



Módulo Atención en Salud



Presidente de la República
Iván Duque Márquez

Ministra de Educación Nacional
María Victoria Angulo González

Viceministro de Educación Superior
Luis Fernando Pérez

Publicación del Instituto Colombiano para la
Evaluación de la Educación (Icfes)
© Icfes, 2020.
Todos los derechos de autor reservados.

Elaborado por
Ivonne Andrea Ordóñez Monak

Colaboradores
Viviana Mesa Muñoz (Icfes)

Edición
Juan Camilo Gómez-Barrera

Diseño de portada y diagramación
Linda Nathaly Sarmiento Olaya

Fotografía de la portada
Freepik (2019)

Directora General
Mónica Ospina Londoño

Secretario General
Ciro González Ramírez

Directora de Evaluación
Natalia González Gómez

Director de Tecnología
Carlos Alberto Sánchez Rave

Subdirector de Diseño de Instrumentos
Luis Javier Toro Baquero

Subdirectora de Estadísticas
Jeimy Paola Aristizábal Rodríguez

Subdirectora de Análisis y Divulgación
Mara Brigitte Bravo Osorio

ISBN de la versión digital: 978-958-11-0892-3

Bogotá, D. C., diciembre de 2020

¿Cómo citar?

Icfes, (2020). Marco de referencia del
módulo Atención en Salud. Saber Pro.
Bogotá: Dirección de Evaluación, Icfes.



ADVERTENCIA

Todo el contenido es propiedad exclusiva y reservada del Icfes y es el resultado de investigaciones y obras protegidas por la legislación nacional e internacional. No se autoriza su reproducción, utilización ni explotación a ningún tercero. Solo se autoriza su uso para fines exclusivamente académicos. Esta información no podrá ser alterada, modificada o enmendada.

Tabla de contenido

▶ Preámbulo	5
▶ Introducción	6
▶ Antecedentes	8
1.1 Marco legal de la evaluación	8
1.1.1 Saber Pro	8
1.2 Alcance de los exámenes de Estado	9
1.3 Contexto internacional y nacional de la evaluación	10
1.4 Historia del módulo	11
1.5 Normativa relacionada	12
1.5.1 El talento humano en salud en Colombia	12
1.5.2 Plan Decenal de Salud Pública y Plan Nacional de Desarrollo	15
1.5.3 Sistema General de Seguridad Social en Salud	19
1.5.4 Gestión de la Salud Pública	21
1.6 Referentes teóricos de la prueba	27
1.6.1 Evolución del concepto de salud	27
1.6.2 El proceso salud-enfermedad	31
1.6.3 Concepciones de la salud pública	33
1.6.4 Determinantes sociales e inequidades en salud	36
1.6.5 Sistemas de información en salud	39
1.6.6 La salud pública en Colombia	41
1.6.6.1 Situación de la salud de las poblaciones ..	41
1.6.6.2 Atención primaria en salud	43
1.6.6.3 Vigilancia en salud y gestión del conocimiento	44
▶ Diseño de la prueba	46
2.1 Metodología del diseño del módulo	46
2.2 Objeto de evaluación del módulo	47
2.3 Especificaciones del módulo	49
2.4 Características del módulo	53
2.4.1 Qué evalúa y qué no evalúa el módulo	53
2.4.2 Distribución de preguntas en el módulo	54
▶ Referencias	55

Lista de ilustraciones y tablas

▶ Ilustración 1. <i>Marco Estratégico Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021</i>	16
Ilustración 2. <i>Objetivos de Desarrollo Sostenible</i>	19
Ilustración 3. <i>Determinantes de las Inequidades en salud</i>	38
Ilustración 4. <i>Agenda Operativa Sistema de Información MSPS</i>	40
Ilustración 5. <i>Pasos de la metodología diseño centrado en evidencias</i>	47
Ilustración 6. <i>Desagregado de la competencia en afirmaciones</i>	48
▶ Tabla 1. <i>Evidencias de la afirmación 1</i>	49
Tabla 2. <i>Evidencias de la afirmación 2</i>	50
Tabla 3. <i>Evidencias de la afirmación 3</i>	52
Tabla 4. <i>Evidencias de la afirmación 4</i>	53
Tabla 5. <i>Distribución de ítems por afirmación</i>	54

Preámbulo

Este marco de referencia presenta aspectos generales y referentes técnicos del módulo Atención en Salud. En la definición de las especificaciones de la prueba se contó con la participación de un grupo de docentes expertos en varias profesiones de la salud, quienes en reuniones sucesivas y de manera conjunta formularon las competencias y los desempeños transversales al grupo de programas del área de ciencias de la salud. Cabe resaltar que los avances de este trabajo fueron socializados y validados con miembros de la comunidad académica en todo el territorio nacional.

Este marco de referencia fue elaborado por Ivonne Andrea Ordóñez Monak con la intención de satisfacer las necesidades de evaluación de la comunidad. Su construcción se llevó a cabo con base en una versión de 2016. Esta última revisión se ajusta a los lineamientos para la elaboración y revisión de marcos de referencias y busca actualizar información correspondiente al módulo. Este marco fue validado por Fabio Alberto Escobar, quien, desde miradas externas, brindó una mayor confiabilidad y calidad académica al documento.

En este marco de referencia, el Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación (Icfes) presenta los objetivos de evaluación, la estructura y las especificaciones del módulo Atención en Salud, que pertenece a las pruebas específicas del Examen de Estado de Calidad de la Educación Superior, Saber Pro. El objetivo de este documento es responder a las preguntas ¿qué competencias se evalúan en el módulo Atención en Salud?, ¿por qué se han seleccionado estas competencias como objeto de la evaluación? ¿cuáles son las especificaciones del módulo? y ¿cómo se evalúan?

En el presente módulo, la atención en salud se entiende más allá de la prestación de servicios de salud de índole asistencial para el tratamiento de enfermedades, y reúne toda la dimensión de la Atención Integral de Salud (Tobar, 2017). Esta definición conceptual se describe de manera detallada en la sección de referentes temáticos, capítulo 1.6. A partir de esta perspectiva conceptual, se genera desde la academia y los gremios profesionales la necesidad y el interés de evaluar a los estudiantes de los programas de pregrado relacionados con esta área.

El módulo Atención en Salud está dirigido únicamente a estudiantes que hayan aprobado por lo menos el 75 % de los créditos académicos del programa profesional universitario que cursan, que presenten el examen por primera vez y que sean inscritos directamente por su institución de educación superior. Este módulo se oferta a los programas asociados a los siguientes grupos de referencia: bacteriología, enfermería, instrumentación quirúrgica, medicina, nutrición y dietética, odontología, salud pública, terapias, optometría y otros programas de ciencias de la salud.

Este marco de referencia se estructura en dos capítulos. En el primero se presentan los antecedentes de la prueba, que incluye aspectos normativos, referentes nacionales e internacionales, historia de la prueba y referentes conceptuales del dominio de evaluación. En el segundo capítulo se presenta el objeto de evaluación, las especificaciones y las características de la prueba.

El presente capítulo agrupa una serie de temas que permiten comprender el trasfondo, la regulación y las bases conceptuales de la evaluación. Se incluyen, por tanto, las normatividad que atañen a la evaluación, una breve reseña histórica del módulo, así como los conceptos y nociones teóricas que permiten fundamentar el dominio de la prueba.

1.1 Marco legal de la evaluación

Los exámenes de Estado que realiza el Icfes están sustentados en la Ley 1324 de 2009, la cual establece que el objeto del Icfes es “ofrecer el servicio de evaluación de la educación en todos sus niveles y adelantar investigación sobre los factores que inciden en la calidad educativa, con la finalidad de ofrecer información para mejorar la calidad de la educación” (artículo 12.º). Para estos efectos, en esta ley se le asigna al Icfes la función de desarrollar la fundamentación teórica de los instrumentos de evaluación, así como las de diseñar, elaborar y aplicar estos instrumentos, de acuerdo con las orientaciones que defina el Ministerio de Educación Nacional (MEN) (*íbid.*, numeral 2). En este marco legal, el Icfes diseña, desarrolla, aplica, califica y entrega resultados de tres exámenes de Estado, Saber 11.º, Saber TyT y Saber Pro. Adicionalmente, realiza un examen nacional por encargo del MEN para las pruebas de la educación básica, Saber 3.º, 5.º y 9.º. Cada una de estas evaluaciones tiene su respaldo en distintas leyes, decretos y normativas. A continuación, se describen brevemente las normas asociadas con el módulo que es objeto de este marco, a partir de lo dispuesto en la Ley 1324 de 2009.

1.1.1 Saber Pro

La Ley 1324 de 2009 establece el Examen de Estado de Calidad de la Educación Superior, Saber Pro, como un instrumento estandarizado para la evaluación externa de la calidad de la educación superior (artículo 7º). También conforma, junto con otros procesos y acciones, el Sistema Nacional de Evaluación Estandarizada de la Educación, de manera que es otro de los instrumentos de los que el Gobierno nacional “dispone para evaluar la calidad del servicio público educativo y ejercer su inspección y vigilancia” (Decreto 3963, 2009, artículo 1º). Según lo reglamentado en el anterior decreto, el diseño definitivo de los nuevos exámenes Saber Pro tendrá

una vigencia de, por lo menos, doce años (artículo 3°). Una vez sea adoptado de manera definitiva cada módulo de los exámenes será posible iniciar la generación de resultados comparables.

1.2 Alcance de los exámenes de Estado

Vale la pena señalar qué instancias participan en los procesos de evaluación de la educación y de qué manera lo hacen. Por un lado, las funciones que le competen al Icfes, al MEN y a otras entidades en la evaluación de la educación básica, media y superior se delimitan de la siguiente manera: el MEN define las políticas, los propósitos y los usos de las evaluaciones, al igual que los referentes de lo que se quiere evaluar, en consulta con los grupos de interés; también hace seguimiento a estrategias y planes de mejoramiento. Así, a partir de los criterios definidos por el MEN, el Icfes diseña, construye y aplica las evaluaciones; analiza y divulga los resultados, e identifica aspectos críticos. Debido al desarrollo de estas funciones, otras entidades —como las Secretarías de educación, los establecimientos educativos y las instituciones de educación superior— formulan, implementan y coordinan planes de mejoramiento.

Por otro lado, se cuenta con asesoría académica y técnica como parte fundamental de las labores propias del desarrollo de las evaluaciones a cargo del Icfes. Teniendo en cuenta que los lineamientos para el diseño de los nuevos exámenes se definieron de acuerdo con la política de formación por competencias del MEN, estas evaluaciones se desarrollaron en todas sus etapas (diseño, construcción de instrumentos, validación, calificación) con la participación permanente de las comunidades académicas y de las redes y asociaciones de facultades y programas, tanto en lo que se refiere a la educación básica y media como a la superior. Además, desde 2014 se ha contado con la puesta en funcionamiento de los Comités Técnicos Asesores, que son una instancia consultiva de la Dirección de Evaluación para monitorear y hacer seguimiento a las evaluaciones que realiza el Icfes. Esta instancia está conformada por consultores de alto nivel en las distintas áreas evaluadas en los exámenes Saber.

1.3 Contexto internacional y nacional de la evaluación

La necesidad de evaluar la calidad de la educación a través de pruebas de Estado que se aplican a los estudiantes en distintos niveles académicos es común en muchos países. Si bien el objetivo es realizar una medición objetiva de las competencias adquiridas durante el proceso de formación, los modelos de evaluación, su objeto y alcance, varían según el sistema educativo de cada país. Con respecto a los exámenes para la evaluación de competencias profesionales en estudiantes próximos a graduarse, su aplicación a nivel mundial es menos frecuente que los diseñados para el acceso a la educación superior. Colombia cuenta con las pruebas Saber Pro y Saber TyT, que miden competencias genéricas y específicas a estudiantes de carreras que pertenezcan a un núcleo común de conocimiento (por ejemplo, ciencias de la salud). Aunque la presentación de estas pruebas es obligatoria, un mal desempeño no es causal de inhabilidad para el ejercicio de su profesión o para el acceso al mundo laboral.

En Latinoamérica existen pruebas similares al caso colombiano. Así, México cuenta con el EGEL (Exámenes Generales para el Egreso de Licenciatura), el cual tiene un examen denominado Ciencias de la Vida y la Conducta¹ para algunos programas académicos como Enfermería, Medicina General, Nutrición y Odontología. Por su parte, Brasil cuenta con una prueba específica para Medicina². A su vez, en Ecuador existe el Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CACES), el cual realiza pruebas para algunos programas académicos como Odontología y Medicina a través del Examen Nacional de Evaluación de Carreras³.

1 Para saber más, puede consultarse: <https://www.ceneval.edu.mx/ciencias-biologicas-y-de-la-salud>

2 Para saber más, puede consultarse: <https://www.gov.br/inep/pt-br/areas-de-atuacao/avaliacao-e-exames-educacionais/enade/provas-e-gabaritos>

3 Para saber más, puede consultarse: <https://www.caces.gob.ec/carreras/>

1.4 Historia del módulo

Colombia cuenta con una experiencia casi de dos décadas en materia de evaluación masiva en educación superior a través de pruebas estandarizadas. La primera de estas experiencias fueron los Exámenes de Estado de la Calidad de la Educación Superior (ECAES), los cuales se aplicaron desde el año 2002 y hasta el 2010. En 2003 se inició la evaluación del ciclo de educación superior mediante la aplicación de exámenes específicos dirigidos a diversos programas académicos. Así, se inició con la evaluación de 22 programas de educación superior, y se llegó a 55 programas en 2007; en este período el examen se centró en la evaluación de competencias específicas por programa (ICFES, 2016).

Debido a que los ECAES no tenían un carácter obligatorio y no se contaba con exámenes para cada uno de los programas existentes, no todos los estudiantes presentaban la prueba. En 2009, el examen tuvo cambios en su estructura y aplicación debido a la Ley 1324 y al Decreto 3963 del mismo año. Entre los cambios más relevantes cabe resaltar que el examen se convirtió en un requisito obligatorio para evaluar la educación formal recibida por quienes terminan los programas de pregrado en las instituciones de educación superior. Sin embargo, esto llevó a que los exámenes específicos que contaban con menos de mil evaluados fueran discontinuados y, en cambio, los estudiantes fueran evaluados sobre competencias genéricas: pensamiento crítico, solución de problemas, entendimiento interpersonal y escritura.

A partir del 2010, se diseñó e implementó las pruebas Saber Pro. Este examen incluye una evaluación de competencias genéricas, entendidas como aquellas que todos los estudiantes deben desarrollar independiente del área de formación, y la evaluación de competencias comunes a programas con características de formación similares. De esta manera, se evalúan competencias genéricas en cinco pruebas: lectura crítica, razonamiento cuantitativo, comunicación escrita, inglés y competencias ciudadanas. Asimismo, se han construido cerca de 42 pruebas de competencias específicas comunes para distintos grupos de referencia (ICFES, 2016).

Para el caso del área de la salud, las pruebas Saber Pro cuentan con dos módulos afines a la mayoría de los programas: Atención en salud y Promoción de la salud y

prevención de la enfermedad. Para el diseño de estos módulos se tuvieron en cuenta las competencias que actores intersectoriales consideraron fundamentales para evaluar a los estudiantes que están próximos a culminar estudios en los programas de formación del área de Ciencias de la Salud. Adicionalmente, existen tres módulos específicos para carreras como medicina (Fundamentación en diagnóstico y tratamiento médico), odontología (Diagnóstico y tratamiento en salud oral) y enfermería (Cuidado de enfermería en los ámbitos clínico y comunitario).

Por último, con el objetivo de consolidar un sistema de seguimiento y evaluación del sector educativo que dé cuenta de los logros y dificultades de los estudiantes, su acceso, cobertura y permanencia en el sistema, y la eficiencia de los entes responsables de la prestación y la calidad del servicio, se optó por la alineación del Sistema Nacional de Evaluación Estandarizada (SNEE). Este sistema implicó la reestructuración del examen Saber Pro, las pruebas Saber 3°, 5° y 9° y el examen Saber 11. Este modelo facilita la comparación de los resultados en distintos ciclos educativos al evaluar competencias similares en diferentes áreas de conocimiento y en distintos momentos del ciclo educativo.

1.5 Normativa relacionada

En este apartado se presenta la normatividad del sector salud que se relaciona con las competencias que evalúa el módulo Atención en Salud. Para ello, en primer lugar, se aborda lo concerniente a talento humano y se referencia la política pública vigente y los lineamientos internacionales que direccionan los objetivos y metas propuestos en el país desde la salud pública. Segundo, se abordan normativas más específicas en cuanto al contexto y operatividad del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la Gestión de la Salud Pública.

1.5.1 El talento humano en salud en Colombia

La salud es inherente al desarrollo social y económico de un país y lleva al mejoramiento continuo del bienestar humano. Con el propósito de promover y mantener la salud, se requiere desarrollar diferentes competencias en la formación de los profesionales del área. Esto se debe efectuar reconociendo que

existen especificidades disciplinares y profesionales que actúan en las etapas del proceso salud-enfermedad: atención primaria en salud y diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en las personas, la familia, la comunidad y la sociedad. La definición de las competencias para el área de salud parte de algunos elementos como son la comprensión de la relación de los determinantes sobre la salud; la comprensión del concepto de talento humano, y la claridad en torno al marco normativo que rige los objetivos y metas de formación, contratación y ejercicio laboral de los profesionales de la salud.

En relación con esas competencias, la Ley 1164 de 2007 (Congreso de la República de Colombia, 2007) tiene por objeto establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética del talento humano del área de la salud mediante la articulación de los diferentes actores que intervienen en estos procesos. En dicha ley se define al talento humano en salud como:

todo el personal que interviene en la promoción, educación, información de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad de todos los habitantes del territorio nacional dentro de la estructura organizacional de la prestación de los servicios de salud (Congreso de la República de Colombia, 2007).

Si bien una ley de talento humano en salud era un gran avance para la protección y cualificación del recurso humano en este sector, aún eran necesarias muchas más directrices al respecto. Conforme a esto, el artículo 97 de la Ley 1438 de 2011⁴ estableció que el Ministerio de la Protección Social, acogiendo las recomendaciones del Consejo Nacional de Talento Humano en Salud, definiría la política de talento humano en salud. Con ello se buscó orientar la formación, ejercicio y gestión de las profesiones y ocupaciones del área de la salud, en coherencia con las necesidades

4 La Ley 1438 de 2011 tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, induyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.

de la población colombiana, las características y objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Luego, el artículo 18 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015⁵ dispuso que: “los trabajadores, y en general el talento humano en salud, estarán amparados por condiciones laborales justas y dignas, con estabilidad y facilidades para incrementar sus conocimientos, de acuerdo con las necesidades institucionales”(Congreso de la República de Colombia, 2015). Por esta razón, se impulsó la formulación de la Política Nacional de Talento Humano en Salud, en la que se plantea que:

La política busca orientar las acciones de los agentes que intervienen en los mercados educativo, laboral y de servicios de salud a partir del reconocimiento de sus características, particularmente la descentralización, la autonomía de sus instituciones, la participación de agentes privados y la interacción de elementos regulatorios y de mercado en la dinámica de cada uno de ellos. Plantea estrategias y líneas de acción acordes con las necesidades de la población, los objetivos y las capacidades del sistema de salud colombiano (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

En este sentido, es importante considerar este marco normativo cuando se piensa en competencias comunes al área de la salud, ya que establecen aspectos importantes del ejercicio profesional, deberes, derechos y alcances. También es necesario pensar en la formación en cada uno de los programas de la salud, respetando sus particularidades y definiendo lo que normativamente es común a todas las profesiones.

5 La Ley 1751 de 2015, también conocida como Ley Estatutaria de la Salud, representa un cambio histórico para la legislación en salud en Colombia, ya que establece que la salud es un derecho fundamental y su objeto es precisamente garantizarlo, regularlo y establecer sus mecanismos de protección.

1.5.2 Plan Decenal de Salud Pública y Plan Nacional de Desarrollo

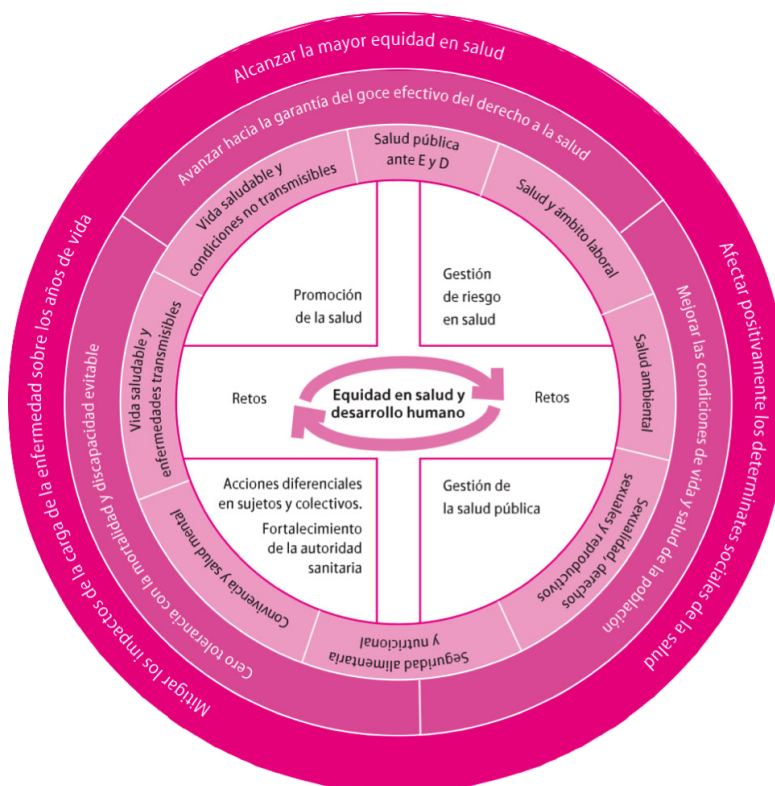
Uno de los aspectos que reviste gran importancia en la formación de los nuevos profesionales es la tendencia hacia la intersectorialidad en las políticas públicas, así como la necesidad de que las acciones individuales, colectivas, institucionales y gremiales estén alineadas. En esa directriz, el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021⁶ (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013) se ha constituido en el referente para la articulación de las políticas intra e intersectoriales a nivel nacional relacionadas con aspectos de la salud del individuo, la comunidad y la sociedad. El PDSP 2012-2021 es una apuesta política por la equidad en salud, entendida como la “ausencia de diferencias en salud entre grupos sociales consideradas innecesarias, evitables e injustas” (Whitehead, 1992).

El PDSP 2012-2021 tiene como meta alcanzar la equidad y el desarrollo humano sostenible, afectando positivamente los determinantes sociales de la salud y mitigando los efectos de la carga de la enfermedad sobre los años de vida saludables. Para su implementación, se cuenta con tres objetivos estratégicos, los cuales se muestran en la ilustración 1:

- a. Avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud.
- b. Cero tolerancia con la mortalidad y discapacidad evitable.
- c. Mejorar las condiciones de vida y salud de los habitantes.

6 Resolución 1841 de 2013 “por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021”..

Ilustración 1. Marco Estratégico Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021



Fuente: Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú. Ministerio de Salud y Protección Social.

El PDSP se desarrolla a través de ocho dimensiones prioritarias y dos transversales. Cada dimensión, a su vez, despliega un componente transectorial y sectoriales que incorporan un conjunto de acciones, estrategias comunes y específicas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). Estos componentes se han tenido en cuenta para el desarrollo del módulo de salud, porque los profesionales en formación son actores importantes en su implementación y, por tanto, su formación debe orientarse considerando esta directriz.

Por su parte, el Plan Nacional de Desarrollo (PND) se ha constituido como la brújula de navegación de los Gobiernos nacionales y locales para ajustar todas sus políticas,

planes y proyectos dentro de un objetivo común. El PND vigente (2018-2022)⁷ se ha denominado “Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad” (Departamento Nacional de Planeación, 2018) e incluye 20 metas que se alinean con distintas directrices y acuerdos de índole internacional, como los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Estos objetivos están circunscritos al modelo de Determinantes Sociales de la Salud para la disminución de brechas económicas y sociales que nutren las condiciones de inequidad de la población colombiana.

Varias de las políticas en salud se integran a los PND, teniendo en cuenta que la salud poblacional es un eje del desarrollo de cualquier país. Particularmente, en el PND 2018-2022 existen varios objetivos dirigidos al sector salud, como el saneamiento de la deuda pública, la disminución de la desnutrición infantil, dotación de talento humano e infraestructura en salud en las regiones y control de la hipertensión para reducir el riesgo de enfermedades cerebrovasculares y del corazón. El conocimiento de estos aspectos por parte de los evaluados, así como la adecuada contextualización de su quehacer profesional dentro de los planes macro e intersectoriales del país son fundamentales en la evaluación de competencias que se propone el módulo Atención en Salud.

En el 2000 se creó un nuevo hito en relación con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. En dicho año, por primera vez, se oficializó en la agenda pública la perspectiva de desarrollo en términos de salud y bienestar de las poblaciones con la promulgación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Estos objetivos fueron ocho propósitos de desarrollo humano que los 189 países miembros de las Naciones Unidas acordaron conseguir para el año 2015 (Organización de Naciones Unidas, 2015). Hacia el 2015, los progresos realizados con los ODM fueron evaluados. A partir de esa medición, la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas adoptó la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, un plan de acción a favor de las personas, el planeta y la prosperidad.

7 Ley 1955 de 2019. “Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018 -2022” Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad”

Este acuerdo también tiene la intención de fortalecer la paz universal y el acceso a la justicia; para ello, se plantean 17 objetivos, con 169 metas de carácter integrado e indivisible que abarcan las esferas económica, social y ambiental (Organización de Naciones Unidas, 2020).

Basados en esos acuerdos de las Naciones Unidas, se desarrolló del 21 al 24 de noviembre de 2016, en Shanghái (China), la Declaración de Shanghái sobre la Promoción de la Salud. Este acuerdo fue aprobado con el referendo de los participantes de la Novena Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, organizada conjuntamente por el Gobierno de China y la Organización Mundial de la Salud. Allí se reconoce que “la salud y el bienestar son fundamentales para el cumplimiento de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible” y se reafirma que “la salud es un derecho universal, un recurso esencial para la vida diaria, un objetivo social compartido y una prioridad política para todos los países” (Organización Mundial de la Salud, 2016).

Los ODS establecen el deber de invertir en salud, de garantizar la cobertura sanitaria universal y de reducir las desigualdades sanitarias entre las personas de todas las edades (ver ilustración 2). Los ODS son, por tanto, un marco en las acciones e intervenciones sociales de cualquier profesión que tenga que ver con el desarrollo sostenible (Rodrigo-Cano *et al.*, 2019). Particularmente, en el caso del sector salud, si bien el objetivo que influye en las acciones es el número 3 (Salud y Bienestar), muchos otros objetivos afectan varios ejes y elementos de las políticas nacionales mencionados previamente que tienen relación con la atención en salud⁸.

8 Ejemplos de estas relaciones son: hambre cero (objetivo 2) con salud alimentaria y nutricional; igualdad de género (objetivo 5) con salud sexual y reproductiva; agua limpia y saneamiento (objetivo 6) con prevención de IRA, EDA y control de vectores, entre otros.

Ilustración 2. *Objetivos de Desarrollo Sostenible*



Fuente: *Objetivos de Desarrollo Sostenible: Organización de las Naciones Unidas.*

1.5.3 Sistema General de Seguridad Social en Salud

- Ley 100 de 1993

La Ley 100 de 1993 (Congreso de la República de Colombia, 1993), por la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social Integral en Colombia, incluye los subsistemas de salud, pensión y riesgos laborales. Si bien ha sido complementada y regulada por otras normas posteriores, aún continúa siendo la base normativa del sistema de salud colombiano. Esta ley, en su Libro II, expone los principios y estructura del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), que busca, entre otras cosas, garantizar la cobertura en salud para toda la población del país. Si bien es una ley que ha generado mucha controversia, ha permitido la afiliación de más del 90 % de la población al sistema, independientemente de su nivel de ingresos y capacidad económica. El SGSSS cuenta con dos regímenes: el contributivo, al

cual aportan las personas con capacidad de pago, y el subsidiado que cubre el plan de beneficios en salud para la población que no tiene ingresos suficientes para aportar económicamente al sistema. Aunque inicialmente los planes de beneficios eran distintos en los dos regímenes, desde 2011 sus contenidos son los mismos, con el fin de respetar el principio de equidad exigido por la Corte Constitucional.

Dado que la Ley 100 de 1993 regula todo el sistema de salud, tanto del servicio público esencial como la responsabilidad de los prestadores de servicios de salud (IPS) y de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), es importante que todo profesional de la salud conozca sus principios, estructura, regulación y funcionamiento, ya que hará parte de su quehacer cotidiano, independientemente del sector, público o privado, en el cual se desempeñe.

- Ley 1751 de 2015 o Ley estatutaria en salud

El 16 de febrero de 2015, el Congreso de Colombia promulgó la Ley 1751 con el objetivo de garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección. Esta ley posiciona la salud como un derecho fundamental autónomo e irrenunciable en lo individual y lo colectivo, que incluye el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. Estos aspectos regulados se consideran un hito en la normatividad de salud en Colombia, ya que en la Ley 100 de 1993 se consideraba la seguridad social y el servicio de salud como derechos consagrados en la Constitución Política, pero no de manera explícita el derecho a la salud. Teniendo en cuenta que según el artículo 2 de la Ley 1751 de 2015 el Estado debe formular y “adoptar políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas”(Congreso de la República de Colombia, 2015), se incluyen en el módulo Atención en Salud elementos que evalúen los conocimientos técnicos sobre estos temas.

Esta ley promueve la integralidad en la atención en los siguientes aspectos: “No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario”; establece el deber del Estado de adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la “reducción de las desigualdades de los

determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida”; prioriza la “atención primaria en salud” como estrategia para intervenir; promueve la consolidación de “redes integradas de servicios de salud”, y “garantiza la autonomía de los profesionales de la salud” para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo, la cual será ejercida en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica.

1.5.4 Gestión de la Salud Pública

Considerando la salud pública en el marco de la garantía del derecho a la salud, es importante que los futuros profesionales conozcan el marco normativo que enmarca a estas acciones. La carta de navegación en este sentido la establece el PDSP 2012–2021, aunque existen otras normas que orientan las acciones de salud pública en el territorio nacional. A continuación, se presenta un panorama de estas otras acciones adicionales.

- Evolución Normativa en Salud Pública

El surgimiento y consolidación de la salud pública en Colombia inició con la influencia del movimiento higienista norteamericano, el cual tuvo un alcance en América Latina durante la segunda mitad del siglo XIX y la primera del siglo XX (Quevedo, 2004). A partir de 1918, mediante la Ley 32, se creó la Dirección Nacional de Higiene, la cual estuvo a cargo de las campañas de prevención de las enfermedades de la época. No obstante, para consolidar la salud pública a mediados del siglo XX se creó el Ministerio de Higiene como un ente autónomo con una estructura renovada, lo cual amplió la organización del sector salud en Colombia. A partir de 1973, a través de los Decretos 065 y 350, se creó el Sistema Nacional de Salud, el cual permaneció vigente hasta 1993, cuando se creó el Sistema General de Seguridad Social Integral con la Ley 100.

En Colombia, la salud pública está reglamentada desde la Ley 9 de 1979, denominada Código Sanitario Nacional, la cual dicta las medidas sanitarias para la protección de la salud de los colectivos. Estas acciones se retoman en la Constitución política de 1991 en el marco de los derechos sociales económicos y culturales, en particular el derecho a la seguridad social (artículos 48 y 49). Con la Ley 100 de 1993¹⁰, se creó el Sistema General de Seguridad Social Integral, comprendido como un conjunto de instituciones, normas y procedimientos de los cuales dispone la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrolla. Este sistema incluye los sistemas: General de Seguridad Social en Salud, General de Pensiones y General de Riesgos Profesionales, hoy denominado riesgos laborales.

El Decreto 1295 de 1994¹¹ determinó la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales, el cual establece las disposiciones de salud ocupacional, con la prevención de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y el mejoramiento de las condiciones de trabajo. El sistema permite mantener vigilancia y control frente a los riesgos y factores que afectan la salud de los trabajadores, planteando las diferentes actividades dirigidas a la evaluación, diagnóstico e intervención frente a los procesos productivos. Cabe indicar que los aspectos de pensiones y riesgos profesionales no serán evaluados en el módulo Atención en Salud porque, actualmente, un gran número de programas de formación de pregrado en salud no desarrollan estos temas como parte de sus competencias.

Desde el Sistema General de Seguridad Social Integral se plantean las intervenciones hacia el colectivo dentro de los planes de beneficios, en especial, el Plan de Atención Básica (PAB) a través de la Resolución 4288 de 1996¹², actual Plan de Intervenciones

9 Ley 9 de 1979, por la cual se dictan medidas sanitarias.

10 Ley 100 de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones, Diario Oficial, N.º 41.148 del 23 de diciembre de 1993.

11 Decreto 1295 de 1994, por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales, Diario Oficial, N.º 41.405 de junio 24 de 1994.

12 Resolución 4288 de 1996, por la cual se define el Plan de atención Básica (PAB) del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS) y se dictan otras disposiciones.

Colectivas (PIC), denominado así desde la Ley 1122 de 2007. Como parte de la reglamentación de la Ley 100, el Ministerio de Salud expidió la Resolución 412 de 2000¹³, la cual se encargó de establecer las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Esta resolución se modificó parcialmente por la Resolución 3384 de 2000. De esta manera, se direccionaron las intervenciones en salud pública con énfasis en la prevención. Esta reglamentación se complementó con las Guías de Promoción y Prevención, las cuales contienen los procedimientos en promoción y prevención, teniendo en cuenta las etapas del ciclo vital y las enfermedades y problemáticas de interés (Camargo *et al.*, 2011).

Por otro lado, en la primera década de los 2000 el Estado colombiano incorporó dentro de planes y programas las metas propuestas en los ODM, así como los conceptos y funciones de salud pública propuestos por organismos internacionales como la ONU y la Organización Mundial de la Salud. En el año 2001, la Ley 715¹⁵ dictaminó, entre otros aspectos, fuentes y flujos de recursos del Sistema General de Participaciones destinados a educación y salud en el contexto territorial. En sus artículos 42, 43 y 44 estableció las competencias territoriales para el sector salud, desde el nivel nacional hasta el municipal. En el artículo 46, esta ley define las competencias en términos de gestión de la salud pública, aspecto que es fundamental para la ejecución de los actuales Planes de Intervenciones Colectivas (PIC):

13 Resolución 412 de 2000, por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

14 Ley 715 de 2001. Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

15 El Sistema General de Participaciones está constituido por los recursos que la Nación transfiere por mandato de los artículos 356 y 357 de la Constitución Política a las entidades territoriales, para la financiación de los servicios cuya competencia se les asigna en la ley (Ley 715 de 2001).

Competencias en Salud Pública. La gestión en salud pública es función esencial del Estado y para tal fin la Nación y las entidades territoriales concurrirán en su ejecución en los términos señalados en la presente ley. Las entidades territoriales tendrán a su cargo la ejecución de las acciones de salud pública en la promoción y prevención dirigidas a la población de su jurisdicción (Congreso de la República de Colombia, 2001).

Posteriormente, en 2007, se definieron las acciones específicas de salud pública en la Ley 1122, la cual da los lineamientos generales para la construcción del primer Plan Nacional de Salud Pública, reglamentado a través del **Decreto 3039 de 2007**, y que tiene el propósito de:

definir la política pública en salud que garantice las condiciones para mejorar la salud de la población Colombiana, prolongando la vida y los años de vida libres de enfermedad, promoviendo condiciones y estilos de vida saludables, previniendo y superando los riesgos para la salud, y recuperando o minimizando el daño, entendiendo la salud como un derecho esencial individual, colectivo y comunitario logrado en función de las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida, mediante acciones sectoriales e intersectoriales¹⁶.

En el Decreto 3039 de 2007 estableció que, para reducir la carga de enfermedad actual y futura, deben articularse diferentes enfoques, como son:

Enfoque poblacional. Entendido como las intervenciones en salud simples o combinadas dirigidas a la población en general que buscan modificar los riesgos acumulados en cada uno de los momentos del ciclo vital, que incrementan la carga de morbilidad, mortalidad y discapacidad.

Enfoque de determinantes. Los determinantes son un conjunto de factores que inciden de forma directa en el estado de salud de los individuos y de las poblaciones. El enfoque de determinantes plantea que los resultados en salud de los individuos,

16 Decreto 3039 del 10 de agosto de 2007, por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, Ministerio de la Protección Social, Diario Oficial, N.º 46.716, agosto de 2007.

grupos y colectividades dependen de la interacción de cuatro grupos de factores: ambientales, del comportamiento humano, de la herencia y de las respuestas de los servicios de salud. Este abordaje pretende intervenir aquellos factores de riesgo que sean modificables.

Enfoque de gestión social del riesgo. El enfoque de gestión social del riesgo se plantea como un proceso dinámico, creativo en el cual se construyen soluciones a partir de un abordaje causal de los riesgos de salud en poblaciones específicas, buscando la identificación y modificación de estos, para evitar desenlaces adversos, teniendo en cuenta que muchos de los eventos de salud no ocurren al azar, sino que son predecibles y modificables con el concurso de los actores de salud, otros sectores comprometidos y la comunidad.

- Desarrollo normativo reciente

En 2011, dadas las limitaciones y problemáticas que presentaba el sistema de salud, se reformó el SGSSS mediante la Ley 1438¹⁷, a través de un modelo que, en el marco de la Atención Primaria en Salud (APS), permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país. Entre los cambios más importantes propuestos por esta ley se encuentra: el modelo de salud fundamentado en la APS; la prohibición de limitaciones al acceso a servicios de salud; la extensión a diez años del Plan Nacional de Salud Pública, desde entonces denominado PDSP, y la adopción de las Redes Integradas de Servicios de Salud-RISS.

Como parte del cumplimiento de la Ley 1438 de 2011, en 2013 se adoptó el PDSP 2012-2021 a través de la Resolución 1841. El eje de acción de este plan es el logro de la equidad en salud a través de la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud. En el 2015, además de la promulgación de la Ley Estatutaria en Salud

17 Ley 1438 de 2011, por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones, Diario Oficial, N.º 47.957 de 19 de enero de 2011.

(Ley 1751 de 2015), se emitió la Resolución 518¹⁸ que establece, por una parte, la Gestión de la Salud Pública (GSP), y por otra parte, brinda las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC. Con respecto a la GSP, este es un proceso que lidera la autoridad sanitaria, orientado a que los planes, proyectos, programas y evaluaciones en salud pública se realicen de manera efectiva, coordinada y organizada, entre los actores del SGSSS, otros sectores y organizaciones sociales de la comunidad (Ministerio de Salud y Protección Social, s/f-b).

En lo referente al PIC, se trata de un plan complementario a otros planes de beneficios, compuesto por intervenciones de promoción de la salud y gestión del riesgo. Estas acciones se enmarcan en las estrategias definidas en el Plan Territorial de Salud (PTS), y buscan afectar positivamente los Determinantes Sociales y ambientales de la Salud e incidir en los resultados en salud, mediante ejecución de intervenciones colectivas o individuales de alta externalidad desarrollados a lo largo del curso de vida, de acuerdo con las prioridades territoriales (Ministerio de Salud y Protección Social, s/f-b). Las intervenciones colectivas del PIC son gratuitas y dirigidas a la totalidad de la población, sin importar su condición de aseguramiento. No están sujetos a procesos de afiliación, periodos mínimos de cotización, copagos, cuotas moderadas o cuotas de recuperación (Así Vamos en Salud, s/f). Uno de los requisitos para poder definir el PIC, es que el municipio o ente territorial cuente con un PTS definido, lo cual no es posible sin que exista un adecuado diagnóstico de la situación de salud de dicho territorio en contexto. Para tal fin se emite la Resolución 1536 de 2015¹⁹.

...la cual establece las disposiciones para el proceso de Planeación Integral para la Salud a cargo de las entidades territoriales del nivel departamental, distrital y municipal como de las instituciones del Gobierno Nacional, así como establece las obligaciones de las que tienen las EPS, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios – EAPB y las Administradoras de Riesgos Laborales – ARL para cumplir con el proceso de planeación acogiendo e integrando en los insumos que permitan su ejecución (Así Vamos en Salud, s/f).

18 Resolución 518 de 2015. Por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC. Ministerio de Salud y Protección Social.

19 Resolución 1536 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social, por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de Planeación Integral para la Salud.

Esta Planeación Integral para la salud incluye la formulación, implementación, monitoreo, evaluación y rendición de cuentas del PTS, como instrumento estratégico e indicativo de política pública en salud. Esta herramienta permite a las entidades territoriales cumplir con las estrategias establecidas en el PDSP, como la búsqueda de la equidad en salud, la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud y la mitigación de los impactos de la carga de la enfermedad (Así Vamos en Salud, s/f). Dentro del PTS están incluidos contenidos como el Análisis de Situación de Salud- ASIS (del cual se profundizará en los referentes conceptuales del presente marco); la priorización de la caracterización de la población afiliada a las EPS, EAPB y ARL; la priorización en salud pública (que pertenece a las competencias que evalúa el módulo Atención en Salud), y el componente estratégico y de inversión plurianual del plan territorial de salud.

1.6 Referentes teóricos de la prueba

Los exámenes Saber pro evalúan las competencias de los futuros profesionales en determinadas áreas, a través de la resolución de problemas planteados dentro de un contexto específico. La definición de cada uno de los siguientes referentes permite identificar los temas comunes abordados en las diferentes disciplinas y saberes de las Ciencias de la Salud que se incluyen en el módulo Atención en Salud, así como identificar las competencias que serán evaluadas. A continuación, se desarrollará una revisión temática, enfatizando en las competencias por evaluar.

1.6.1 Evolución del concepto de salud

La salud se ha concebido según el contexto sociohistórico y cultural de las poblaciones, en especial a partir del fenómeno de la enfermedad. Para muchas de las culturas antiguas, la aparición de las enfermedades respondía al accionar de algo sobrenatural que se manifestaba en el mundo natural (por ejemplo, un castigo divino) desde una concepción mágico-religiosa. Sin embargo, aunque la gran mayoría de culturas antiguas mantuvieron una influencia de las creencias religiosas en sus estilos de vida, no todas mantuvieron una actitud pasiva en el control y manejo de las enfermedades. Fueron las civilizaciones egipcia y mesopotámica las que iniciaron el primer cambio conceptual sobre la salud, puesto que pasaron del

sentido mágico religioso a un desarrollo de la higiene personal y pública. Algunas de estas culturas trabajaron en la elaboración de sustancias provenientes de plantas, animales y minerales para el tratamiento de las afecciones físicas. En la antigua civilización hebrea, la Ley Mosaica contiene uno de los primeros códigos sanitarios de la humanidad: prescribe ordenamientos estrictos sobre higiene personal, alimentación, comportamiento sexual y profilaxis de las enfermedades transmisibles, algunas de ellas todavía vigentes (Perea y Hernando, 2007).

Con el planteamiento de Hipócrates (Grecia, 460 – 370 a.C.), se dio la primera aproximación al concepto de salud, entendido como el equilibrio entre los humores que afectan al individuo y las comunidades (Rosen, 1993). La palabra higiene así como el actual juramento hipocrático encuentra su origen en la cultura griega, inspirada en la mitología, Higea “diosa de la salud” e Hipócrates “padre de la medicina” (Perea & Hernando, 2007). Esta concepción naturalista de la salud, junto con la aparición de las epidemias que surgieron en la época, llevaron a los pensadores del momento a estudiar y explicar el por qué se daban estos fenómenos: plagas, pestes y epidemias, las cuales azotaron a Europa desde el siglo III hasta el siglo XIV. Infortunadamente, estos avances y esfuerzos por preservar la salud desde la comprensión de la dinámica natural, cuyo desarrollo fortaleció las bases de las disciplinas médicas —conocimiento que fue robustecido por la interacción de las culturas griegas, romanas y árabes—, se vio abruptamente frenado por la aparición del Oscurantismo (Espineta, 1977).

En el Renacimiento continuaron los estudios sobre la naturaleza de las enfermedades. Estos análisis intentaban determinar las causas por medio de la teoría del contagio y la teoría miasmática, las cuales predominaron en el siglo XVI con los documentos publicados por Girolamo Fracastoro (Rosen, 1993). Estos avances, aunados a otros acontecimientos como el descubrimiento de América, adelantos científicos, movimientos sociales como la Revolución Industrial y la Revolución francesa, llevaron a científicos, como Louis Pasteur, a identificar los agentes causales de las enfermedades. Esto representó un salto importante al cambio de paradigma en la concepción de la enfermedad, pues si bien ya existía la noción de causalidad (hay un agente natural causante de la enfermedad), la teoría del contagio vigente hasta ese momento se fundamentaba en los humores y los miasmas, y no en la existencia de partículas microbiológicas que podían ser identificadas y atacadas (que fue el aporte de Pasteur en la nueva era microbiológica).

En el siglo XX, dentro del entendimiento del concepto de enfermedad, se desarrolló el modelo de Leavell y Clark, quienes describen el concepto de historia natural y social de la enfermedad, y a partir de estos definen los niveles de prevención (Blanco y Maya, 2013). Históricamente, la concepción del origen de la enfermedad ha determinado la forma en que cada cultura y civilización percibe y trabaja por su salud. Esto último, junto con la aparición de nuevas enfermedades a lo largo de los siglos, promovió otras formas de interpretar las realidades de la salud. Los cambios acelerados que trajo el siglo XX en términos políticos, migratorios, económicos y sociales, hizo que la dimensión de la salud se tuviera que concebir de una manera global, lo que generó la necesidad incorporar los conceptos de salud, bienestar, estilos y hábitos de vida (Vélez Arango, 2007).

En concordancia con estos cambios globales del siglo XX, la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS), en 1948, definió la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”²⁰. Para profundizar en este concepto, la OMS establece unos principios básicos, los cuales han evolucionado como consecuencia del desarrollo de los Estados, la generación de la participación ciudadana y los compromisos internacionales de los Gobiernos, entre otros. Estos factores enriquecen de manera permanente el concepto y permiten un abordaje holístico para la definición de intervenciones. Entre esos principios básicos se destacan (Organización Mundial de la Salud, 2014):

- ▶ El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.
- ▶ La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados.
- ▶ Los resultados alcanzados por cada Estado en el fomento y protección de la salud son valiosos para todos.

20 La cita procede del preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N.º 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.

-
- ▶ La desigualdad de los diversos países en lo relativo al fomento de la salud y el control de las enfermedades, sobre todo las transmisibles, constituye un peligro común.
 - ▶ El desarrollo saludable de las y los niños es de importancia fundamental; la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente es indispensable para este desarrollo.
 - ▶ La extensión a todos los pueblos de los beneficios de los conocimientos médicos, psicológicos y afines es esencial para alcanzar el más alto grado de salud.
 - ▶ Una opinión pública bien informada y una cooperación activa por parte del público son de importancia capital para el mejoramiento de la salud del pueblo.
 - ▶ Los Gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual solo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas.

Por otro lado, es importante destacar que la salud, además de ser entendida como una condición de las poblaciones, debe ser reconocida como un derecho. Esto ha sido discutido desde la academia y las organizaciones sociales, políticas y gremiales, entre otros, evidenciando la necesidad de comprender la salud y su relación con la responsabilidad y garantía por parte del Estado. Es así como la OMS evidencia que el derecho a la salud obliga a los Estados a generar condiciones en las cuales todos puedan vivir lo más saludablemente posible. Esto no solo abarca la atención oportuna y apropiada, sino la atención de los principales determinantes de la salud como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición y vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva (Adhanom, 2017).

En relación con lo anterior, los derechos se pueden entender como inherentes al ser humano. Con ellos viene un conjunto de normas que se construyen a partir de lo que es legítimo; así, el derecho se relaciona con lo que es justo para la persona y la

sociedad. El derecho establece acuerdos sociales que se manifiestan por medio de reglas que posibilitan el funcionamiento de la sociedad. De esta manera, se puede definir el derecho a la salud como la posibilidad de disfrutar de manera individual y colectiva de bienes, servicios y condiciones adecuadas de bienestar, que nos permitan tener una vida digna a partir de una calidad de vida óptima. El derecho a la salud es el resultado de la interrelación de por lo menos cuatro derechos fundamentales: a la vida, a la asistencia sanitaria, al bienestar y a la participación (Figueroa García-Huidobro, 2013; Pretelt, 2017; Torres-Tovar, 2009). En síntesis, la salud es algo inherente al desarrollo social y económico, conducente al mejoramiento continuo del bienestar humano.

1.6.2 El proceso salud-enfermedad

Desde la Antigua Grecia, en especial con Hipócrates, se ha planteado una relación antagónica entre salud y enfermedad, en la cual aparecen los cuatro elementos centrales: aire, tierra, fuego y agua. Estos elementos, al estar en equilibrio o desequilibrio, representan el estado de salud y de enfermedad. La medicina hipocrática es el nacimiento de la medicina como un saber técnico, puesto que es el acontecimiento más importante de la historia universal de la medicina. La total elaboración de esta primera medicina científica, que llamamos medicina hipocrática, duró alrededor de trescientos años a partir del siglo VI a.C. Esta hazaña consistió en sustituir en la explicación de la salud y enfermedad todo elemento mágico o sobrenatural por una teoría circunscrita a la esfera del hombre y la naturaleza. Según Lichtenthaler y Laín, este saber constituye el origen de una concepción científica de la medicina universal, definitivamente liberada de la religión y la filosofía y establecida como un conocimiento técnico. Hipócrates usó los sentidos y la mente como los únicos instrumentos diagnósticos y creó la medicina clínica junto al lecho (*kliná*) del enfermo (Battistella, s/f).

En la Edad Media, se dio el paso a la teoría de los humores: se practicaba, por ejemplo, la sangría artificial y la flebotomía como un remedio salvador para eliminar del cuerpo los malos humores: “La enfermedad consistía en un deterioro de los humores y como no podía contemplarse el interior del cuerpo, había que inspeccionar la orina como mensajera del interior para indagar de ella las verdaderas causas de

la enfermedad” (Battistella, s/f). Durante esta época, el hombre era responsable por su salud, dependía de él la duración de la vida. Los buenos hábitos y las ayudas espirituales eran importantes en esta tarea.

Entre el siglo XVIII y XIX, se dio importancia a las condiciones sociales de las poblaciones y su relación con las enfermedades, lo cual dio paso en Alemania y Francia a la medicina social. A finales del siglo XIX, con los descubrimientos científicos en Francia de Pasteur y en Alemania de Koch, comenzó el auge de la investigación científica y de la teoría de los gérmenes. Con el surgimiento y la utilización del método científico se pasó de una visión de humores y elementos hacia el empirismo anatomopatológico, el pensamiento fisiopatológico y los conceptos teórico metodológicos de la etiopatología, los cuales muestran la posición de las ciencias médicas frente al concepto de salud y enfermedad (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2007).

En la época moderna se desarrollaron dos modelos explicativos para el origen de la enfermedad, el modelo unicausal y el multicausal. El modelo unicausal indica que la enfermedad es el resultado de una causa externa que invade al organismo, dando origen al enfoque biologicista, donde cada enfermedad responde a un agente causal específico. Este modelo logra tener gran alcance en el control de enfermedades que responden a un único agente causal, pero no dimensiona las enfermedades de origen múltiple. El modelo multicausal, por su parte, surge como respuesta al avance tecnológico y científico, demostrando que son múltiples los factores que influyen en la aparición de una enfermedad y contempla factores como estilos de vida saludable, factores socioeconómicos y el sistema inmune del huésped.

Finalmente, para la salud pública, la visión de salud incorpora otras disciplinas, ya que concibe su actividad al mejoramiento de la salud poblacional considerando aspectos o factores que van más allá del individuo, así como elementos de su entorno. Un principio importante de la salud pública es que el logro de la salud de los individuos y las poblaciones se deriva de esfuerzos colectivos de la comunidad (Molina, Frazer, Winslow y OMS, citado por Blanco y Maya, 2013, p. 6).

1.6.3 Concepciones de la salud pública

El concepto de la salud pública ha evolucionado de manera dinámica, respondiendo a los cambios políticos, económicos y sociales generados en las diferentes épocas de la historia. Dentro de los cambios que ha tenido el concepto, se tiene el paso de la higiene pública con un modelo sanitarista, hacia un concepto de salud pública, que incluye, además de las acciones sanitarias y preventivas, la promoción de la salud. Así, principios del siglo XX, Charles- Edward Winslow introdujo grandes avances en el concepto de salud pública, incorporando términos como la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. De esta manera se produjo un avance de la medicina asistencial y preventiva, y se crearon servicios nacionales de salud y seguros sociales de asistencia sanitaria, que incorporaron un papel fundamental de la salud pública y confirmaron el papel del Estado en este proceso. Es por esto que, además de la promoción y de la prevención, se introdujeron las palabras “restauración y recuperación de la salud” al concepto de salud pública (León Castro *et al.*, 2006). En los años veinte, Winslow define la salud pública como:

la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para: el saneamiento del medio; el control de las enfermedades transmisibles; la educación de los individuos en los principios de la higiene personal; la organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades; el desarrollo de los mecanismos sociales que aseguren a todas las personas un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud, organizando estos beneficios de tal modo que cada individuo esté en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y a la longevidad (Winslow, 1920).

De acuerdo con lo anterior, Winslow presentó una salud pública integral que articula las acciones promocionales y preventivas con las intervenciones desde la medicina asistencial, y que reconoce el papel de los sistemas de salud. Por otro lado, Hanlon, propone la siguiente definición:

La salud pública se dedica al logro común del más alto nivel físico, mental, y social de bienestar y longevidad, compatible con los conocimientos y recursos disponibles en un tiempo y lugar determinados. Busca ese propósito como una contribución al efectivo y total desarrollo y vida del individuo y su sociedad (Hanlon, 1969).

Otro gran avance para la conceptualización de la salud pública fue la Declaración de Alma Ata de 1978, en donde se planteó la estrategia de atención primaria en salud, entendida como:

La asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación (Organización Mundial de la Salud, 1978).

Esta propuesta tuvo la finalidad de establecer para el año 2000 una meta de salud para todos y amplió el concepto del proceso salud-enfermedad y de las intervenciones que se desarrollan desde la salud pública. En 1992, Julio Frenk pretendió delimitar un nuevo campo científico para la salud pública. A diferencia de la investigación clínica que tiene un enfoque individual y de la investigación básica o biomédica que tiene una perspectiva subindividual, la definición de salud pública que utilizó se basó, tanto desde el ámbito de la investigación como de la acción, en la adopción de una perspectiva basada en grupos de personas o en poblaciones.

En ese mismo año, Milton Terris prescribió cuatro tareas básicas para la teoría y práctica de la “nueva salud pública”: prevención de las enfermedades no infecciosas, prevención de las enfermedades infecciosas, promoción de la salud y mejora de la atención médica y de la rehabilitación. Este autor actualizó la clásica definición de salud pública elaborada por Winslow en la década del veinte, en los siguientes términos: “La salud pública es el arte y la ciencia de prevenir la enfermedad y la incapacidad, prolongar la vida y promover la salud física y mental mediante esfuerzos organizados de la comunidad” (Terris, 1992).

En el siglo XXI, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) entiende la “nueva” salud pública como “la interacción colectiva, tanto del Estado como de la sociedad civil, orientada a proteger y mejorar la salud de las personas, no como una disciplina académica, sino como una práctica social de naturaleza interdisciplinaria” (Organización Panamericana de la Salud, 2000). De igual manera, la OPS consideró que las reformas de los sistemas de salud se enfrentaban al desafío de fortalecer la función de rectoría de la autoridad sanitaria. Parte importante de ese papel rector consiste en dar cumplimiento a las funciones esenciales de la salud pública (FESP) que competen al Estado en sus niveles central, intermedio y local. Para ello, se vuelve crucial el mejoramiento de la práctica de la salud pública y los instrumentos para efectuar una valoración sobre el estado de su situación y las áreas en las que debe ser fortalecida.

Ahora bien, para lograr la reinserción de la salud pública en la agenda de transformación del sector, era necesaria la definición clara de su papel, así como la operacionalización de los conceptos que le dan fundamento, entre ellos el de las FESP. Las FESP deberían ser definidas y medidas, a fin de determinar el grado efectivo con el que se llevan a cabo, tanto por parte del Estado como de la sociedad civil (Organización Panamericana de la Salud, 2002). Esto dio lugar a la creación de la iniciativa “Salud Pública en las Américas”, dirigida a la definición y medición de las FESP como base para mejorar la práctica de la salud pública y para fortalecer el liderazgo de la autoridad sanitaria a todos los niveles del Estado (Organización Panamericana de la Salud, 2002). Así, el concepto de salud pública en el que se basa la definición de las FESP es el de:

Acción colectiva, tanto del Estado como de la sociedad civil, encaminada a proteger y mejorar la salud de las personas. Supone una noción que va más allá de las intervenciones poblacionales o comunitarias e incluye la responsabilidad de asegurar el acceso y la calidad de la atención de salud. No está referido a la salud pública como disciplina académica, sino como una práctica social de naturaleza interdisciplinaria (Organización Panamericana de la Salud, 2000).

A partir de la evolución de las concepciones de salud pública, se reconoció su complejidad y las dimensiones que puede tomar para su abordaje, dentro de las cuales ubica “la salud pública como saber, como práctica y como situación

colectiva de bienestar” (Universidad Nacional de Colombia, 2003). Como saber, es un conjunto de conocimientos históricamente contruidos sobre la salud en sus dimensiones colectiva y social. Por otra parte, la salud pública es una práctica científica multidisciplinaria en permanente construcción, emprendida por la sociedad, el Estado y las personas, para crear y mantener en una sociedad determinada, las condiciones legales, económicas, políticas, culturales y ambientales necesarias para hacer posible y garantizar de manera estable el bienestar de las personas y de los diferentes colectivos en los cuales se organiza dicha sociedad. De esta manera, el saber y la práctica se conciben como un medio para lograr la situación colectiva de bienestar.

Puede leerse, en esa medida, que el concepto de salud pública ha cambiado a lo largo de la historia de la humanidad de acuerdo con el conocimiento de la realidad y de los instrumentos de intervención disponibles. Su complejidad en el mundo actual hace de ella un elemento sólido multidireccional que justifica las múltiples miradas desde las cuales ha sido abordada.

1.6.4 Determinantes sociales e inequidades en salud

En la evolución de los conceptos de salud y salud pública, abordados arriba, se evidenció que la participación de múltiples factores que inciden en la enfermedad es una postura que ha ido cobrando fuerza desde mediados del siglo XX. Estos factores no necesariamente son intrínsecos o propios del individuo, sino que también incluyen aspectos externos que influyen en la vida de las personas y las comunidades, y que pueden afectar positiva o negativamente su estado de salud. La OMS ha definido estos aspectos como los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), concebidos como:

las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas (Organización Mundial de la Salud, 2015).

En general el término DSS se emplea para referirse a todos aquellos aspectos o factores no médicos que influyen en la salud, en los cuales se incluyen actitudes,

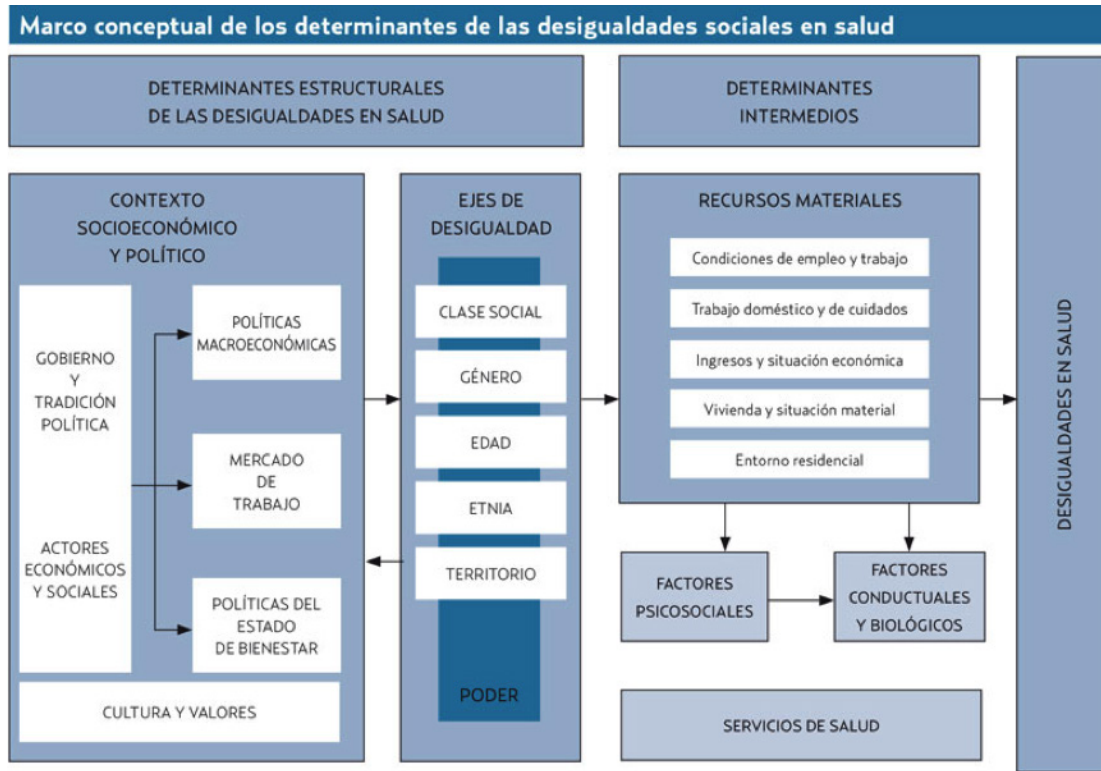
creencias y conocimientos (Braveman *et al.*, 2011). Sin embargo, existen diversidad de posturas conceptuales que se han plasmado en distintos modelos, lo cual involucra tanto el contexto en el que se espera analizar su dinámica, así como la relación y proximidad con los individuos, las vías de causalidad, el grado de afectación en la salud, así como la posibilidad de ser modificados (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

A pesar de esta diversidad de modelos, Colombia, como muchos otros países, adoptó el modelo propuesto por la OMS a través de la Comisión de los DSS con el propósito de tener una misma línea de trabajo y un derrotero común en la formulación de sus políticas (Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2009). Ejemplos de dos iniciativas importantes que han incorporado esta perspectiva a nivel nacional son el Plan Nacional de Desarrollo y el Plan Decenal de Salud Pública, y a nivel internacional los ODS.

Según el nivel de proximidad y la posibilidad de ser modificados, los DSS pueden ser estructurales o intermedios. Los estructurales, que usualmente son los más distantes al individuo y, por tanto, los más complejos de modificar en el corto plazo, hacen referencia a todo el contexto sociopolítico, incluyendo las políticas públicas de índole social, económico y laboral, así como la cultura y valores propios de la población. Dentro de los estructurales hay una categoría que, si bien no son lejanos al individuo, es difícilmente modificables en el corto plazo, conocida como “ejes de desigualdad”, que hace referencia a aspectos como etnia, género, territorio, edad y clase social, los cuales influyen en las diferencias en las condiciones de salud y de enfermedad entre grupos sociales y poblaciones.

Los determinantes intermedios son los recursos materiales asociados a las circunstancias de vida de las personas, a sus factores psicosociales, los factores conductuales y biológicos, así como a los servicios y sistemas de salud. Estos determinantes, al ser más cercanos al individuo, pueden ser modificables o controlables en el corto plazo. En la ilustración 3 se especifica la estructura propuesta desde el marco conceptual de los DSS y cómo estos se consideran elementos de análisis de las desigualdades en salud:

Ilustración 3. Determinantes de las Inequidades en salud



Fuente: *Determinantes e inequidades en salud OPS, 2012.*

El desarrollo del modelo de los DSS, además de brindar una perspectiva más holística del proceso salud-enfermedad y de incorporar aspectos que muchas veces se salen del dominio de las personas y que pueden afectar negativamente su salud, presenta un gran aporte al introducir el concepto de inequidad en salud (Diderichsen *et al.*, 2011; Organización Panamericana de la Salud, 2012). Este ya se venía abordando en la década de los años 80, cuando los 32 Estados pertenecientes a la regional europea de la OMS acordaron 38 objetivos regionales para el año 2000. De estos objetivos, el primero apuntaba a la disminución de brechas en las condiciones de salud de los países y grupos poblacionales a través de la mejora del estado de salud de los más desfavorecidos. Los demás subyacían sobre este principio (Whitehead, 1992).

Años después, Margareth Whitehead acuñó una de las definiciones más usadas con respecto a las inequidades en salud en el texto *The concepts and principles of equity in*

health, quien afirma que las inequidades en salud son todas “aquellas diferencias en salud innecesarias, evitables y además incorrectas e injustas” (Whitehead, 1992). Ya que los DSS pertenecen a la ruta de acción de gran parte de las políticas públicas en salud a nivel nacional e internacional, y son una herramienta importante para favorecer un abordaje integral en el diagnóstico, planeación y ejecución de las acciones en salud pública con un enfoque en la garantía del derecho a la salud a partir de una perspectiva de equidad, es fundamental que los profesionales de la salud estén ampliamente familiarizados con esta perspectiva y que adquieran competencias en su aplicación dentro de la atención en salud a todo nivel.

1.6.5 Sistemas de información en salud

Teniendo en cuenta los cambios en las dinámicas sociales a nivel global en el siglo XX, así como el rápido crecimiento de la población a nivel mundial, cada vez se hacía más difícil tener un conocimiento pleno de los acontecimientos, cambios y tendencias de distintos fenómenos que ocurrían en la población. Esto no solo implicaba la toma de decisiones “a ciegas”, sino que además repercutía en la formulación de políticas públicas que no eran pertinentes ni al contexto ni a las necesidades de la población, lo cual provocaba pérdidas considerables de recursos públicos y poco alcance de las acciones llevadas a cabo. Los avances tecnológicos y científicos de las últimas décadas (especialmente en términos de sistemas de información), fueron incorporados en la medición y seguimiento de la situación de las poblaciones en distintos sectores, incluso en ámbitos de la salud.

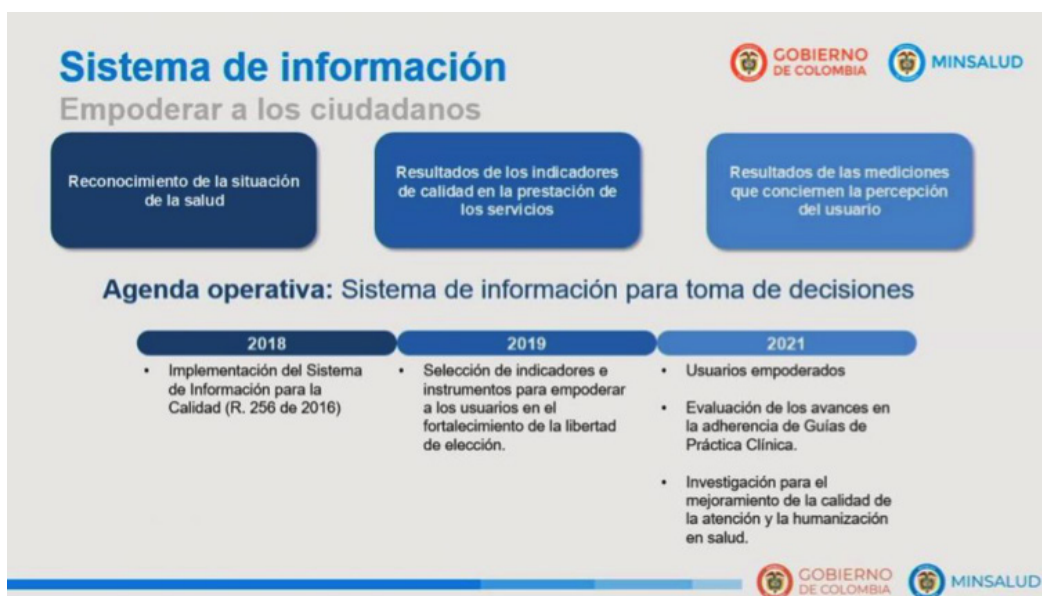
Los Sistemas de Información en Salud (en adelante SIS) constituyen el núcleo principal de soporte para la toma de decisiones en las instituciones y los sistemas de salud. Dentro de los SIS, los indicadores de salud (IS) reflejan numéricamente los eventos medidos en el proceso salud-enfermedad de las poblaciones. Estos SIS tienen como propósito recopilar, integrar, organizar y almacenar toda la información en salud disponible de una población determinada, con el propósito de poder analizarla para facilitar la toma de decisiones y la evaluación de acciones (Canela-Soler *et al.*, 2010). Sin embargo, aunque esto es muy útil, requiere criterios unificados para garantizar que su aplicación cumpla con su objetivo, que es el de poder medir a lo largo del tiempo los eventos relacionados con la salud de las poblaciones, así como las acciones que se han llevado a cabo para tomar nuevas decisiones según las necesidades. Esta unidad de criterios se ve reflejada en lo que se conoce como

indicadores de salud, que son medidas que se han definido o estandarizado con el propósito de calcular la mortalidad y la morbilidad de las poblaciones.

Si bien el uso de indicadores de salud data de culturas antiguas, es en el siglo XVII, en el transcurso del desarrollo formal de la salud pública como disciplina, cuando se empezó a medir con más rigor la frecuencia de algunas causas de muerte y enfermedad (Londoño-Fernández, 2010). Posteriormente, a principios del siglo XX, se empezó a consolidar la epidemiología, ciencia que se encarga de estudiar la dinámica y distribución de las enfermedades y la mortalidad en la población, la cual emplea los indicadores de salud (López-Moreno *et al.*, s/f).

En Colombia, desde el 2012, el Ministerio de Salud y Protección Social inicia un trabajo de centralización de la información a través del Sistema Integral de Información de la Protección Social (en adelante SISPRO). Desde el 2016, se dictaron las disposiciones del Sistema de Información para la calidad y se establecieron los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud mediante la Resolución 256. En la ilustración 4 se muestra la agenda operativa propuesta para la implementación del Sistema de Información para la toma de Decisiones considerando la línea de base existente y los indicadores de calidad y percepción de los usuarios.

Ilustración 4. Agenda Operativa Sistema de Información MSPS



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social.

Los indicadores de salud cuentan con unos parámetros de medición y operatividad que han sido establecidos y acordados por disciplinas como la epidemiología, la bioestadística y la salud pública, y acogidos por entidades de alcance internacional como la OMS (Organización Panamericana de la Salud, s/f). Adicionalmente, los SIS apoyan los procesos de vigilancia en salud y gestión del conocimiento (Montaño *et al.*, 2013). En ese sentido, es de vital importancia que los profesionales de la salud no solo estén en capacidad de reconocer e interpretar dichos indicadores, sino que puedan apoyar la toma de decisiones y los diagnósticos poblacionales a través del uso de los indicadores de salud. Por esta razón, la identificación e interpretación de indicadores epidemiológicos básicos de morbilidad y mortalidad hacen parte de las competencias que evalúa este módulo.

1.6.6 La salud pública en Colombia

A partir del reconocimiento de la complejidad del concepto de la salud y la implementación de la salud pública, es necesario determinar los elementos que configuran su aplicabilidad en el país, como el análisis de la situación de salud de los colectivos, estrategias en salud pública, la vigilancia en salud y gestión del conocimiento. Por tanto, es indispensable reconocer los elementos de cada una de estas dimensiones para luego determinar las especificaciones por evaluar en el módulo. A continuación, se exponen estos tres aspectos y su aplicabilidad en la salud pública en Colombia.

1.6.6.1 Situación de la salud de las poblaciones

La identificación de la situación de salud de las poblaciones se configura como el punto de partida para poder realizar cualquier propuesta o acción en salud pública (López-Lara, 2018; Organización Panamericana de la Salud, 2002). La OPS propuso en ese sentido el desarrollo de los análisis de la situación de salud (ASIS),

comprendido como una serie de procesos analítico-sintéticos que abarcan diversos tipos de análisis. Los ASIS permiten caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud, así como sus determinantes, sean éstos competencia del sector salud o de otros sectores. Los ASIS facilitan también la identificación de necesidades y prioridades en salud, así como la identificación de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto en salud.

Los ASIS se basan en el estudio de la interacción de las condiciones de vida y el nivel existente de los procesos de salud de un país u otra unidad geográfico-política, e incluyen como sustrato a grupos de población con diferentes grados de postergación resultante de las condiciones y calidad de vida, desigual y definida, según características específicas tales como sexo, edad, ocupación, etc., que se desarrollan en ambientes específicos. El ambiente constituye el contexto histórico, geográfico, demográfico, social, económico, cultural, político y epidemiológico de los grupos humanos, donde existen complejas relaciones de determinación y de condicionamiento (Organización Panamericana de la Salud, 1999).

Un aspecto importante en el desarrollo de los ASIS es la inclusión de los DSS, los cuales se han constituido en un eje fundamental para el desarrollo de políticas públicas y acciones en salud mucho más efectivas, intra e intersectoriales. En Colombia los ASIS se orientan por la Resolución 1536 de 2015 del MSPS (ver capítulo 1.3), y son un insumo obligatorio para el desarrollo de los Planes Territoriales en Salud (PTS) de los entes territoriales (ET). El MSPS ha elaborado los lineamientos conceptuales y metodológicos del ASIS según las orientaciones de la OPS, los cuales deben ser aplicados por los entes territoriales, responsables de su construcción y actualización periódica en sus territorios. Estos lineamientos ya incorporan el enfoque de los DSS como referente en la planeación territorial y las políticas de salud (Escobar-Díaz, 2016).

Los ASIS no solo son un mecanismo técnico del sector sanitario sino que se convierten en una herramienta política que involucra tanto a la población objeto de estudio como a los tomadores de decisiones y a los profesionales a cargo (López-Lara, 2018; Yepes y Marín, 2018). Debido a que su metodología es ampliamente difundida en las Américas, su aplicación no es exclusiva del territorio colombiano, por lo que su comprensión, análisis y desarrollo debe constituirse como parte de las competencias en salud pública que cualquier profesional de la salud debería incorporar a su formación.

Otra dimensión que se tiene en cuenta para llevar a cabo acciones en salud pública son las estrategias que se han desarrollado en las diferentes épocas de la historia, entre las que encontramos la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud y la atención primaria en salud. Las estrategias de prevención de la enfermedad y la promoción de la salud no son descritas en este marco, ya que hacen parte de otro módulo específico de las pruebas Saber Pro.

1.6.6.2 Atención primaria en salud

La atención primaria de salud (APS) es la asistencia sanitaria esencial, accesible, a un costo que el país y la comunidad puedan soportar, realizada con métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables (Organización Mundial de la Salud, 1978). La Declaración de Alma Ata subraya que todo el mundo debe tener acceso y poder participar de una atención primaria de salud. El enfoque de esta atención abarca los siguientes componentes: equidad, implicación/participación de la comunidad, intersectorialidad, adecuación de la tecnología y costes permisibles. Como conjunto de actividades, la atención primaria en salud debe incluir como mínimo la educación para la salud de los individuos y de la comunidad sobre la magnitud y naturaleza de los problemas de salud e indicar los métodos de prevención y el control de estos problemas. Otras actividades esenciales son la promoción de suministros adecuados de alimentos y una nutrición correcta; el abastecimiento de agua potable y un saneamiento básico; la asistencia sanitaria materno-infantil, incluida la planificación familiar; la inmunización; el tratamiento adecuado de enfermedades y lesiones comunes, y el suministro de medicamentos esenciales.

Según la Ley 1438 de 2011, la atención primaria en salud es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad, a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Ministerio de Salud y Protección Social, s/f-a). De esta manera, la atención primaria en salud contribuye en gran medida a abordar muchos de los prerrequisitos sanitarios anteriormente indicados. Adicionalmente, a nivel práctico, existe un amplio campo para la promoción de la salud, tanto planificada como

espontánea, a través del contacto diario entre el personal de atención primaria de salud y los individuos de su comunidad. Mediante la educación para la salud de los usuarios y la abogacía por la salud en beneficio de su comunidad, el personal de atención primaria de salud está en una situación óptima para apoyar las necesidades individuales y para influir en la formulación de las políticas y programas que afectan a la salud de su comunidad.

1.6.6.3 Vigilancia en salud y gestión del conocimiento

El Plan Nacional de Salud Pública del año 2007 definió la vigilancia en salud y la gestión del conocimiento como un conjunto de procesos sistemáticos y constantes de recolección, análisis, interpretación y divulgación de información, así como de investigación para la identificación de las necesidades de salud de la población y de la respuesta de los servicios para el mejoramiento de la salud y la calidad de vida de los colombianos (Ministerio de la Protección Social. República de Colombia, 2007). La vigilancia en salud está compuesta por los procesos de vigilancia en salud pública, vigilancia en salud en el entorno laboral, vigilancia sanitaria e inspección y vigilancia y control de la gestión del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

La gestión del conocimiento se entiende como un proceso permanente para monitorear los eventos de interés en salud pública, lo cual permite generar información útil para aunar esfuerzos, recursos, orientar estrategias y toma de decisiones por parte de todos los actores del sistema. En los últimos años ha evolucionado el concepto de vigilancia epidemiológica hacia uno de vigilancia en salud pública. De igual manera, el enfoque de la vigilancia se ha ampliado para abarcar la administración de los servicios incluyendo los procesos y el alcance. Esto implica la necesidad de fortalecer y fomentar las capacidades y los recursos para cumplir con esta función (Secretaría Distrital de Salud, s/f).

De esta manera, la vigilancia de la salud pública se concibe como una función esencial de la salud pública asociada a la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud individual y colectiva. Por tanto, es consistente en el proceso sistemático y constante de recolección, organización, análisis, interpretación, actualización y divulgación de datos específicos relacionados con la salud y sus

determinantes para la planificación, ejecución y evaluación de la práctica de la salud pública (Secretaría Distrital de Salud, s/f). Así, la vigilancia en salud pública vigila los riesgos y daños biológicos del comportamiento y del medio ambiente, tanto individuales como colectivos. Para ello emplea la notificación obligatoria y la vigilancia activa por medio de observatorios y centinelas, entre otros, así como la investigación de modelos de riesgo y enfermedad en las condiciones y eventos priorizados. Este proceso es liderado por el Instituto Nacional de Salud (INS).

Los conceptos abordados en el Plan Nacional de Salud Pública del 2007 han determinado dos líneas de acción para la salud pública relacionados con la vigilancia en salud y la gestión del conocimiento. Actualmente, estos dos aspectos se han fortalecido en el PDSP, ya que la gestión del conocimiento en salud hace parte de la estrategia de regulación de la dimensión transversal relacionada con el fortalecimiento de la autoridad sanitaria, mientras que la vigilancia epidemiológica y sanitaria es otra de las estrategias allí establecidas no solo en esta sino en otras de las dimensiones del plan. Para efectos del presente módulo y las competencias evaluadas, se tendrá en cuenta lo referente a la vigilancia en salud pública y gestión del conocimiento a partir de la vigilancia epidemiológica y los sistemas de información en salud.

El presente capítulo explica aspectos concernientes a la evaluación del módulo Atención en Salud, como el objeto de evaluación, las especificaciones, diseño y características de la prueba.

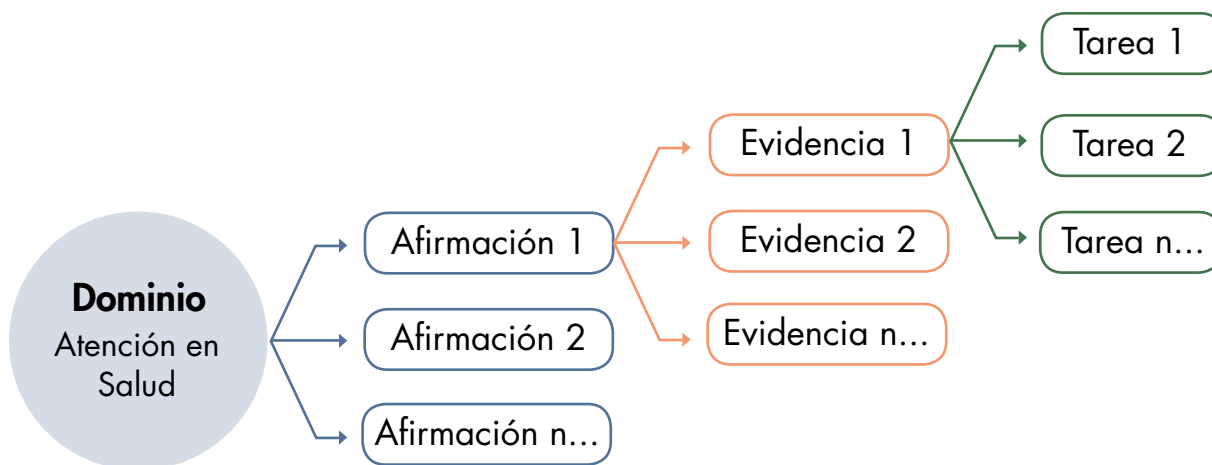
2.1 Metodología del diseño del módulo

Para garantizar que una prueba evalúe lo que efectivamente se quiere evaluar, el Icfes utiliza el diseño centrado en evidencias —DCE— (Icfes, 2019). Esta metodología permite inferir, a partir de la recolección de una serie de evidencias, si un evaluado posee o no los conocimientos, habilidades o destrezas definidos en el objeto de evaluación (ver apartado 2.2). En esa medida, esta metodología plantea que, para diseñar evaluaciones, se deben tener en cuenta tres premisas: (a) una evaluación debe estar diseñada a partir de un dominio y debe buscar comprender cómo los conocimientos, habilidades y destrezas se adquieren y se usan; (b) las inferencias que se hacen sobre lo que los evaluados saben, pueden hacer o deben hacer, deben estar basadas en las evidencias recogidas por medio de la evaluación, y (c) el propósito de la evaluación debe ser lo que motive la toma de decisiones en cuanto a su diseño, teniendo en cuenta los recursos disponibles, las limitaciones y los posibles usos que se hagan de la prueba.

Para garantizar que una evaluación evalúe con validez y confiabilidad, el DCE propone una serie de pasos que permiten desagregar y generar un puente entre lo que se quiere evaluar (los conocimientos, habilidades o destrezas) y las tareas o pruebas que debería desarrollar un evaluado para dar cuenta de ello. El primer paso es determinar aquello específico de un área de conocimiento (o de un conjunto de habilidades y destrezas) que se espera que los evaluados sean capaces de saber-hacer. A esto se le conoce como afirmación, la cual, muchas veces es extraída de los estándares de educación. El segundo paso consiste en determinar aquello que debería mostrar un evaluado que permita inferir que posee la afirmación hecha. Esto es, se trata de la formulación de aspectos observables en los evaluados que permitan obtener información sobre el nivel de adquisición de las afirmaciones planteadas. Este segundo paso se conoce como evidencias, las cuales permiten articular aquello que debería saber un evaluado con las tareas específicas que se le pide ejecutar. El último paso es, precisamente, las tareas. Estas son una serie de situaciones concretas que se le plantean a los evaluados y que permiten dar cuenta de aquello necesario

para observar las evidencias planteadas. En síntesis, las tareas son la presentación material y el trabajo específico que debería ejecutar un evaluado para obtener una evidencia sobre aquello que debería saber-hacer (la afirmación) y, así, poder estimar el nivel de adquisición de una serie de conocimientos habilidades o destrezas. En la ilustración 5 se presenta la forma en la que se desagregan y estructuran estos pasos.

Ilustración 5. Pasos de la metodología diseño centrado en evidencias



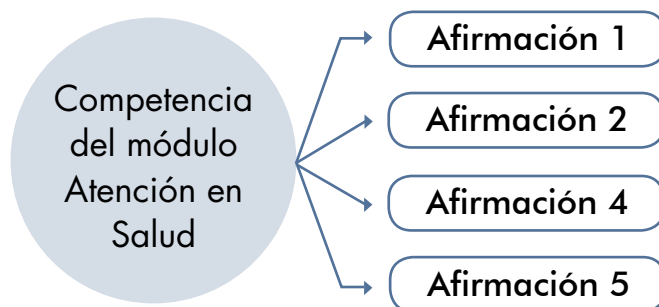
2.2 Objeto de evaluación del módulo

Teniendo en cuenta que uno de los objetivos del presente marco de referencia es evidenciar las competencias que se evalúan en el módulo Atención en Salud, el concepto de *competencia* se vuelve central. Esta noción, “históricamente referida al contexto laboral, ha enriquecido su significado en el mundo de la educación en donde es entendida como saber hacer en situaciones concretas que requieren la aplicación creativa, flexible y responsable de conocimientos, habilidades y actitudes” (Ministerio de Educación Nacional de Colombia, 2006, p. 12). Por tanto, se entiende que las competencias son las habilidades necesarias para aplicar de manera flexible los conocimientos en diferentes contextos. En este sentido, enfrentarse al examen Saber Pro no significa solamente conocer conceptos o datos, sino que implica saber cómo emplear dichos conceptos para resolver problemas en situaciones de la vida cotidiana en los diferentes campos profesionales.

Teniendo en cuenta esta definición de competencia, la competencia del módulo es evaluar en los estudiantes próximos a culminar los programas académicos de pregrado del área de la salud, la aplicación de conceptos básicos de la salud pública que les permita la priorización de las acciones a seguir de acuerdo con las condiciones de salud del individuo, la familia y la comunidad, en el marco político y normativo nacional e internacional.

De acuerdo con el diseño centrado en evidencias, de esta competencia se desagregan cuatro afirmaciones, que permiten evidenciar la apropiación por parte de los evaluados de la competencia, como se muestra en la ilustración 6.

Ilustración 6. Desagregado de la competencia en afirmaciones



2.3 Especificaciones del módulo

El detalle las áreas de dominio con sus respectivas afirmaciones, así como los desempeños asociados, especificados a través de las evidencias, se explicarán a continuación.

Afirmación 1

Analiza los determinantes personales, sociales, económicos y ambientales que influyen en el estado de salud del individuo, la familia y la comunidad, para la priorización de acciones a seguir.

En esta afirmación se evalúa el dominio definido como la situación de salud del individuo, la familia y la comunidad y sus determinantes. En esta afirmación se incluye la elaboración de diagnósticos poblacionales o diagnósticos de la situación de salud que, desde el enfoque de los DSS, permita comprender los factores o condicionantes que afectan la salud de las poblaciones y dar respuestas interdisciplinarias e intersectoriales que aborden las problemáticas de manera integral. Desde esta dimensión se evalúa el reconocimiento por parte de los estudiantes de las condiciones personales, sociales, económicas y ambientales que influyen en el estado de salud del individuo, la familia y la comunidad, y las relaciones que entre sí emergen. Como se muestra en la tabla 1, esta afirmación está compuesta por dos evidencias.

Tabla 1. Evidencias de la afirmación 1

Afirmación	Evidencia
1. Analizar los determinantes personales, sociales, económicos y ambientales que influyen en el estado de salud del individuo, la familia y la comunidad, para la priorización de acciones a seguir.	1.1 Reconoce los determinantes de la salud relacionados con las condiciones de salud del individuo, la familia y la comunidad. 1.2 Aplica los conocimientos de los determinantes sociales de la salud, en la selección de acciones de intervención de las condiciones potencialmente modificables del individuo, la familia y la comunidad.

Afirmación 2

Propone acciones de diagnóstico, ejecución y evaluación en el marco de políticas y lineamientos en salud vigentes.

En esta afirmación se evalúa el dominio definido como las estrategias en salud pública. Esta área incluye las intervenciones que en el marco de la salud pública se puedan llevar a cabo para resolver problemáticas y potencializar la calidad de vida y el desarrollo humano de las poblaciones. A lo largo de la historia, estas estrategias han sido planteadas de acuerdo con el paradigma de conocimiento imperante. Dentro de estas estrategias encontramos la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la atención primaria en salud, estrategias presentes en todos los programas universitarios de las profesiones de la salud.

Es importante resaltar que dentro de este módulo se tienen en cuenta únicamente acciones de diagnóstico, ejecución y evaluación en el marco de la estrategia atención primaria en salud, la cual es una de las estrategias planteadas dentro de las políticas internacionales, para lograr la equidad en salud, la participación social y el desarrollo de las poblaciones. Y se reitera que las estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad no serán evaluadas en este módulo, ya que se tratarán en el módulo de Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Como se indica en la tabla 2, esta afirmación está compuesta por 2 evidencias:

Tabla 2. Evidencias de la afirmación 2

Afirmación	Evidencia
2. Proponer acciones de diagnóstico, ejecución y evaluación en el marco de políticas y lineamientos en salud vigentes.	2.1 Identifica los componentes y los procesos de organización y participación social de la atención primaria en salud. 2.2 Identifica acciones de diagnóstico, programación, ejecución y evaluación en una situación de salud.

Afirmación 3

Reconoce la política y la normatividad nacional y los acuerdos internacionales suscritos por el Estado colombiano relacionados con salud pública y los aplica en situaciones concretas que afectan la salud del individuo, la familia y la comunidad.

En esta afirmación se evalúa el dominio definido como la normatividad nacional y acuerdos internacionales vigentes en salud pública. Esta área de dominio hace énfasis en la normatividad planteada dentro del sistema general de seguridad social integral, específicamente, en lo referente al sistema general de seguridad social en salud y la salud pública —comprendiendo que el área de salud es un componente de la salud pública (Ley 9 de 1979)—, las reformas al sistema general de seguridad social en salud relacionadas con acciones en salud pública (Ley 1122 de 2007 y Ley 1438 de 2011), así como todas las leyes, resoluciones y decretos reglamentarios vigentes al momento de la prueba asociados a la Salud Pública en el marco de su operatividad en los territorios desde la Atención Primaria en Salud. Tal es el caso del Plan de Intervenciones Colectivas y el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, como escenarios de evaluación de las competencias.

Frente a los acuerdos internacionales se retoman aquellos que han tenido un alcance en la legislación nacional en salud pública, como la Declaración de Alma Ata de 1978, la Carta de Ottawa de 1986 y la Declaración de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en el marco de la Agenda 2030, así como los acuerdos más importantes para la generación e implementación de políticas, planes y programas en el país.

Cabe resaltar que, para el desarrollo del módulo, se tienen en cuenta la pérdida de vigencia o cambio de una norma, de manera que en caso de ser necesario se realizarán las respectivas modificaciones acorde con la normatividad vigente, manteniendo de esta manera el módulo actualizado de acuerdo con los cambios que se presenten y asegurando la vigencia de las normas. A partir del reconocimiento de la legislación nacional e internacional, los evaluados aplican los conceptos desarrollados en estos documentos en problemáticas concretas que afectan la salud de las poblaciones.

Como se puede observar en la tabla 3, esta afirmación está compuesta por 2 evidencias, de acuerdo con el diseño centrado en evidencias.

Tabla 3. Evidencias de la afirmación 3

Afirmación	Evidencia
<p>3. Reconocer la política y la normatividad nacional y los acuerdos internacionales suscritos por el Estado colombiano, relacionados con salud pública y los aplica en situaciones concretas que afectan la salud del individuo, la familia y la comunidad.</p>	<p>3.1 Relaciona la política y la normatividad nacional vigente con las acciones implementadas en salud pública.</p> <p>3.2 Aplica los acuerdos internacionales suscritos por el Estado colombiano en las acciones implementadas en salud pública.</p>

Afirmación 4

Integra el proceso de sistematización de la información, relacionada con la salud del individuo, familia y comunidad en la priorización de acciones.

En esta afirmación se evalúa el dominio definido como la vigilancia en salud pública y gestión del conocimiento. Esta dimensión es comprendida como un conjunto de procesos sistemáticos y constantes de recolección, análisis, interpretación, divulgación de información y de identificación de las necesidades de salud de la población para la respuesta de los servicios en el mejoramiento de esta y la calidad de vida de los colombianos. Dentro de la dimensión, el evaluado identifica indicadores de salud y datos sociodemográficos planteados en los perfiles epidemiológicos, los cuales deben ser interpretados para comprender la situación de salud de las poblaciones. Como se puede observar en la tabla 4, esta afirmación se desagrega en 2 evidencias.

Tabla 4. Evidencias de la afirmación 4

Afirmación	Evidencia
4. Integrar el proceso de sistematización de la información relacionada con la salud del individuo, la familia y la comunidad en la priorización de acciones.	4.1 Aplica los elementos del proceso de sistematización para la organización de la información en salud. 4.2 Comprende información relacionada con la salud de las poblaciones para la priorización de acciones.

2.4 Características del módulo

2.4.1 Qué evalúa y qué no evalúa el módulo

De acuerdo con las especificaciones, (capítulo 2.3) , las áreas evaluadas en el módulo Atención en Salud son:

- Situación de salud del individuo, la familia y la comunidad (DSS).
- Estrategias en salud pública (APS).
- Sistema General de Seguridad Social Integral, legislación nacional e internacional vigente.
- Vigilancia en salud pública y gestión del conocimiento (SIS y Vigilancia epidemiológica).

Las áreas definidas permiten reconocer en los estudiantes la aplicabilidad del conocimiento en salud y la toma de decisiones frente a las condiciones específicas en salud de los colectivos.

De acuerdo con lo anterior, este módulo no incluye dimensiones relacionadas con la comprensión de aspectos evolutivos del proceso de salud enfermedad, el concepto de salud y salud pública, así como sus teorías y paradigmas, que son abordados desde distintos puntos de vista según el tipo de programa y la relevancia que tengan para este.

Es importante aclarar que dentro de las estrategias en salud pública se plantean únicamente las relacionadas con la atención primaria en salud, ya que, debido a la extensión e importancia de los temas y las estrategias relacionadas con la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, estas últimas serán desarrolladas en otro módulo, el cual también se ofrece a los estudiantes del área de la salud.

2.4.2 Distribución de preguntas en el módulo

La distribución de las preguntas que reciben los estudiantes de acuerdo con matriz de especificaciones se realiza teniendo en cuenta la distribución por afirmación de la siguiente manera:

Tabla 5. *Distribución de ítems por afirmación*

Afirmaciones	Distribución porcentual de preguntas
1. Analizar los determinantes personales, sociales, económicos y ambientales que influyen en el estado de salud del individuo, la familia y la comunidad, para la priorización de acciones a seguir.	30 %
2. Proponer acciones de diagnóstico, ejecución y evaluación en el marco de políticas y lineamientos en salud vigentes.	30%
3. Reconocer la política y la normatividad nacional y los acuerdos internacionales suscritos por el Estado colombiano, relacionados con salud pública y los aplica en situaciones concretas que afectan la salud del individuo, la familia y la comunidad.	20 %
4. Integrar el proceso de sistematización de la información relacionada con la salud del individuo, la familia y la comunidad en la priorización de acciones.	20 %

Referencias

Adhanom, T. (2017). La salud es un derecho humano fundamental. OMS.

Alcaldía Mayor de Bogotá. (2007). *La Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud, una vía hacia la Equidad y el Derecho a la Salud* (Grupo Guillermo Fergusson (ed.)).

Así Vamos en Salud. (s/f). Resolución 518 de 2015. Recuperado el 20 de septiembre de 2020, de <https://www.asivamosensalud.org/politicas-publicas/normatividad-resoluciones/salud-publica/resolucion-518-de-2015-directrices-para>

Así Vamos en Salud. (s/f). Resolución 1536 de 2015 - *Planeación Integral para la salud*. Recuperado el 24 de septiembre de 2020, de <https://www.asivamosensalud.org/politicas-publicas/normatividad-resoluciones/planeacion-integral-en-salud/resolucion-1536-de-2015>

Battistella, G. (s/f). *Salud y Enfermedad*. Recuperado el 23 de septiembre de 2020, de https://issuu.com/cedss/docs/el_proceso_salud_enfermedad

Blanco, J. H., & Maya, J. M. (2013). *Fundamentos de Salud Pública* (Tercera Ed). Corporación para las Investigaciones Biológicas.

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

Camargo, D. A., Rodríguez, Y. L., & Bernardo, C. T. (2011). CALASS 2011. *El sistema único de habilitación en salud en las acciones de salud pública. Una mirada desde la fisioterapia*, 20.

Canela-Soler, J., Elvira-Martínez, D., Labordena-Barceló, M. J., & Loyola-Elizondo, E. (2010). Sistemas de Información en Salud e indicadores de salud: una perspectiva integradora. *Medicina Clínica*, 134(SUPPL. 1), 3–9. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(10\)70002-6](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(10)70002-6)

- Congreso de la República de Colombia. (1993). *Ley 100 de 1993*.
- Congreso de la República de Colombia. (2001). *Ley 715 de 2001*. <https://doi.org/10.1007/s10479-013-1321-8>
- Congreso de la República de Colombia. (2007). *Ley 1164 de 2007*. Diario Oficial, 2007(Octubre 3), 1–30.
- Congreso de la República de Colombia. (2015). *Ley Estatutaria 1751 de 2015*. En Diario oficial (Número 49.427, p. 13).
- Departamento Nacional de Planeación. (2018). *Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 Pacto por Colombia, pacto por la equidad*.
- Diderichsen, F., Evans, T., y Whitehead, M. (2011). The social basis of disparities in health. En T. Evans (Ed.), *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action*. Oxford University Press.
- Escobar-Díaz, F. (2016). *Análisis de Situación de Salud: su importancia en la implementación por las entidades territoriales de Colombia*, 2016.
- Espinete, F. (1977). *Historia Universal Planeta* (J. M. Lara Hernández (ed.); 1a ed.). Editorial Planeta S.A.
- Figueroa García-Huidobro, R. (2013). El Derecho a la Salud. *Estudios constitucionales*, 11(2), 283–332. <https://doi.org/10.4067/s0718-52002013000200008>
- Hanlon, J. J. (1969). *Principles of Public Health Administration* (5a ed.). Mosby.
- ICFES. (2016). *Documentación del examen Saber PRO*.
- León Castro, J. C., Gálvez Domínguez, D. M., y Arcas Patricio, M. Á. (2006). *Fisioterapeutas del Servicio Gallego de Salud*. En *Fisioterapeutas del Servicio Gallego de Salud*.

Londoño-Fernández, J. L. (2010). *Metodología de la investigación epidemiológica*. Editorial El Manual Moderno.

López-Lara, R. (2018). El análisis de situación de salud poblacional en América Latina y el Caribe, entre 2000 y 2017. Reflexiones y desafíos. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 36(3), 18–30. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v36n3a03>

López-Moreno, S., Garrido-Latorre, F., En, M., y Hernández-Avila, M. (s/f). *Desarrollo histórico de la epidemiología: su formación como disciplina científica*.

Ministerio de Educación Nacional de Colombia. (2006). *Estándares Básicos de Competencias*.

Ministerio de la Protección Social. República de Colombia. (2007). Decreto Número 3039 De 2007. 10 De Agosto.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Observatorio para Medición de Desigualdades y Análisis de Equidad en Salud ODES COLOMBIA*. Imprenta Nacional.

Ministerio de Salud y Protección Social. (s/f-a). *Atención Primaria en Salud*. Recuperado el 24 de septiembre de 2020, de <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Atencion-primaria-en-salud.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (s/f-b). *Plan de intervenciones colectivas*. Recuperado el 20 de septiembre de 2020, de <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/Paginas/plan-de-intervenciones-colectivas.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. La salud en Colombia la construyes tú*.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Política Nacional de Talento Humano en Salud*.

Montaño, J. I., Rengifo, H., Rivillas, J. C., & Ospina, M. L. (2013). Gestión del conocimiento y fuentes de información para la salud en Colombia. *Monitor Estratégico*, 4.

Organización de Naciones Unidas. (2015). Objetivos de Desarrollo del Milenio Informe de 2015. *En Naciones Unidas*. <https://doi.org/10.1108/17427370810932141>

Organización de Naciones Unidas. (2020). *Objetivos y metas de desarrollo sostenible*.

Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*.

Organización Mundial de la Salud. (1978). *Alma-Ata 1978. Atención Primaria de Salud. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*.

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Documentos Básicos 48ª Edición*.

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Determinantes sociales de la salud*. World Health Organization. http://www.who.int/social_determinants/es/

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Declaración de Shanghai sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*.

Organización Panamericana de la Salud. (s/f). *Sistemas de Información para la Salud / Information Systems for Health. (IS4H) - RELAC SIS*. Recuperado el 25 de septiembre de 2020, de <https://www.paho.org/relacsis/index.php/en/webinars-relacsis/1077-sistemas-de-informacion-para-la-salud-information-systems-for-health-is4h>

Organización Panamericana de la Salud. (1999). ¿Qué se entiende por ASIS? *Boletín Epidemiológico*. OPS, 20(3).

Organización Panamericana de la Salud. (2000). Funciones Esenciales de Salud Pública. *52ª Sesión del Comité Regional*.

Organización Panamericana de la Salud. (2002). *La Salud Pública en las Américas. Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción*.

Organización Panamericana de la Salud. (2012). Determinantes e Inequidades en Salud. *En Salud en las Américas* (pp. 12–59). Organización Panamericana de la Salud.

Perea, R., y Hernando, M. A. (2007). *Concepto de Salud: Su evolución histórica y cultural*. UMED; OCW UPM.

Pretelt, J. D. J. (2017). El derecho a la salud en Colombia: evolución y defensa frente a un estado que dista de ser garante. *Revista avances en salud*, 51–54. <https://doi.org/10.21897/25394622.1222>

Quevedo, E. (2004). Cuando la higiene se volvió pública. *Rev. Fac. Med.* (Bogotá).

Rodrigo-Cano, D., Josep Picó, M., y Dimuro, G. (2019). Los Objetivos de Desarrollo Sostenible como marco para la acción y la intervención social y ambiental. *Retos*, 9(17), 25–36. <https://doi.org/10.17163/ret.n17.2019.02>

Rosen, G. (1993). *A History of Public Health*. JHU Press.

Secretaría Distrital de Salud. (s/f). *Vigilancia En Salud Pública Y Gestión Del Conocimiento (Documento Marco 2011 2012)*. Recuperado el 24 de septiembre de 2020, de <http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Paginas/default.aspx>

Terris, M. (1992). Concepts of health promotion: Dualities in public health theory. *Journal of Public Health Policy*, 13(3), 267–276. <https://doi.org/10.2307/3342727>

Tobar, F. (2017). *La atención de la salud | DELS*. <http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/la-atencion-de-la-salud>

Torres-Tovar, M. H. (2009). Determinantes sociales de la salud, derecho a la salud y APS: vínculo para enfrentar las causas de fondo de los problemas de salud. En F. Barten, M. Rovere, & E. Espinoza (Eds.), *Salud para todos una meta posible. Pueblos movilizados y gobiernos comprometidos en el nuevo contexto global* (pp. 189–198). IIDE América Latina publicaciones.

Universidad Nacional de Colombia. (2003). *Propuesta de Programa Interfacultades Doctorado en Salud Pública, Documento Informe Técnico*.

Velez Arango, A. L. (2007). Nuevas dimensiones del concepto de salud: El derecho a la salud en el Estado Social de Derecho. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12, 63–78.

Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International journal of health services : planning, administration, evaluation*, 22(3), 429–445.

Winslow, C. E. A. (1920). *The untilled fields of public health*. *Science*, 51(1306), 23–33. <https://doi.org/10.1126/science.51.1306.23>

Yepes, C. E., y Marín, Y. A. (2018). Desafíos del análisis de la situación de salud en Colombia. *Biomédica*, 38, 162–172. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v38i0.3594>



La educación
es de todos

Mineducación