Salud y Protección Social. RESOLUCIÓN 1050 DE 2016. COLOMBIA; 2016 p. 1–2.
50. Ministerio de de Salud y Protección Social. PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD CON ENFOQUE PSICOSOCIAL A VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO. Instituto. Ministerio de de Salud y Protección Social, editor. Bogotá DC; 2017. 1-147 p.
51. Pereira R, Betancur PG. Reporte de Caracterización víctimas del conflicto armado. Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas UARIV. Risaralda. Colombia; 2015 p. 9.
52. Ibáñez AM, Moya A. Vulnerability of Victims of Civil Conflicts: Empirical Evidence for the Displaced Population in Colombia. *World Dev.* 2010;38(4):647–63.
53. Historica C nacional de memoria. Basta ya. Vol. 53, *Journal of Chemical*

- Information and Modeling. 2013. 431 p.
54. PNUD. Informe Regional de Desarrollo Humano 2013-104. Vol. 53, Journal of Chemical Information and Modeling. 2013. 1689-1699 p.
 55. Ministerio de Salud y protección Social. Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2016. 2016;1–163. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS/P/asis-colombia-2016.pdf>
 56. Gañán Echavarría JL. De la naturaleza jurídica del derecho a la salud en Colombia. Monit Estratégico Supt Nac Salud [Internet]. 2013;3:7–19. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/naturaleza-juridica-derecho-salud-colombia.pdf>
 57. Mápura L. La cultura jurídica en Colombia: Un fenómeno que necesita actualizarse. 2013;180.
 58. Congreso de Colombia. Ley 1751 de 2015. Ley. 2015;13.
 59. Espinoza MPMJC. Sentencia T-760/08 Derecho de Salud. 2008;430.
 60. Servicio de Asesoramiento en DIH. ¿Qué es el derecho internacional humanitario? 2004;2.
 61. Corte Constitucional de Colombia. Constitución Política de Colombia 1991 [Internet]. Corte Constitucional de Colombia; 1991 p. 121. Available from: <http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%0Apolitica%0Ade%0AColombia%0A-%0A2015.pdf>
 62. Ministerio de de Salud y Protección Social. RESOLUCIÓN 0888 DE 2012. Bogotá DC; 2012.
 63. Ministerio de de Salud y Protección Social. DECRETO 4800 DE 2011. 6800 DE 2011 COLOMBIA; 2011 p. 61.
 64. PATH. Abogacía en Políticas de Salud. Programa de estudio para el desarrollo de estrategias de abogacía en políticas públicas. Guía del Facilitador. Guía del Facil. 2013;
 65. Guibovich G. de Salud Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud. 2008;
 66. Ministerio de Salud, UARIV. Sala situacional de la Población Víctima del Conflicto Armado en Colombia Ministerio de Salud y Protección Social Oficina de Promoción Social. 2017;27. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Sala-situacional-victimas-conflicto-agosto-2017.pdf>
 67. Cruz Peñate M. La Atención Primaria de Salud, contexto histórico, conceptos, enfoques y evidencias. Curso-Taller en APS y RISS [Internet].

- 2011;28. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Documentos_y_Publicaciones/APS.pdf
68. Ministerio de la Protección Social. Resolución 0459 de 2012. Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. 2012;55. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Documentos_y_Publicaciones/MODELO_DE_ATENCIÓN_A_VÍCTIMAS_DE_VIOLENCIA_SEXUAL.pdf
 69. Ministerio de de Salud y Protección Social. RESOLUCIÓN 2063 DE 2017 PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD. 2017. p. 42.
 70. ACNUR M de PS. Directriz de enfoque diferencial para el goce efectivo de derechos de las personas en situación de desplazamiento forzado con discapacidad en Colombia. 2011. 105 p.
 71. Cecchini S, Bárcena A. Protección Social inclusiva en América Latina: una mirada integral, un enfoque de derechos [Internet]. Cepal. 2011. Capítulos I y II. Available from: <http://www19.iadb.org/intal/intalcdi/PE/2011/07973.pdf>
 72. Rodríguez AL. Enfoque de acción sin daño. Universidad Nacional de Colombia. 2009. 2009;1–10.
 73. Pnud. El Conflicto, Callejón Con Salida. Informe de desarrollo humano para Colombia. [Internet]. 2003. 514 p. Available from: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=biblioteca/pdf/5626>
 74. Varios. Tres veces víctimas. Víctimas de la violencia, el silencio y el abandono. Medicos sin Front [Internet]. 2010;1–27. Available from: <http://www.acnur.org/t3/uploads/pics/2776.pdf>
 75. Ministerio de la protección Social. Ley 1751 del 2015 ley estatutaria de salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia 2015. D Of [Internet]. 2015;13. Available from: http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley_1751_de_2015.pdf
 76. Secretaria de Salud departamental de Risaralda. Análisis de situación en salud con el modelo de los determinantes sociales de salud Risaralda 2016. 2016;196.
 77. Risaralda. FSSD de S. SIMUDAT SALUD RISARALDA. ENCUESTA DE RIESGO CARDIOVASCULAR ERICA. FUNDACIÓN SALUTIA. 2018. 2018;
 78. Ministerio de de Salud y Protección Social. Planeación de la Salud con Enfoque de Determinantes Priorización en Salud Publica. 2012. 44 p.
 79. INS IN de S. Una mirada al ASIS y análisis en profundidad Informe Técnico ONS / 2016-I / Séptima Edición. 2016;2016. Available from: [http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/SiteAssets/Paginas/publicaciones/Informe_FINAL - 7.pdf](http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/SiteAssets/Paginas/publicaciones/Informe_FINAL_-_7.pdf)

80. Ministerio de de Salud y Protección Social. Resolución 1841 de 2013 Por medio de la cual se adopta el plan decenal de salud pública. 2013. p. 326.
81. Ministerio de de Salud y Protección Social. Competencias esenciales en salud pública : un marco regional para las Américas. Vol. 34, Documento Técnico. 2013.
82. Ministerio de salud y protección social. Resolución 518. 2015;26. Available from:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-0518-de-2015.pdf>
http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución_0518_de_2015.pdf
83. Ministerio de Salud y Protección Social República de Colombia. Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud. Lineamientos para el proceso de conformación, organización, gestión, seguimiento y evaluación. 2016;91.
84. Salud OP de la. Metodología para el marco de estratificación de las propiedades programáticas del plan estratégico de la OPS. Método de Hanlon. 2016;2019.
85. Alvim E de F. Técnica de programación integrada de salud. Metodología CENDES. 1971;
86. MPS. Decreto 3518 de 2006. Minist La Prot Soc [Internet]. 2006;2006(Junio 12):1–17. Available from:
http://www.ins.gov.co:81/normatividad/Decretos/DECRETO_3518_DE_2006.pdf
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad/DECRETO_3518_DE_2006.pdf
87. Organización Panamericana de la Salud OPS. Abordaje del Análisis de la Situación de Salud. Matriz Armar. OPS. 2015;
88. Ministerio de Salud y de Proteccion Social. Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS de las Entidades Territoriales. Colombia 2014. Minist Salud Y protección Soc [Internet]. 2014;30. Available from:
https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS/P/Guia_ASIS_28112013.pdf
89. Farr W. Indicadores de Salud : Elementos Básicos para el Análisis de la Situación de Salud. Boletín Epidemiológico. 2001;22(1–16).
90. Ávila, A; Lesmes, P; Mesa D. Sistema Estándar de Indicadores Básicos en Salud-IBS Colombia Coordinación editorial ISBN: Serie: Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales Nacionales en Salud 2013 Ministerio de Salud y Protección Social. 2013;62. Available from:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GC>

91. Risaralda DO de SPG de. FICHA FAMILIAR SISAP. Ficha Caracter APS. 2017;
92. Borges JL. El idioma analítico de John Wilkins. 2007;(1850):154.
- [3] R. Wilkinson, M. Marmot, R. Páramo Gómez del Campo, Determinantes sociales de la salud: los hechos irrefutables, in: Determinantes sociales de la salud: los hechos irrefutables, OMS, 2003.
- [4] N. E. Adler, W. T. Boyce, M. A. Chesney, S. Folkman, S. L. Syme, Socioeconomic inequalities in health: no easy solution, *Jama* 269 (1993) 3140–3145.
- [5] C. Azariadis, J. Stachurski, Poverty traps, *Handbook of economic growth* 1 (2005) 295–384.
- [6] S. Anand, A. Sen, Human development and economic sustainability, *World development* 28 (2000) 2029–2049. 14
- [7] J. Currie, Healthy, wealthy, and wise: Socioeconomic status, poor health in childhood, and human capital development, *Journal of Economic Literature* 47 (2009) 87–122.
- [8] A. Sen, Poverty: an ordinal approach to measurement, *Econometrica: Journal of the Econometric Society* (1976) 219–231.
- [9] A. Sen, *Inequality reexamined*. New York Oxford New York: Russell Sage Foundation, 1992.
- [10] A. Sen, *Development as freedom*, Oxford Paperbacks, 2001.
- [11] S. Alkire, J. Foster, S. Seth, M. E. Santos, J. M. Roche, P. Ballon, *Multidimensional poverty measurement and analysis*, Oxford University Press, USA, 2015.
- [12] P. Palvarini, E. Pavolini, Housing deprivation and vulnerability in western Europe, *Social vulnerability in Europe: The new configuration of social risks* (2009) 126–158.
1. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de la Situación de Salud (ASIS) Colombia 2015. *Inst Nac Salud*. 2015;175.
2. Perfetti M, Corral D, Carlos S, Prada F, Dirección Metodología L, Estadística P, et al. ENCUESTA NACIONAL DE CALIDAD DE VIDA. *Boletín TÉCNICO DANE* [Internet]. 2017;1–52. Available from: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/Boletin_Tecnico_ECV_2016.pdf

3. Ministerio de Salud y Protección S. Política de atención integral en salud - Modelo de Atención. Minsalud [Internet]. 2016;1–94. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
4. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Hacia un marco conceptual que permita analizar y actuar sobre los determinantes sociales de la salud. [Internet]. 2005. p. 39. Available from: https://cursos.campusvirtualesp.org/pluginfile.php/3229/mod_page/content/1/determinantes/bibliocomplementaria/unidad_2.2bc/ud22bc-marco-conceptual-ddsOMS.pdf
5. Demals T, Hyard A. Is Amartya Sen's sustainable freedom a broader vision of sustainability? Vol. 102, Ecological Economics. 2014. p. 33–8.
6. Hernandez Sampieri R, Fernandez Collado C, Baptista Lucio M del P. Metodología de la investigación [Internet]. Metodología de la investigación. 2010. 656 p. Available from: <http://www.casadellibro.com/libro-metodologia-de-la-investigacion-5-ed-incluye-cd-rom/9786071502919/1960006>
7. Martínez FL. Enfoque para el análisis y la investigación sobre Equidad / Inequidad en Salud Revisión conceptual. Rev Salud Colomb [Internet]. 2006;77:1–26. Available from: [http://www.saludcolombia.com/actual/documentos/Equidad Inequidad en Salud.pdf](http://www.saludcolombia.com/actual/documentos/Equidad%20Inequidad%20en%20Salud.pdf)
8. Sánchez-Meca J. Cómo realizar una revisión sistemática y un meta-análisis. Aula Abierta [Internet]. 2010;38:53–64. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3316651.pdf>
9. Rother ET. Revisión Sistemática X Revisión Narrativa. Acta Paul Enfermería [Internet]. 2007;20(2):6–7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n2/es_a01v20n2.pdf
10. OPS C científico. Funciones esenciales de la salud pública. 42º Consejo Directivo. Organización Panamericana de la Salud OPS. 2001;18:42.
11. Sen A. La idea de la justicia. Amartya Sen, Ed. Taurus 2007.pdf. Taurus. Taurus E, editor. Bogotá DC; 2007. 365 p.
12. Sen AK. Desarrollo y libertad Amartya Sen. Desarro como Lib. 2000;7.
13. Del sol Cobos JG. Resumen de “Desarrollo y libertad” de Amartya Sen. 2004;16.
14. Muñoz Caravajal MR. El enfoque de capacidad de Amartya Sen y sus limitaciones para la ciudadanía y la sociedad civil. Araucaria Rev Iberoam Filos Política y Humanidades. 2014;31(16):85–103.
15. Sen A. La salud en el desarrollo. Bol la Organ Mund la Salud-Recopilación artículos. 2000;1(2):16–21.
16. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Alma-Ata. Declaración de Alma-Ata. Conferencia internacional sobre atención primaria de salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Rev Sanid Hig Publica (Madr) [Internet]. 1978;1:8–10. Available from: <http://amro.who.int/Spanish/AD/SDE/HS/OttawaCharterSp.pdf>

17. Salud OMD La. Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020 OMS [Internet]. Organización Mundial de la Salud [OMS], editor. Organización mundial de la salud. 2013. 54 p. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf
18. Humanos CDD. Informe del relator especial para Naciones Unidas. 2017;4875:17–4875.
19. Determinants M. Informe mundial de salud 2001: Salud mental nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. OMS. Organización Mundial de la Salud [OMS], editor. 2001. 169 p.
20. Arcaya, M. Arcaya, A. Subramanian S. Desigualdades en salud : definiciones , conceptos y teorías. Rev Panameicana en Slud Publica [Internet]. 2015;38(4):261–71. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v38n4/v38n4a01.pdf>
21. Marmot M. Public Health Social determinants of health inequalities. Lancet. 2005;365:1099–104.
22. Ferrelli RM. Determinantes Sociales. Contribuciones del encuentro regional. 2015;1–16.
23. Vargas Forero G. Hacia una teoría del Capital Social. Rev Econ Inst. 2002;4(6):71–108.
24. Ramírez Plascencia J. Tres visiones sobre Capital Social: Bourdieu, Coleman y Putnam. Acta Repub Política y Soc [Internet]. 2005;4(4):21–36. Available from: <http://148.202.18.157/sitios/publicacionesite/ppperiod/republicana/pdf/ActaRep04/articulos21.pdf>
25. Eguzki U. La teoría del capital de Robert Putnam: Originalidad y carencias. Reflexión Política. 2013;15(29):44–60.
26. Xxi S. Declaración de Yakarta sobre la promoción de la Salud en el Siglo XXI. IV Conf Inernacional sobre la promoción la Salud [Internet]. 1997;1–11. Available from: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/5_Declaracion_de_Yakarta.pdf
27. Cuéllar O, Espinoza B, Augusto G. Capital social hoy. Rev la Univ Boliv. 2009;8:195–217.
28. Sapag JC, Kawachi I. Capital social y promoción de la salud en América Latina. Rev Saude Publica. 2007;41(1):139–49.
29. De la Torre R. Medición del bienestar y progreso social: una perspectiva de desarrollo humano. Inegi [Internet]. 2011;2(1):18–35. Available from: http://www.inegi.org.mx/RDE/rde_02/doctos/rde_02_opt.pdf
30. Ministerio de Salud y Protección S. Plan decenal de Salud Pública. Bogotá DC; 2012. 452 p.
31. Ministerio de de Salud y Protección Social. Rutas integrales de atención en salud -RIAS. Atención Integr en salud [Internet]. 2014;24. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/05-rias-presentacion.pdf>

32. Alberto G, Gomez M. El nuevo modelo de Atención Integral en Salud – MIAS- para Colombia . ¿ La solución a los problemas del sistema? Rev Médica Risaralda [Internet]. 2016;22(2):73–4. Available from: http://www.scielo.org.co/pdf/rmri/v22n2/v22n2a01.pdf%0Ahttp://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672016000200001
33. Wilkinson R, Marmot M. Social Determinants of Health: the Solid Facts. World Heal Organ [Internet]. 2003;2(2):1–33. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf
34. Alleyne G a O. La equidad y el futuro por labrar en el campo de la salud. Rev Panameña Salud Pública. 2001;10(6):371–5.
35. Moser C, Clark F. Victims, Perpetrators or Actor? Gender, Armed Conflict and Political Violence [Internet]. 2001. p. 208. Available from: <http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=5BLEXct2HSYC&oi=fnd&pg=PR7&dq=Victims,+Perpetrators+or+Actor%3F+Gender,+Armed+Conflict+and+Political+Violence&ots=Y-yJts284X&sig=6d3qyIC1CWUtm-g6BzspzuWpGDM>
36. Franco S, Suarez CM, Naranjo CB, Báez LC, Rozo P. The effects of the armed conflict on the life and health in Colombia. Cienc e Saude Coletiva [Internet]. 2006;11(2):349–61. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-33747378479&partnerID=tZOtx3y1>
37. Organización Mundial de la Salud (OMS). Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud [Internet]. Vol. 14, Todos por la equidad. 2011. 8 p. Available from: http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf
38. Organización Mundial de la Salud, Gobierno de Australia. Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas. Inf la Reun Int sobre la Salud en Todas las Políticas Adelaida [Internet]. 2010;4. Available from: http://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf
39. Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS Plan de capacitación sectorial Política de Atención Integral en Salud.
40. Edgar Morin. Introducción al pensamiento complejo. 1991. 108 p.
41. OMS. Aplicación del pensamiento sistémico al fortalecimiento de los servicios de salud. 2009;115. Available from: http://www.who.int/alliance-hpsr/AllianceHPSR_flagship_report_Spanish.pdf?ua=1
42. Linares N, López O. La equidad en salud: propuestas conceptuales , aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva. Med Soc. 2008;3(3):247–59.
43. Andrade-Salazar J, Alvis-Barranco L, JiménezZ-Ruiz L, Redondo-Marín P R-GL. La vulnerabilidad de la mujer en la guerra y su papel en el posconflicto. Rev Ciencias Soc AGO USB [Internet]. 2017;17(1):1657–8031. Available from: <http://revistas.usb.edu.co/index.php/Agora/article/view/290>

44. Congreso de la República. Ley 1448 de 2011. 10 Junio 2011. 2011;72.
45. Ministerio de Salud y Protección Social. Dimensión transversal gestión diferencial de poblaciones vulnerables. 2012;37. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/dimensio ntransversal-gestiondiferencialpoblaciones-vulnerables.pdf>
46. Centro Nacional de Memoria Histórica. Una guerra sin edad. Informe nacional de reclutamiento y utilización de niños, niñas y adolescentes en el conflicto armado colombiano. Centro de. Panamericana Formas e Impresos S A, editor. Bogotá DC; 2017. 1-684 p.
47. Ramirez C. IMPACTO DEL CONFLICTO ARMADO EN EL ESTADO PSICOSOCIAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN COLOMBIA. [Internet]. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF., editor. ICBF 2014. 2014. 224 p. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-33747378479&partnerID=tZOtx3y1>
48. Hern A, Luc BM. Vulnerabilidad y exclusión en salud : Datos y relatos de la situación de la población desplazada en Bogotá. 2010;288. Available from: <http://www.javeriana.edu.co/documents/180764/0/PUJ+LibroMemorias+Con gresos+Sist++de+Salud.pdf/cd2f871c-cab5-4ad0-b93c-8b19f48ee6a6>
49. Ministerio de de Salud y Protección Social. RESOLUCIÓN 1050 DE 2016. COLOMBIA; 2016 p. 1–2.
50. Ministerio de de Salud y Protección Social. PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD CON ENFOQUE PSICOSOCIAL A VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO. Instituto. Ministerio de de Salud y Protección Social, editor. Bogotá DC; 2017. 1-147 p.
51. Pereira R, Betancur PG. Reporte de Caracterización víctimas del conflicto armado. Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas UARIV. Risaralda. Colombia; 2015 p. 9.
52. Ibáñez AM, Moya A. Vulnerability of Victims of Civil Conflicts: Empirical Evidence for the Displaced Population in Colombia. *World Dev.* 2010;38(4):647–63.
53. Historica C nacional de memoria. Basta ya. Vol. 53, *Journal of Chemical Information and Modeling.* 2013. 431 p.
54. PNUD. Informe Regional de Desarrollo Humano 2013-104. Vol. 53, *Journal of Chemical Information and Modeling.* 2013. 1689-1699 p.
55. Ministerio de Salud y protección Social. Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2016. 2016;1–163. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS P/asis-colombia-2016.pdf>
56. Gañán Echavarría JL. De la naturaleza jurídica del derecho a la salud en Colombia. *Monit Estratégico Supt Nac Salud* [Internet]. 2013;3:7–19. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/nat uralaleza-juridica-derecho-salud-colombia.pdf>

57. Mápura L. La cultura jurídica en Colombia: Un fenómeno que necesita actualizarse. 2013;180.
58. Congreso de Colombia. Ley 1751 de 2015. Ley. 2015;13.
59. Espinoza MPMJC. Sentencia T-760/08 Derecho de Salud. 2008;430.
60. Servicio de Asesoramiento en DIH. ¿Qué es el derecho internacional humanitario? 2004;2.
61. Corte Constitucional de Colombia. Constitución Política de Colombia 1991 [Internet]. Corte Constitucional de Colombia; 1991 p. 121. Available from:
<http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%0Apolitica%0Ade%0AColombia%0A-%0A2015.pdf>
62. Ministerio de de Salud y Protección Social. RESOLUCIÓN 0888 DE 2012. Bogotá DC; 2012.
63. Ministerio de de Salud y Protección Social. DECRETO 4800 DE 2011. 6800 DE 2011 COLOMBIA; 2011 p. 61.
64. PATH. Abogacía en Políticas de Salud. Programa de estudio para el desarrollo de estrategias de abogacía en políticas públicas. Guía del Facilitador. Guía del Facil. 2013;
65. Guibovich G. de Salud Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud. 2008;
66. Ministerio de Salud, UARIV. Sala situacional de la Población Víctima del Conflicto Armado en Colombia Ministerio de Salud y Protección Social Oficina de Promoción Social. 2017;27. Available from:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Sala-situacional-victimas-conflicto-agosto-2017.pdf>
67. Cruz Peñate M. La Atención Primaria de Salud, contexto histórico, conceptos, enfoques y evidencias. Curso-Taller en APS y RISS [Internet]. 2011;28. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Documentos_y_Publicaciones/APS.pdf
68. Ministerio de la Protección Social. Resolución 0459 de 2012. Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. 2012;55. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Documentos_y_Publicaciones/MODELO_DE_ATENCIÓN_A_VÍCTIMAS_DE_VIOLENCIA_SEXUAL.pdf
69. Ministerio de de Salud y Protección Social. RESOLUCIÓN 2063 DE 2017 PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD. 2017. p. 42.
70. ACNUR M de PS. Directriz de enfoque diferencial para el goce efectivo de derechos de las personas en situación de desplazamiento forzado con discapacidad en Colombia. 2011. 105 p.
71. Cecchini S, Bárcena A. Protección Social inclusiva en América Latina: una mirada integral, un enfoque de derechos [Internet]. Cepal. 2011. Capítulos I y II. Available from: <http://www19.iadb.org/intal/intalcdi/PE/2011/07973.pdf>
72. Rodríguez AL. Enfoque de acción sin daño. Universidad Nacional de Colombia. 2009. 2009;1–10.
73. Pnud. El Conflicto, Callejón Con Salida. Informe de desarrollo humano para

- Colombia. [Internet]. 2003. 514 p. Available from: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=biblioteca/pdf/5626>
74. Varios. Tres veces víctimas. Víctimas de la violencia, el silencio y el abandono. Medicos sin Front [Internet]. 2010;1–27. Available from: <http://www.acnur.org/t3/uploads/pics/2776.pdf>
 75. Ministerio de la protección Social. Ley 1751 del 2015 ley estatutaria de salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia 2015. D Of [Internet]. 2015;13. Available from: http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley 1751 de 2015.pdf
 76. Secretaria de Salud departamental de Risaralda. Análisis de situación en salud con el modelo de los determinantes sociales de salud Risaralda 2016. 2016;196.
 77. Risaralda. FSSD de S. SIMUDAT SALUD RISARALDA. ENCUESTA DE RIESGO CARDIOVASCULAR ERICA. FUNDACIÓN SALUTIA. 2018. 2018;
 78. Ministerio de de Salud y Protección Social. Planeación de la Salud con Enfoque de Determinantes Priorización en Salud Publica. 2012. 44 p.
 79. INS IN de S. Una mirada al ASIS y análisis en profundidad Informe Técnico ONS / 2016-I / Séptima Edición. 2016;2016. Available from: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/SiteAssets/Paginas/publicaciones/Informe FINAL - 7.pdf>
 80. Ministerio de de Salud y Protección Social. Resolución 1841 de 2013 Por medio de la cual se adopta el plan decenal de salud pública. 2013. p. 326.
 81. Ministerio de de Salud y Protección Social. Competencias esenciales en salud pública : un marco regional para las Américas. Vol. 34, Documento Técnico. 2013.
 82. Ministerio de salud y protección social. Resolución 518. 2015;26. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-0518-de-2015.pdf>
http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución 0518 de 2015.pdf
 83. Ministerio de Salud y Protección Social República de Colombia. Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud. Lineamientos para el proceso de conformación, organización, gestión, seguimiento y evaluación. 2016;91.
 84. Salud OP de la. Metodología para el marco de estratificación de las propiedades programáticas del plan estratégico de la OPS. Método de Hanlon. 2016;2019.
 85. Alvim E de F. Técnica de programación integrada de salud. Metodología CENDES. 1971;
 86. MPS. Decreto 3518 de 2006. Minist La Prot Soc [Internet]. 2006;2006(Junio 12):1–17. Available from: <http://www.ins.gov.co:81/normatividad/Decretos/DECRETO 3518 DE 2006.pdf>
<https://www.minsalud.gov.co/Normatividad/DECRETO 3518>

- DE 2006.pdf
87. Organización Panamericana de la Salud OPS. Abordaje del Análisis de la Situación de Salud. Matriz Armar. OPS. 2015;
 88. Ministerio de Salud y de Protección Social. Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS de las Entidades Territoriales. Colombia 2014. Minist Salud Y protección Soc [Internet]. 2014;30. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS/P/Guia ASIS 28112013.pdf>
 89. Farr W. Indicadores de Salud: Elementos Básicos para el Análisis de la Situación de Salud. Boletín Epidemiológico. 2001;22(1–16).
 90. Ávila, A; Lesmes, P; Mesa D. Sistema Estándar de Indicadores Básicos en Salud-IBS Colombia Coordinación editorial ISBN: Serie: Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales Nacionales en Salud 2013 Ministerio de Salud y Protección Social. 2013;62. Available from: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GC/FI/IBS_001.PDF
 91. Risaralda DO de SPG de. FICHA FAMILIAR SISAP. Ficha Caracter APS. 2017;
 92. Borges JL. El idioma analítico de John Wilkins. 2007;(1850):154.
- [14] R, Hernandez., F, Collado y L, Baptista. Metodología de la Investigación – México – 1998 - Editorial Mc Graw Hill – Tercera edición. Cap. 7
1. Ministerio de Salud y Protección Social. Analisis de la Situacion de Salud (ASIS) Colombia 2015. Inst Nac Salud. 2015;175.
 2. Perfetti M, Corral D, Carlos S, Prada F, Dirección Metodología L, Estadística P, et al. ENCUESTA NACIONAL DE CALIDAD DE VIDA. Bol TÉCNICO DANE [Internet]. 2017;1–52. Available from: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/Boletin_Tecnico_ECV_2016.pdf
 3. Ministerio de Salud y Protección S. Política de atención integral en salud - Modelo de Atención. Minsalud [Internet]. 2016;1–94. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
 4. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Hacia un marco conceptual que permita analizar y actuar sobre los determinantes sociales de la salud. [Internet]. 2005. p. 39. Available from: https://cursos.campusvirtualesp.org/pluginfile.php/3229/mod_page/content/1/determinantes/bibliocomplementaria/unidad_2.2bc/ud22bc-marco-conceptual-ddsOMS.pdf
 5. Demals T, Hyard A. Is Amartya Sen's sustainable freedom a broader vision of sustainability? Vol. 102, Ecological Economics. 2014. p. 33–8.
 6. Hernandez Sampieri R, Fernandez Collado C, Baptista Lucio M del P. Metodología de la investigación [Internet]. Metodología de la investigación.

2010. 656 p. Available from: <http://www.casadellibro.com/libro-metodologia-de-la-investigacion-5-ed-incluye-cd-rom/9786071502919/1960006>
7. Martínez FL. Enfoque para el análisis y la investigación sobre Equidad / Inequidad en Salud Revisión conceptual. Rev Salud Colomb [Internet]. 2006;77:1–26. Available from: [http://www.saludcolombia.com/actual/documentos/Equidad Inequidad en Salud.pdf](http://www.saludcolombia.com/actual/documentos/Equidad%20Inequidad%20en%20Salud.pdf)
 8. Sánchez-Meca J. Cómo realizar una revisión sistemática y un meta-análisis. Aula Abierta [Internet]. 2010;38:53–64. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3316651.pdf>
 9. Rother ET. Revisión Sistemática X Revisión Narrativa. Acta Paul Enfermería [Internet]. 2007;20(2):6–7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n2/es_a01v20n2.pdf
 10. OPS C científico. Funciones esenciales de la salud pública. 42° Consejo Directivo. Organización Panamericana de la Salud OPS. 2001;18:42.
 11. Sen A. La idea de la justicia. Amartya Sen, Ed. Taurus 2007.pdf. Taurus. Taurus E, editor. Bogotá DC; 2007. 365 p.
 12. Sen AK. Desarrollo y libertad Amartya Sen. Desarro como Lib. 2000;7.
 13. Del sol Cobos JG. Resumen de “Desarrollo y libertad” de Amartya Sen. 2004;16.
 14. Muñoz Caravajal MR. El enfoque de capacidad de Amartya Sen y sus limitaciones para la ciudadanía y la sociedad civil. Araucaria Rev Iberoam Filos Política y Humanidades. 2014;31(16):85–103.
 15. Sen A. La salud en el desarrollo. Bol la Organ Mund la Salud-Recopilación artículos. 2000;1(2):16–21.
 16. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Alma-Ata. Declaración de Alma-Ata. Conferencia internacional sobre atención primaria de salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Rev Sanid Hig Publica (Madr) [Internet]. 1978;1:8–10. Available from: <http://amro.who.int/Spanish/AD/SDE/HS/OttawaCharterSp.pdf>
 17. Salud OMD La. Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020 OMS [Internet]. Organización Mundial de la Salud [OMS], editor. Organización mundial de la salud. 2013. 54 p. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf
 18. Humanos CDD. Informe del relator especial para Naciones Unidas. 2017;4875:17–4875.
 19. Determinants M. Informe mundial de salud 2001: Salud mental nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. OMS. Organización Mundial de la Salud [OMS], editor. 2001. 169 p.
 20. Arcaya, M. Arcaya, A. Subramanian S. Desigualdades en salud : definiciones , conceptos y teorías. Rev Panameicana en Slud Publica [Internet]. 2015;38(4):261–71. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v38n4/v38n4a01.pdf>
 21. Marmot M. Public Health Social determinants of health inequalities. Lancet.

- 2005;365:1099–104.
22. Ferrelli RM. Determinantes Sociales. Contribuciones del encuentro regional. 2015;1–16.
 23. Vargas Forero G. Hacia una teoría del Capital Social. *Rev Econ Inst.* 2002;4(6):71–108.
 24. Ramírez Plascencia J. Tres visiones sobre Capital Social: Bourdieu, Coleman y Putnam. *Acta Repub Política y Soc [Internet]*. 2005;4(4):21–36. Available from: <http://148.202.18.157/sitios/publicacionesite/ppperiod/republicana/pdf/ActaRe p04/articulos21.pdf>
 25. Eguzki U. La teoría del capital de Robert Putnam: Originalidad y carencias. *Reflexión Política.* 2013;15(29):44–60.
 26. Xxi S. Declaración de Yakarta sobre la promoción de la Salud en el Siglo XXI. IV Conf Inernacional sobre la promoción la Salud [Internet]. 1997;1–11. Available from: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/5_Declaracion_de_Yakarta.pdf
 27. Cuéllar O, Espinoza B, Augusto G. Capital social hoy. *Rev la Univ Boliv.* 2009;8:195–217.
 28. Sapag JC, Kawachi I. Capital social y promoción de la salud en América Latina. *Rev Saude Publica.* 2007;41(1):139–49.
 29. De la Torre R. Medición del bienestar y progreso social: una perspectiva de desarrollo humano. *Inegi [Internet]*. 2011;2(1):18–35. Available from: http://www.inegi.org.mx/RDE/rde_02/doctos/rde_02_opt.pdf
 30. Ministerio de Salud y Protección S. Plan decenal de Salud Pública. Bogotá DC; 2012. 452 p.
 31. Ministerio de de Salud y Protección Social. Rutas integrales de atención en salud -RIAS. Atención Integr en salud [Internet]. 2014;24. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/05-rias-presentacion.pdf>
 32. Alberto G, Gomez M. El nuevo modelo de Atención Integral en Salud – MIAS- para Colombia . ¿ La solución a los problemas del sistema? *Rev Médica Risaralda [Internet]*. 2016;22(2):73–4. Available from: http://www.scielo.org.co/pdf/rmri/v22n2/v22n2a01.pdf%0Ahttp://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672016000200001
 33. Wilkinson R, Marmot M. Social Determinants of Health: the Solid Facts. *World Heal Organ [Internet]*. 2003;2(2):1–33. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf
 34. Alleyne G a O. La equidad y el futuro por labrar en el campo de la salud. *Rev Panameña Salud Pública.* 2001;10(6):371–5.
 35. Moser C, Clark F. Victims, Perpetrators or Actor? Gender, Armed Conflict and Political Violence [Internet]. 2001. p. 208. Available from: <http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=5BLEXct2HSYC&oi=fnd&pg=PR7&dq=Victims,+Perpetrators+or+Actor%3F+Gender,+Armed+Conflict+and+>

- Political+Violence&ots=Y-yJts284X&sig=6d3qyIC1CWUtm-g6BzspzuWpGDM
36. Franco S, Suarez CM, Naranjo CB, Báez LC, Rozo P. The effects of the armed conflict on the life and health in Colombia. *Cienc e Saude Coletiva* [Internet]. 2006;11(2):349–61. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-33747378479&partnerID=tZOtx3y1>
 37. Organización Mundial de la Salud (OMS). Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud [Internet]. Vol. 14, Todos por la equidad. 2011. 8 p. Available from: http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf
 38. Organización Mundial de la Salud, Gobierno de Australia. Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas. *Inf la Reun Int sobre la Salud en Todas las Políticas Adelaida* [Internet]. 2010;4. Available from: http://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_wellb.pdf
 39. Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS Plan de capacitación sectorial Política de Atención Integral en Salud.
 40. Edgar Morin. *Introducción al pensamiento complejo*. 1991. 108 p.
 41. OMS. Aplicación del pensamiento sistémico al fortalecimiento de los servicios de salud. 2009;115. Available from: http://www.who.int/alliance-hpsr/AllianceHPSR_flagship_report_Spanish.pdf?ua=1
 42. Linares N, López O. La equidad en salud: propuestas conceptuales , aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva. *Med Soc*. 2008;3(3):247–59.
 43. Andrade-Salazar J, Alvis-Barranco L, JiménezZ-Ruiz L, Redondo-Marín P R-GL. La vulnerabilidad de la mujer en la guerra y su papel en el posconflicto. *Rev Ciencias Soc AGO USB* [Internet]. 2017;17(1):1657–8031. Available from: <http://revistas.usb.edu.co/index.php/Agora/article/view/290>
 44. Congreso de la República. Ley 1448 de 2011. 10 Junio 2011. 2011;72.
 45. Ministerio de Salud y Protección Social. Dimensión transversal gestión diferencial de poblaciones vulnerables. 2012;37. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/dimensiones-transversal-gestiondiferencialpoblaciones-vulnerables.pdf>
 46. Centro Nacional de Memoria Histórica. Una guerra sin edad. Informe nacional de reclutamiento y utilización de niños, niñas y adolescentes en el conflicto armado colombiano. Centro de. Panamericana Formas e Impresos S A, editor. Bogotá DC; 2017. 1-684 p.
 47. Ramirez C. IMPACTO DEL CONFLICTO ARMADO EN EL ESTADO PSICOSOCIAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN COLOMBIA. [Internet]. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF., editor. ICBF 2014. 2014. 224 p. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0->

- 33747378479&partnerID=tZOtx3y1
48. Hern A, Luc BM. Vulnerabilidad y exclusión en salud : Datos y relatos de la situación de la población desplazada en Bogotá. 2010;288. Available from: <http://www.javeriana.edu.co/documents/180764/0/PUJ+LibroMemorias+Congresos+Sist++de+Salud.pdf/cd2f871c-cab5-4ad0-b93c-8b19f48ee6a6>
 49. Ministerio de de Salud y Protección Social. RESOLUCIÓN 1050 DE 2016. COLOMBIA; 2016 p. 1–2.
 50. Ministerio de de Salud y Protección Social. PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD CON ENFOQUE PSICOSOCIAL A VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO. Instituto. Ministerio de de Salud y Protección Social, editor. Bogotá DC; 2017. 1-147 p.
 51. Pereira R, Betancur PG. Reporte de Caracterización víctimas del conflicto armado. Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas UARIV. Risaralda. Colombia; 2015 p. 9.
 52. Ibáñez AM, Moya A. Vulnerability of Victims of Civil Conflicts: Empirical Evidence for the Displaced Population in Colombia. *World Dev.* 2010;38(4):647–63.
 53. Historica C nacional de memoria. Basta ya. Vol. 53, *Journal of Chemical Information and Modeling.* 2013. 431 p.
 54. PNUD. Informe Regional de Desarrollo Humano 2013-104. Vol. 53, *Journal of Chemical Information and Modeling.* 2013. 1689-1699 p.
 55. Ministerio de Salud y protección Social. Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2016. 2016;1–163. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS/P/asis-colombia-2016.pdf>
 56. Gañán Echavarría JL. De la naturaleza jurídica del derecho a la salud en Colombia. *Monit Estratégico Supt Nac Salud* [Internet]. 2013;3:7–19. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/naturaleza-juridica-derecho-salud-colombia.pdf>
 57. Mápura L. La cultura jurídica en Colombia: Un fenómeno que necesita actualizarse. 2013;180.
 58. Congreso de Colombia. Ley 1751 de 2015. Ley. 2015;13.
 59. Espinoza MPMJC. Sentencia T-760/08 Derecho de Salud. 2008;430.
 60. Servicio de Asesoramiento en DIH. ¿Qué es el derecho internacional humanitario? 2004;2.
 61. Corte Constitucional de Colombia. Constitución Política de Colombia 1991 [Internet]. Corte Constitucional de Colombi Colombia; 1991 p. 121. Available from: <http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%0Apolitica%0Ade%0AColombia%0A-%0A2015.pdf>
 62. Ministerio de de Salud y Protección Social. RESOLUCIÓN 0888 DE 2012. Bogotá DC; 2012.
 63. Ministerio de de Salud y Protección Social. DECRETO 4800 DE 2011. 6800

- DE 2011 COLOMBIA; 2011 p. 61.
64. PATH. Abogacía en Políticas de Salud. Programa de estudio para el desarrollo de estrategias de abogacía en políticas públicas. Guía del Faciliador. Guía del Facil. 2013;
 65. Guibovich G. de Salud Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud. 2008;
 66. Ministerio de Salud, UARIV. Sala situacional de la Población Víctima del Conflicto Armado en Colombia Ministerio de Salud y Protección Social Oficina de Promoción Social. 2017;27. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Sala-situacional-victimas-conflicto-agosto-2017.pdf>
 67. Cruz Peñate M. La Atención Primaria de Salud, contexto histórico, conceptos, enfoques y evidencias. Curso-Taller en APS y RISS [Internet]. 2011;28. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Documentos_y_Publicaciones/APS.pdf
 68. Ministerio de la Protección Social. Resolución 0459 de 2012. Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. 2012;55. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Documentos_y_Publicaciones/MODELO_DE_ATENCIÓN_A_VÍCTIMAS_DE_VIOLENCIA_SEXUAL.pdf
 69. Ministerio de de Salud y Protección Social. RESOLUCIÓN 2063 DE 2017 PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD. 2017. p. 42.
 70. ACNUR M de PS. Directriz de enfoque diferencial para el goce efectivo de derechos de las personas en situación de desplazamiento forzado con discapacidad en Colombia. 2011. 105 p.
 71. Cecchini S, Bárcena A. Protección Social inclusiva en América Latina: una mirada integral, un enfoque de derechos [Internet]. Cepal. 2011. Capítulos I y II. Available from: <http://www19.iadb.org/intal/intalcdi/PE/2011/07973.pdf>
 72. Rodríguez AL. Enfoque de acción sin daño. Universidad Nacional de Colombia. 2009. 2009;1–10.
 73. Pnud. El Conflicto, Callejón Con Salida. Informe de desarrollo humano para Colombia. [Internet]. 2003. 514 p. Available from: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=biblioteca/pdf/5626>
 74. Varios. Tres veces víctimas. Víctimas de la violencia, el silencio y el abandono. Medicos sin Front [Internet]. 2010;1–27. Available from: <http://www.acnur.org/t3/uploads/pics/2776.pdf>
 75. Ministerio de la protección Social. Ley 1751 del 2015 ley estatutaria de salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia 2015. D Of [Internet]. 2015;13. Available from: http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley_1751_de_2015.pdf
 76. Secretaria de Salud departamental de Risaralda. Análisis de situación en salud con el modelo de los determinantes sociales de salud Risaralda 2016. 2016;196.
 77. Risaralda. FSSD de S. SIMUDAT SALUD RISARALDA. ENCUESTA DE RIESGO CARDIOVASCULAR ERICA. FUNDACIÓN SALUTIA. 2018. 2018;

78. Ministerio de de Salud y Protección Social. Planeación de la Salud con Enfoque de Determinantes Priorización en Salud Pública. 2012. 44 p.
79. INS IN de S. Una mirada al ASIS y análisis en profundidad Informe Técnico ONS / 2016-I / Séptima Edición. 2016;2016. Available from: [http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/SiteAssets/Paginas/publicaciones/Informe FINAL - 7.pdf](http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/SiteAssets/Paginas/publicaciones/Informe_FINAL_-_7.pdf)
80. Ministerio de de Salud y Protección Social. Resolución 1841 de 2013 Por medio de la cual se adopta el plan decenal de salud pública. 2013. p. 326.
81. Ministerio de de Salud y Protección Social. Competencias esenciales en salud pública: un marco regional para las Américas. Vol. 34, Documento Técnico. 2013.
82. Ministerio de salud y protección social. Resolución 518. 2015;26. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-0518-de-2015.pdf>
[http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución 0518 de 2015.pdf](http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución_0518_de_2015.pdf)
83. Ministerio de Salud y Protección Social República de Colombia. Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud. Lineamientos para el proceso de conformación, organización, gestión, seguimiento y evaluación. 2016;91.
84. Salud OP de la. Metodología para el marco de estratificación de las propiedades programáticas del plan estratégico de la OPS. Método de Hanlon. 2016;2019.
85. Alvim E de F. Técnica de programación integrada de salud. Metodología CENDES. 1971;
86. MPS. Decreto 3518 de 2006. Minist La Prot Soc [Internet]. 2006;2006(Junio 12):1–17. Available from: [http://www.ins.gov.co:81/normatividad/Decretos/DECRETO 3518 DE 2006.pdf](http://www.ins.gov.co:81/normatividad/Decretos/DECRETO_3518_DE_2006.pdf)
[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad/DECRETO 3518 DE 2006.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad/DECRETO_3518_DE_2006.pdf)
87. Organización Panamericana de la Salud OPS. Abordaje del Análisis de la Situación de Salud. Matriz Armar. OPS. 2015;
88. Ministerio de Salud y de Proteccion Social. Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS de las Entidades Territoriales. Colombia 2014. Minist Salud Y protección Soc [Internet]. 2014;30. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS P/Guia ASIS 28112013.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS/P/Guia_ASIS_28112013.pdf)
89. Farr W. Indicadores de Salud: Elementos Básicos para el Análisis de la Situación de Salud. Boletín Epidemiológico. 2001;22(1–16).
90. Ávila, A; Lesmes, P; Mesa D. Sistema Estándar de Indicadores Básicos en Salud-IBS Colombia Coordinación editorial ISBN: Serie: Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales Nacionales en Salud 2013 Ministerio de Salud y Protección Social. 2013;62. Available

from:

https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GC/FI/IBS_001.PDF

91. Risaralda DO de SPG de. FICHA FAMILIAR SISAP. Ficha Caracter APS. 2017;
92. Borges JL. El idioma analítico de John Wilkins. 2007;(1850):154.

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Analisis de la Situacion de Salud (ASIS) Colombia 2015. Inst Nac Salud. 2015;175.
2. Perfetti M, Corral D, Carlos S, Prada F, Dirección Metodología L, Estadística P, et al. ENCUESTA NACIONAL DE CALIDAD DE VIDA. Boi TÉCNICO DANE [Internet]. 2017;1–52. Available from: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/Boletin_Tecnico_ECV_2016.pdf
3. Ministerio de Salud y Protección S. Política de atención integral en salud - Modelo de Atención. Minsalud [Internet]. 2016;1–94. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
4. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Hacia un marco conceptual que permita analizar y actuar sobre los determinantes sociales de la salud. [Internet]. 2005. p. 39. Available from: https://cursos.campusvirtualesp.org/pluginfile.php/3229/mod_page/content/1/determinantes/bibliocomplementaria/unidad_2.2bc/ud22bc-marco-conceptual-ddsOMS.pdf
5. Demals T, Hyard A. Is Amartya Sen's sustainable freedom a broader vision of sustainability? Vol. 102, Ecological Economics. 2014. p. 33–8.
6. Hernandez Sampieri R, Fernandez Collado C, Baptista Lucio M del P. Metodología de la investigación [Internet]. Metodología de la investigación. 2010. 656 p. Available from: <http://www.casadellibro.com/libro-metodologia-de-la-investigacion-5-ed-incluye-cd-rom/9786071502919/1960006>
7. Martínez FL. Enfoque para el análisis y la investigación sobre Equidad / Inequidad en Salud Revisión conceptual. Rev Salud Colomb [Internet]. 2006;77:1–26. Available from: http://www.saludcolombia.com/actual/documentos/Equidad_Inequidad_en_Salud.pdf
8. Sánchez-Meca J. Cómo realizar una revisión sistemática y un meta-análisis. Aula Abierta [Internet]. 2010;38:53–64. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3316651.pdf>
9. Rother ET. Revisión Sistemática X Revisión Narrativa. Acta Paul Enfermería [Internet]. 2007;20(2):6–7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n2/es_a01v20n2.pdf
10. OPS C científico. Funciones esenciales de la salud pública. 42° Consejo Directivo. Organización Panamericana de la Salud OPS. 2001;18:42.
11. Sen A. La idea de la justicia. Amartya Sen, Ed. Taurus 2007.pdf. Taurus.

- Taurus E, editor. Bogotá DC; 2007. 365 p.
12. Sen AK. Desarrollo y libertad Amartya Sen. Desarro como Lib. 2000;7.
 13. Del sol Cobos JG. Resumen de “Desarrollo y libertad” de Amartya Sen. 2004;16.
 14. Muñoz Caravajal MR. El enfoque de capacidad de Amartya Sen y sus limitaciones para la ciudadanía y la sociedad civil. Araucaria Rev Iberoam Filos Política y Humanidades. 2014;31(16):85–103.
 15. Sen A. La salud en el desarrollo. Bol la Organ Mund la Salud-Recopilación artículos. 2000;1(2):16–21.
 16. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Alma-Ata. Declaración de Alma-Ata. Conferencia internacional sobre atención primaria de salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Rev Sanid Hig Publica (Madr) [Internet]. 1978;1:8–10. Available from: <http://amro.who.int/Spanish/AD/SDE/HS/OttawaCharterSp.pdf>
 17. Salud OMD La. Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020 OMS [Internet]. Organización Mundial de la Salud [OMS], editor. Organización mundial de la salud. 2013. 54 p. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf
 18. Humanos CDD. Informe del relator especial para Naciones Unidas. 2017;4875:17–4875.
 19. Determinants M. Informe mundial de salud 2001: Salud mental nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. OMS. Organización Mundial de la Salud [OMS], editor. 2001. 169 p.
 20. Arcaya, M. Arcaya, A. Subramanian S. Desigualdades en salud : definiciones , conceptos y teorías. Rev Panameicana en Slud Publica [Internet]. 2015;38(4):261–71. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v38n4/v38n4a01.pdf>
 21. Marmot M. Public Health Social determinants of health inequalities. Lancet. 2005;365:1099–104.
 22. Ferrelli RM. Determinantes Sociales. Contribuciones del encuentro regional. 2015;1–16.
 23. Vargas Forero G. Hacia una teoría del Capital Social. Rev Econ Inst. 2002;4(6):71–108.
 24. Ramírez Plascencia J. Tres visiones sobre Capital Social: Bourdieu, Coleman y Putnam. Acta Repub Política y Soc [Internet]. 2005;4(4):21–36. Available from: <http://148.202.18.157/sitios/publicacionesite/ppperiod/republicana/pdf/ActaRep04/articulos21.pdf>
 25. Eguzki U. La teoría del capital de Robert Putnam: Originalidad y carencias. Reflexión Política. 2013;15(29):44–60.
 26. Xxi S. Declaración de Yakarta sobre la promoción de la Salud en el Siglo XXI. IV Conf Inernacional sobre la promoción la Salud [Internet]. 1997;1–11. Available from: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/5_Declarac

- ion_de_Yakarta.pdf
27. Cuéllar O, Espinoza B, Augusto G. Capital social hoy. *Rev la Univ Boliv.* 2009;8:195–217.
 28. Sapag JC, Kawachi I. Capital social y promoción de la salud en América Latina. *Rev Saude Publica.* 2007;41(1):139–49.
 29. De la Torre R. Medición del bienestar y progreso social: una perspectiva de desarrollo humano. *Inegi [Internet].* 2011;2(1):18–35. Available from: http://www.inegi.org.mx/RDE/rde_02/doctos/rde_02_opt.pdf
 30. Ministerio de Salud y Protección S. Plan decenal de Salud Pública. Bogotá DC; 2012. 452 p.
 31. Ministerio de de Salud y Protección Social. Rutas integrales de atención en salud -RIAS. Atención Integr en salud [Internet]. 2014;24. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/05-rias-presentacion.pdf>
 32. Alberto G, Gomez M. El nuevo modelo de Atención Integral en Salud – MIAS- para Colombia . ¿ La solución a los problemas del sistema ? *Rev Médica Risaralda [Internet].* 2016;22(2):73–4. Available from: http://www.scielo.org.co/pdf/rmri/v22n2/v22n2a01.pdf%0Ahttp://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672016000200001
 33. Wilkinson R, Marmot M. Social Determinants of Health: the Solid Facts. *World Heal Organ [Internet].* 2003;2(2):1–33. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf
 34. Alleyne G a O. La equidad y el futuro por labrar en el campo de la salud. *Rev Panameña Salud Pública.* 2001;10(6):371–5.
 35. Moser C, Clark F. Victims, Perpetrators or Actor? *Gender, Armed Conflict and Political Violence [Internet].* 2001. p. 208. Available from: <http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=5BLEXct2HSYC&oi=fnd&pg=PR7&dq=Victims,+Perpetrators+or+Actor%3F+Gender,+Armed+Conflict+and+Political+Violence&ots=Y-yJts284X&sig=6d3qyIC1CWUtm-g6BzspzuWpGDM>
 36. Franco S, Suarez CM, Naranjo CB, Báez LC, Rozo P. The effects of the armed conflict on the life and health in Colombia. *Cienc e Saude Coletiva [Internet].* 2006;11(2):349–61. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-33747378479&partnerID=tZOtx3y1>
 37. Organización Mundial de la Salud (OMS). Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud [Internet]. Vol. 14, Todos por la equidad. 2011. 8 p. Available from: http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf
 38. Organización Mundial de la Salud, Gobierno de Australia. Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas. *Inf la Reun Int sobre la Salud en Todas las Políticas Adelaida [Internet].* 2010;4. Available from: http://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_we

- b.pdf
39. Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS Plan de capacitación sectorial Política de Atención Integral en Salud.
 40. Edgar Morin. Introducción al pensamiento complejo. 1991. 108 p.
 41. OMS. Aplicación del pensamiento sistémico al fortalecimiento de los servicios de salud. 2009;115. Available from: http://www.who.int/alliance-hpsr/AllianceHPSR_flagship_report_Spanish.pdf?ua=1
 42. Linares N, López O. La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva. *Med Soc.* 2008;3(3):247–59.
 43. Andrade-Salazar J, Alvis-Barranco L, Jiménez-Ruiz L, Redondo-Marín P R-GL. La vulnerabilidad de la mujer en la guerra y su papel en el posconflicto. *Rev Ciencias Soc AGO USB [Internet]*. 2017;17(1):1657–8031. Available from: <http://revistas.usb.edu.co/index.php/Agora/article/view/290>
 44. Congreso de la República. Ley 1448 de 2011. 10 Junio 2011. 2011;72.
 45. Ministerio de Salud y Protección Social. Dimensión transversal gestión diferencial de poblaciones vulnerables. 2012;37. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/dimensio%20transversal-gestiondiferencialpoblaciones-vulnerables.pdf>
 46. Centro Nacional de Memoria Histórica. Una guerra sin edad. Informe nacional de reclutamiento y utilización de niños, niñas y adolescentes en el conflicto armado colombiano. Centro de. Panamericana Formas e Impresos S A, editor. Bogotá DC; 2017. 1-684 p.
 47. Ramirez C. IMPACTO DEL CONFLICTO ARMADO EN EL ESTADO PSICOSOCIAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN COLOMBIA. [Internet]. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF., editor. ICBF 2014. 2014. 224 p. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-33747378479&partnerID=tZOtx3y1>
 48. Hern A, Luc BM. Vulnerabilidad y exclusión en salud: Datos y relatos de la situación de la población desplazada en Bogotá. 2010;288. Available from: <http://www.javeriana.edu.co/documents/180764/0/PUJ+LibroMemorias+Congresos+Sist++de+Salud.pdf/cd2f871c-cab5-4ad0-b93c-8b19f48ee6a6>
 49. Ministerio de de Salud y Protección Social. RESOLUCIÓN 1050 DE 2016. COLOMBIA; 2016 p. 1–2.
 50. Ministerio de de Salud y Protección Social. PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD CON ENFOQUE PSICOSOCIAL A VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO. Instituto. Ministerio de de Salud y Protección Social, editor. Bogotá DC; 2017. 1-147 p.
 51. Pereira R, Betancur PG. Reporte de Caracterización víctimas del conflicto armado. Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas UARIV. Risaralda. Colombia; 2015 p. 9.
 52. Ibáñez AM, Moya A. Vulnerability of Victims of Civil Conflicts: Empirical Evidence for the Displaced Population in Colombia. *World Dev.*

- 2010;38(4):647–63.
53. Historica C nacional de memoria. Basta ya. Vol. 53, Journal of Chemical Information and Modeling. 2013. 431 p.
 54. PNUD. Informe Regional de Desarrollo Humano 2013-104. Vol. 53, Journal of Chemical Information and Modeling. 2013. 1689-1699 p.
 55. Ministerio de Salud y protección Social. Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2016. 2016;1–163. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS/P/asis-colombia-2016.pdf>
 56. Gañán Echavarría JL. De la naturaleza jurídica del derecho a la salud en Colombia. Monit Estratégico Supt Nac Salud [Internet]. 2013;3:7–19. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/naturaleza-juridica-derecho-salud-colombia.pdf>
 57. Mápura L. La cultura jurídica en Colombia: Un fenómeno que necesita actualizarse. 2013;180.
 58. Congreso de Colombia. Ley 1751 de 2015. Ley. 2015;13.
 59. Espinoza MPMJC. Sentencia T-760/08 Derecho de Salud. 2008;430.
 60. Servicio de Asesoramiento en DIH. ¿Qué es el derecho internacional humanitario? 2004;2.
 61. Corte Constitucional de Colombia. Constitución Política de Colombia 1991 [Internet]. Corte Constitucional de Colombia; 1991 p. 121. Available from: <http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%0Apolitica%0Ade%0AColombia%0A-%0A2015.pdf>
 62. Ministerio de de Salud y Protección Social. RESOLUCIÓN 0888 DE 2012. Bogotá DC; 2012.
 63. Ministerio de de Salud y Protección Social. DECRETO 4800 DE 2011. 6800 DE 2011 COLOMBIA; 2011 p. 61.
 64. PATH. Abogacía en Políticas de Salud. Programa de estudio para el desarrollo de estrategias de abogacía en políticas públicas. Guía del Facilitador. Guía del Facilitador. 2013;
 65. Guibovich G. de Salud Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud. 2008;
 66. Ministerio de Salud, UARIV. Sala situacional de la Población Víctima del Conflicto Armado en Colombia Ministerio de Salud y Protección Social Oficina de Promoción Social. 2017;27. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Sala-situacional-victimas-conflicto-agosto-2017.pdf>
 67. Cruz Peñate M. La Atención Primaria de Salud, contexto histórico, conceptos, enfoques y evidencias. Curso-Taller en APS y RISS [Internet]. 2011;28. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Documentos_y_Publicaciones/APS.pdf
 68. Ministerio de la Protección Social. Resolución 0459 de 2012. Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. 2012;55.

- Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos y Publicaciones/MODELO DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL.pdf>
69. Ministerio de de Salud y Protección Social. RESOLUCIÓN 2063 DE 2017 PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD. 2017. p. 42.
 70. ACNUR M de PS. Directriz de enfoque diferencial para el goce efectivo de derechos de las personas en situación de desplazamiento forzado con discapacidad en Colombia. 2011. 105 p.
 71. Cecchini S, Bárcena A. Protección Social inclusiva en América Latina: una mirada integral, un enfoque de derechos [Internet]. Cepal. 2011. Capítulos I y II. Available from: <http://www19.iadb.org/intal/intalcdi/PE/2011/07973.pdf>
 72. Rodríguez AL. Enfoque de acción sin daño. Universidad Nacional de Colombia. 2009. 2009;1–10.
 73. Pnud. El Conflicto, Callejón Con Salida. Informe de desarrollo humano para Colombia. [Internet]. 2003. 514 p. Available from: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=biblioteca/pdf/5626>
 74. Varios. Tres veces víctimas. Víctimas de la violencia, el silencio y el abandono. Medicos sin Front [Internet]. 2010;1–27. Available from: <http://www.acnur.org/t3/uploads/pics/2776.pdf>
 75. Ministerio de la protección Social. Ley 1751 del 2015 ley estatutaria de salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia 2015. D Of [Internet]. 2015;13. Available from: http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley 1751 de 2015.pdf
 76. Secretaria de Salud departamental de Risaralda. Análisis de situación en salud con el modelo de los determinantes sociales de salud Risaralda 2016. 2016;196.
 77. Risaralda. FSSD de S. SIMUDAT SALUD RISARALDA. ENCUESTA DE RIESGO CARDIOVASCULAR ERICA. FUNDACIÓN SALUTIA. 2018. 2018;
 78. Ministerio de de Salud y Protección Social. Planeación de la Salud con Enfoque de Determinantes Priorización en Salud Publica. 2012. 44 p.
 79. INS IN de S. Una mirada al ASIS y análisis en profundidad Informe Técnico ONS / 2016-I / Séptima Edición. 2016;2016. Available from: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/SiteAssets/Paginas/publicaciones/Informe FINAL - 7.pdf>
 80. Ministerio de de Salud y Protección Social. Resolución 1841 de 2013 Por medio de la cual se adopta el plan decenal de salud pública. 2013. p. 326.
 81. Ministerio de de Salud y Protección Social. Competencias esenciales en salud pública: un marco regional para las Américas. Vol. 34, Documento Técnico. 2013.
 82. Ministerio de salud y protección social. Resolución 518. 2015;26. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-0518-de-2015.pdf>
http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución

- 0518 de 2015.pdf
83. Ministerio de Salud y Protección Social República de Colombia. Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud. Lineamientos para el proceso de conformación, organización, gestión, seguimiento y evaluación. 2016;91.
 84. Salud OP de la. Metodología para el marco de estratificación de las propiedades programáticas del plan estratégico de la OPS. Método de Hanlon. 2016;2019.
 85. Alvim E de F. Técnica de programación integrada de salud. Metodología CENDES. 1971;
 86. MPS. Decreto 3518 de 2006. Minist La Prot Soc [Internet]. 2006;2006(Junio 12):1–17. Available from: http://www.ins.gov.co:81/normatividad/Decretos/DECRETO_3518_DE_2006.pdf%5Cnhttps://www.minsalud.gov.co/Normatividad/DECRETO_3518_DE_2006.pdf
 87. Organización Panamericana de la Salud OPS. Abordaje del Análisis de la Situación de Salud. Matriz Armar. OPS. 2015;
 88. Ministerio de Salud y de Protección Social. Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS de las Entidades Territoriales. Colombia 2014. Minist Salud Y protección Soc [Internet]. 2014;30. Available from: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS_P/Guia_ASIS_28112013.pdf
 89. Farr W. Indicadores de Salud: Elementos Básicos para el Análisis de la Situación de Salud. Boletín Epidemiológico. 2001;22(1–16).
 90. Ávila, A; Lesmes, P; Mesa D. Sistema Estándar de Indicadores Básicos en Salud-IBS Colombia Coordinación editorial ISBN: Serie: Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales Nacionales en Salud 2013 Ministerio de Salud y Protección Social. 2013;62. Available from: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GC_FI/IBS_001.PDF
 91. Risaralda DO de SPG de. FICHA FAMILIAR SISAP. Ficha Caracter APS. 2017;
 92. Borges JL. El idioma analítico de John Wilkins. 2007;(1850):154.