

## Aproximación crítica al Plan Decenal de Salud Pública de Colombia 2012-2021 desde la Salud Colectiva

Critical Approach to 2012-2021 Colombian Ten-Year Public Health  
Plan from Collective Health

Dora Cardona Rivas<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-5378-3518>

Pedro Enrique Villasana López<sup>2\*</sup> <https://orcid.org/0000-0001-8713-8202>

<sup>1</sup>Universidad Autónoma de Manizales. Colombia.

<sup>2</sup>Universidad de Los Lagos. Departamento de Salud. Puerto Mont, Chile.

\*Autor para la correspondencia: [pedro.villasana@ulagos.cl](mailto:pedro.villasana@ulagos.cl)

### RESUMEN

**Introducción:** Colombia, a través del Ministerio de Salud, desarrolló un Plan Decenal de Salud Pública durante 2012-2021. En 2019 se presentó un Informe técnico de Avance de Metas cuyos resultados dan lugar a cuestionamientos que se considera pertinente señalar.

**Objetivo:** Analizar los resultados del Plan Decenal de Salud Pública Colombia 2012-2021 con base en el enfoque de Salud Colectiva.

**Métodos:** Se realizó una sistematización del Informe técnico de Avance de metas, período 2012-2019, del cual se obtuvieron los objetivos y resultados por dimensiones, las cuales se describieron y analizaron. Los resultados obtenidos fueron: El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, que orientó su acción en tres objetivos estratégicos: avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la

salud; mejorar las condiciones de vida y salud de los habitantes y mantener cero tolerancias con la mortalidad y discapacidad evitable. Las metas se orientaron hacia la reducción de la mortalidad, morbilidad y control de algunos riesgos, como los ambientales y los comportamentales, con énfasis en las enfermedades no transmisibles. Los resultados no dan cuenta del cumplimiento/logro de los objetivos del Plan.

**Conclusiones:** La fundamentación y operacionalización del PDSP 2012-2021 revela el foco en los determinantes sociales Vs. la determinación social; la enfermología pública Vs. la salud colectiva; una racionalidad instrumental Vs. una racionalidad dialéctica que no se comparecen con lo declarado en el plan respecto a los objetivos propuestos.

**Palabras clave:** plan; salud pública; resultados; determinantes; Colombia.

## ABSTRACT

**Introduction:** Colombia, through the Ministry of Health, developed a Ten-Year Public Health Plan during 2012-2021. In 2019, a Technical Report on the Advancement of Goals was presented, the results of which give rise to questions that are considered relevant to point out.

**Objective:** To analyze the results of 2012-2021 Colombian Ten-Year Public Health Plan based on the Collective Health approach.

**Methods:** A systematization of the Technical Report on Progress of Goals for the period 2012-2019 was carried out, from which the objectives and results by dimensions were obtained that were described and analyzed. The results obtained were: The Ten-Year Public Health Plan 2012-2021, guided its action on three strategic objectives: moving towards guaranteeing the effective enjoyment of the right to health; improving the living and health conditions of the inhabitants and maintaining zero tolerance for avoidable mortality and disability. The goals were

oriented towards reducing mortality, morbidity and controlling some risks, such as environmental and behavioral risks, with emphasis on non-communicable diseases. The results do not account for compliance or achievement of the Plan's objectives.

**Conclusions:** The foundation and operationalization of the 2012-2021 PDSP reveals the focus on social determinants vs. social determination; public sickology vs. collective health; an instrumental rationality vs. a dialectical rationality that does not correspond to what was declared in the plan regarding the proposed objectives

**Keywords:** plan; public health; results; determinants; Colombia.

Recibido: 15/01/2023

Aceptado: 04/04/2024

## Introducción

El Plan Decenal de Salud Pública de Colombia 2012-2021 (PDSP) se enmarca en el derecho fundamental a la salud establecido en la Constitución Política de 1991, en la Corte Constitucional y en la Ley 1450 de 2011.<sup>(1,2,3,4)</sup> Su formulación se realiza de acuerdo con el mandato establecido en los artículos 4, 6 y 7 de la Ley 1438 de 2011, el Decreto 4107 de 2011 y la Resolución 4110 de 2012,<sup>(5,6,7)</sup> y fue reglamentado en 2012 y 2013. El PDSP asume un abordaje con múltiples enfoques: la salud como un derecho, el enfoque diferencial, el enfoque poblacional y el modelo conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud. Los objetivos comprometidos por el PDSP fueron: 1) avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud; 2) mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y

disminuyen la carga de enfermedad existente y 3) mantener cero tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitable.

El logro de los objetivos se planteó a través de la definición de dimensiones prioritarias y transversales. Las primeras remiten a los problemas centrales que aquejan a la sociedad de acuerdo al análisis de la situación de salud (ASIS): Salud ambiental, vida saludable y condiciones no transmisibles, convivencia social y salud mental, seguridad alimentaria y nutricional, sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, vida saludable y enfermedades transmisibles, salud pública en emergencias y desastres, salud y ámbito laboral.

Las segundas, a aquellos problemas que deben estar presentes de manera permanente en todos los momentos del plan, a saber, gestión diferencial de poblaciones vulnerables y fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud. El PDSP se despliega mediante estrategias y acciones para cada una de las dimensiones prioritarias. Su instauración se da desde el año 2013 con acompañamiento, asesoría técnica y capacitación al talento humano en los territorios; procesos de planeación (actualización del ASIS, movilización social, coordinación transectorial, formulación cuatrianual del Plan Territorial de Salud y del Plan Operativo Anual, así como el monitoreo y evaluación de estos).<sup>(8)</sup> En el año 2020, se procede a la evaluación del Plan con base en el comportamiento de las dimensiones prioritarias y transversales en términos de las metas propuestas, y un primer informe técnico da cuenta de los indicadores de gestión y de resultados.<sup>(9)</sup> Para el reconocimiento de las fuentes de información se tomó como referente lo consolidado en el informe del período 2012-2018,<sup>(10)</sup> cuyos indicadores fueron obtenidos de las estadísticas vitales, sistema nacional de vigilancia en salud pública (SIVIGILA), programa ampliado de inmunizaciones, cuentas de alto costo e *International Agency for Research of Cancer*. La situación nutricional fue obtenida de la información de la Encuesta nacional de Situación Nutricional en Colombia 2010-

2015. Otras encuestas también fueron incluidas para consumo de psicoactivos y otros. La población corresponde a los datos del censo 2005.

Con base en las comparaciones entre los valores de las líneas de base y su comportamiento en los años 2018-2019 se analizaron el logro de los objetivos del PDSP 2012-2021 y las relaciones entre los resultados alcanzados con las perspectivas que fundamentaron su formulación y con la salud colectiva. Dado que estas comparaciones son la base del análisis crítico realizado, seguidamente se presenta la información de los indicadores según las dimensiones prioritarias y transversales del plan.

### Dimensiones prioritarias

La tabla 1 muestra el comportamiento de las condiciones ambientales.

**Tabla 1** - Comparación de las condiciones ambientales entre la línea de base y los valores Condiciones 2018/2019

Indicador	Año línea base	Valor 2018-2019
Necesidades básicas insatisfechas	2005 28 %	14 %
Cobertura de acueducto	2012 87,4 %	92,3 %
Cobertura de alcantarillado (urbano-rural)	2012 75,3 %	89 %
Tasa incidencia de Dengue	2012 221 por cada 100 000 habitantes	475,4 por cada 100 000 habitantes
Tasa incidencia Leptospirosis	2012 2,2 por cada 100 000 habitantes	1,1 por cada 100 000 habitantes
Tasa de incidencia de Chagas	2012 1,7 por cada 100 000 habitantes	0,8 por cada 100 000 habitantes

*Fuente:* Informe de avance de metas Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021-Informe técnico 2012-2019.

En las primeras dimensiones hubo avance positivo en el cubrimiento de estas y en las de agua, acueducto y saneamiento básico, se observa incremento en la satisfacción de cada una de ellas. Sin embargo, en Colombia persiste la brecha de coberturas de alcantarillado en zonas rurales respecto a las zonas urbanas. En cuanto a la mortalidad, se destaca el incremento en la tasa de incidencia de Dengue.

### Vida saludable y condiciones no transmisibles

En el plan, se colocan en la agenda sobre vida saludable y condiciones no transmisibles: Prevalencia de consumo de tabaco en población adulta (mayor de 18 años), Edad de inicio de consumo de tabaco, Prevalencia de actividad física a la semana en población de 18 a 64 años, Consumo de frutas y verduras en población de 5 a 64 años, Consumo nocivo de alcohol en persona de 12 a 65 años, Edad de inicio de consumo de alcohol en adolescentes.

De todos los factores mencionados, el ejercicio físico, consumo de verduras y frutas fueron inferiores al 50 %. Se observa reducción del tabaquismo; su éxito se basa en el trabajo intersectorial y el marco normativo generado por la Ley 1335 de 2009 y la Ley 1819 de 2016.

La tabla 2 muestra los resultados de los eventos en Salud priorizados en el PDSP.

**Tabla 2** - Comparación de las tasas observadas en los eventos priorizados en la línea de base y los resultados 2018-2019

Indicador	Año línea de base/% o tasa	Valor 2018-2019/ % o tasa
Reducir hipertensión arterial en mayores de 25 años	2012 5,4 %	8,4 %
Mantener el 85 % de las personas con Enfermedad Renal en estadio 1 y 2 a pesar de tener hipertensión	2016 47,6 %	37,9 %. Se interpreta como avance a estadios

arterial o diabetes.		3, 4 y5
Mortalidad por diabetes <i>mellitus</i>	2012 15,4 por cada 100 000 habitantes	16,2 por cada 100 000 habitantes
Tasa de mortalidad por cáncer de mama en la población entre 30 y 70 años	2012 10,6 por cada 100 000 habitantes	13,6 por cada 100 000 habitantes
Tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino en la población entre 30 y 70 años	2012 6,4 por cada 100 000 habitantes	6,8 por cada 100 000 habitantes
Tasa de mortalidad por cáncer de próstata en la población entre 30 y 70 años	2012 10,5 por cada 100 000 habitantes	12,9 por cada 100 000 habitantes
Tasa de mortalidad por cáncer de estómago	2012 12,8 por cada 100 000	13 por cada 100 000 habitantes
Mortalidad prematura por ENT en población de 30 a 70 años	2012 219,04 por cada 100 000 habitantes	234,76 por cada 100 000 habitantes

Fuente: Informe de avance de metas Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021-Informe técnico 2012-2019.

Se observan aumento de la hipertensión, incremento en la severidad de la ERC, incremento en la mortalidad por diabetes en los dos últimos años y carencia de soporte técnico para las intervenciones para diagnóstico temprano de las ENT, disminución del colesterol y adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.

Se observa incremento en la mortalidad prematura (entre 30 a 70 años) por enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) desde 2012 a expensas en su orden de las neoplasias, las enfermedades del sistema circulatorio y la diabetes.

### **Convivencia social y salud mental**

En esta dimensión se identificaron los indicadores que se presentan en la tabla 3.

**Tabla 3** - Comparación de los indicadores de convivencia social y salud mental entre la línea de base y los años 2018-2019

Indicador	Año/ valor línea de base/% o tasa	Valor 2018-2019/% o tasa
Tasa de mortalidad por suicidio y lesiones autoinfligidas	2012 4,57 por cada 100 000 habitantes	5,76 por cada 100 000 habitantes
Tasa de Avisas perdidos por trastornos mentales y del comportamiento en población general de 15 a 65 años	2012 5,85 por cada 100 000 habitantes	20,31 por cada 100 000 habitantes
Prevalencia de consumo de marihuana en la población escolar entre 12 y 18 años	2012 2,3 %	5,27 %
Tasa de mortalidad por agresiones (homicidios)	2011 36,23 por cada 100 000 habitantes	2016 6,1 por cada 100 000 habitantes
Tasa de violencia contra la mujer	2012 171,12 por cada 100 000 habitantes	291,47 por cada 100 000 habitantes
Tasa de violencia intrafamiliar	2012 180,11 por cada 100 000 habitantes	155,98 por cada 100 000 habitantes. Se refiere a niñas, niños y adolescentes (NNA)
Frecuencia de uso de servicios de salud mental según trastorno	Sin soporte técnico	Sin soporte técnico

Fuente: Informe de avance de metas Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021-Informe técnico 2012-2019.

Sobre el desarrollo de resiliencia, percepción de apoyo social y respuesta transectorial de atención a víctimas del conflicto armado, incluidas en esta dimensión, no se hallaron indicadores con reporte técnico. Se identifica aumento en las tasas de lesiones autoinfligidas, de años de vida ajustados por discapacidad

(AVISAS) debida a trastornos mentales y por trastornos mentales atribuibles al alcohol, que carecen de indicadores con reporte técnico.

Se observa disminución de la violencia intrafamiliar, y la tasa de agresiones; la violencia contra la mujer va en aumento.

El uso de servicios de salud en salud mental carece como en otros casos de reporte técnico.

### Seguridad Alimentaria y Nutricional

Las variaciones en los indicadores que dan cuenta de la seguridad alimentaria y nutricional se observan en la tabla 4.

**Tabla 4.** Comparación de los indicadores de la seguridad alimentaria y nutricional de la línea de base y los años 2018-2019

Indicador	Año línea de base de indicador	Valor indicador 2018-2019
Duración media de la lactancia materna exclusiva en menores	2010 1,8 meses	2015 1 mes
Tasa de mortalidad evitable por desnutrición	2012 3,7	3,6
Proporción de bajo peso al nacer	2012 9 %	9,2 %
Prevalencia de desnutrición global en niños menores de cinco años	2010 3,4 %	3,1 %
Prevalencia de desnutrición crónica	2010 13,2 %	2015 10,8 %
Prevalencia de sobrepeso y obesidad en hombres y mujeres	Hombre 2010 39,8 % Mujeres 2010 62 %	Hombres 2015 39,3 % Mujeres 2015 59,6 %
Prevalencia exceso de peso en	2010	2015

población de 18 a 64 años	Sobrepeso 34,6 % Obesidad 16,5 % Exceso de peso 51,2 %	Sobrepeso 37,8 % Obesidad 18,7 % Exceso de peso 56,58 %
Prevalencia de anemia en niños menores de cinco años	2010 27,5 %	2015 24,7 %
Prevalencia de anemia nutricional en escolares entre los 5 y 12 años	2010 8,1 %	Se evidencia que los menores de 5 años tienen una prevalencia de 15,5 %, que es aproximadamente 3 veces mayor que los de 10, 11 y 12 años, que es de 5,2 %, 4,5 % y 4,9 %, respectivamente.
Prevalencia de anemia en mujeres de 13 a 49 años en áreas urbanas y rurales	2010 7,6 %	2015 15,5 %
Notificación a Sivigila con agente etiológico identificado de /brotes de enfermedades transmitidas por alimentos (ETA)	2015 858 brotes	2018 991 brotes 2019 967 brotes

*Fuente:* Informe de avance de metas Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021-Informe técnico 2012-2019.

Puede observarse que la lactancia materna a menores de 6 meses ha disminuido en 0,8 meses entre 2005 y 2016.

La mayor parte de los indicadores muestra una leve disminución en el período analizado incluyendo la mortalidad evitable por desnutrición entre 2005 y 2017. No disminuye la desnutrición global en menores de cinco años. La anemia en mujeres entre 13 y 49 años no embarazadas se duplica (7,9); al igual que la anemia en escolares (niños de cinco años). Se observa incremento en el exceso de peso de la población entre 18 y 64 años).

El último indicador de la dimensión seguridad alimentaria y nutricional se refiere al reporte de infecciones causadas por alimentos (ETA) contaminados en donde los brotes por esta causa se han incrementado.

### **Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos**

El énfasis en esta dimensión es en la tasa de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años, que disminuye de 70 a 55,9 %. Se reporta un incremento de 3,9 puntos porcentuales en el uso de anticonceptivos (sin registro referido a uso del condón). Se mantiene el ingreso de gestantes a control prenatal antes de las 12 semanas de embarazo. Se reportan indicadores positivos acerca de la prevención de la transmisión de VIH, la incidencia de sífilis congénita y el tamizaje para hepatitis B. y se muestra reducción de la mortalidad materna evitable. En esta la Razón de Mortalidad Materna (RMM) disminuye 20,5 puntos entre 2012 y 2018.

### **Vida saludable y enfermedades transmisibles**

La tabla 5 muestra los resultados del PDSP en la dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles. Se consideran en esta dimensión la mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales, tuberculosis (TBC), dengue, malaria, Chagas y letalidad por tosferina y leishmaniasis visceral.

**Tabla 5** - Comparación de los indicadores en la dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles

Indicador	Año línea de base	Valor 2018-2019
Tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales	2012 1,22/100000habitantes	1,64/100000habitantes
Tasa de mortalidad por Tuberculosis (TBC)	2012 1,85 por cada 100 000 habitantes	2,17 por cada 100 000 habitantes
Tasa de letalidad por tosferina	2012 0,10 por cada 100 000	0,24 por cada 100 000

	habitantes	habitantes
Tasa de letalidad dengue grave	2012 0,16 por cada 100 000 habitantes	0,15 por cada 100 000 habitantes
Tasa de mortalidad por malaria	2012 0,88 por cada 100 000 habitantes	0,02 por cada 100 000 habitantes
Tasa de letalidad por Chagas	2012 15,4 por cada 100 000 habitantes	5,8 por cada 100 000 habitantes
Tasa de letalidad por Leishmaniasis visceral	2012 0,94 por cada 100 000 habitantes	3,6 por cada 100 000 habitantes
Tasa de mortalidad por rabia (variante silvestre)	2012 4,5 por cada 100 000 000 habitantes	2,1 por cada 10 000 000 habitantes
Cobertura de vacunación	BCG, DPT, Triple viral	94 %

*Fuente:* Informe de avance de metas Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021-Informe técnico 2012-2019.

Los indicadores seleccionados muestran disminución de los eventos, excepto para la Leishmaniasis visceral cuya letalidad va en aumento. La cobertura de vacunación con BCG, DPT, Triple viral estuvo alrededor del 94 %.

### **Salud y ámbito laboral**

Se incrementa la proporción de personas ocupadas registradas en el Sistema General de Riesgos Laborales y disminución de las enfermedades laborales. De conformidad con la Ley 1562 de 2012, se ha logrado ampliar la cobertura desde el año 2010 al año 2019 en un 11,33 %. Se logró que 34 de los 38 entes territoriales de salud realizaran acciones de difusión de la normatividad del SGRL, lo que conlleva a una participación del 89,47 % de estos.

### **Dimensiones transversales**

La gestión diferencial de poblaciones vulnerables carece de reporte técnico.

Se reporta disminución de la mortalidad neonatal e infantil. A pesar del importante descenso que se ha logrado en la mortalidad en menores de cinco años; las tasas muestran, de manera sistemática, las brechas territoriales y poblacionales, la mortalidad infantil indígena es más alta con respecto al resto de su población; además, se constata una situación de heterogeneidad en la mortalidad, según área de residencia, es mayor la tasa en áreas rurales dispersas.

### **Conclusiones del Informe de avance del PDSP 2012-2021**

Al analizar el comportamiento por dimensiones, se encuentra que las que tienen mayor proporción de avance de metas (entre 50 a 75 %) son las dimensiones de salud pública y ámbito laboral, seguridad alimentaria y nutricional y salud ambiental. A su vez, la que reporta un mayor número de metas con avance crítico (0 a 25 %) es la dimensión de vida saludable y enfermedades transmisibles. Las dimensiones con mayor proporción de metas sin información y/o sin medición son las dimensiones de salud pública en emergencias y desastres y gestión diferencial de poblaciones vulnerables.

### **Discusión**

En Colombia, tanto el derecho fundamental a la salud como el modelo de determinantes de la salud se han asumido como orientadores de los sucesivos planes de salud que se implementaron a la luz del Sistema General de Seguridad Social establecido por la Ley 100 de 1993. En el momento actual, los resultados del PDSP 2012-2021 revelan que a pesar de los fundamentos que sustentan el objetivo 1: a) avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud no fue alcanzado. El informe de evaluación no revela planes, proyectos o resultados que den cuenta ni del proceso ni de los cambios en lo referente a la creación de las condiciones de vida necesarias para que el goce efectivo del derecho a la salud

fuera alcanzado. El avance esperado está formulado en el objetivo 2: b) mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente. Tales condiciones no son otra cosa que los determinantes del proceso salud-enfermedad asumidos en la formulación del plan que no se materializaron en el proceso de ejecución del PDSP.

Queda en evidencia que los determinantes sociales de la salud permanecen reducidos al ámbito de las explicaciones y las acciones requeridas, y mantienen un modelo cuyos referentes son la biologización, la medicalización y el negocio de la salud ante un creciente deterioro en las condiciones de la salud inmersas al interior de las formas de vida de los colectivos humanos, que en ningún momento fueron abordados. El supuesto reconocimiento de los determinantes sociales y en ellos los determinantes estructurales, siguen la misma lógica empírico-funcional dominante que mantiene la organización de sistemas de salud basados en el aseguramiento, con planteamientos que revelan contradicciones entre la lógica mercantil y el discurso de la salud como derecho.<sup>(11)</sup>

Y es que las situaciones de salud y las condiciones de vida deben ser consideradas como una totalidad de problemas que se presentan durante los procesos de reproducción de los individuos y de las poblaciones humanas en interacción directa y permanente con el medio que las contiene y que habilita el desarrollo en todas sus dimensiones. Para Marx,<sup>(12)</sup> los procesos de reproducción biológica, cultural, socioeconómica y política que van configurando la reproducción social corresponden a una determinada fase del desarrollo de las fuerzas productivas materiales. Tales fuerzas y relaciones productivas no parecen ser objeto de análisis en el PDSP, puesto que el modelo de determinantes sociales no revela la profundidad de la determinación social del proceso salud-enfermedad-atención. La atención a la salud pública se encuadra en función de categorías bastante rígidas (dimensiones) y simplificadas que suelen yuxtaponerse sin lograr integrarse. En el

PDSP, el abordaje de las condiciones de vida se mantuvo solo en variables ambientales, en tanto determinantes, que afectan la calidad de vida, pero que no revelan el impacto de los procesos de reproducción social en su génesis y al margen de sus posibilidades de ser transformadas realmente; la hegemonía de los factores de riesgo ambientales se mantiene en detrimento de la comprensión de la determinación social que es reivindicada desde la salud colectiva.

La determinación, de manera diferente, sostiene una perspectiva conflictual de la sociedad que implica una relación dialéctica entre lo biológico y lo social, en una estructura jerárquica donde lo biológico queda subsumido en lo social, mediante procesos de producción y reproducción social. Al explicitar las relaciones de poder y las formas de acumulación de capital que conllevan los patrones de trabajo y de consumo, las falencias de los soportes sociales y las formas de cultura que conducen a formas malsanas de vivir y llevan a los individuos a padecer la enfermedad de forma diferencial, según clase social, género o etnia.<sup>(13)</sup> Por ello, la transformación de la calidad de vida implica una construcción contrahegemónica frente al poder económico, ideológico y político de las clases dominantes;<sup>(14)</sup> su estudio y análisis implica identificar las desigualdades/inequidades en las relaciones de producción y de reproducción social y en el ejercicio de poder social en los ámbitos local, regional y global

La insuficiencia de los postulados del derecho a la salud y de los determinantes sociales planteados en el PDSP son evidencia también de como los principales principios acordados en las conferencias internacionales más importantes en los últimos 30 años, como “salud para todas las personas” (constitución de la OMS), “salud con todas las personas” (Alma-Ata) y “salud en todas las políticas” (Ottawa) no se reflejan en muchas de las iniciativas en salud reivindicando lo global, al tiempo que solo tienen en cuenta algunos grupos de población o enfermedades, o centradas en intervenciones médicas y desligadas de los cambios estructurales de

las políticas socioeconómicas, como se señala en “comprendiendo el derecho a la salud”. Peor aún, destaca Vega,<sup>(15)</sup> que aunque la Comisión de Determinantes Sociales recomienda: “luchar contra la desigual distribución del poder, el dinero y los recursos; disponer de suficientes fondos públicos que se financien con impuestos progresivos y se asignen en forma equitativa sobre los determinantes sociales de la salud; regular la acción del mercado evitando la comercialización de “bienes sociales esenciales” como el agua, la educación y la atención médica, fortaleciendo el sector público en la prestación de los servicios, estableciendo una reglamentación nacional e internacional sobre la circulación de productos peligrosos para la salud que generan inequidades en salud, y mejorando la regulación pública de las condiciones de empleo y trabajo y los efectos negativos de la globalización; promover la equidad de género, democratizar los procesos de toma de decisiones y establecer un proceso global de gobernanza a través de un sistema multilateral entre países ricos y pobres”; sus lineamientos, desarrollados en el marco de la epidemiología social europea, no apuntan a desentrañar los procesos sociales que determinan las desigualdades sociales que explican las inequidades en salud y a trazar directrices de acción consecuentes para superarlas.

Como ha señalado Breihl,<sup>(13)</sup> el derecho a la salud requiere un abordaje de la relación entre la reproducción social, los modos de vivir y de enfermar y morir; por ello el paradigma de la determinación social es una herramienta para el avance de la justiciabilidad y exigibilidad de derechos sistemáticamente ignorados.

Sobre los resultados del tercer objetivo del PDSP: mantener cero tolerancias frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitable, los resultados preliminares no revelan evidencia de cambios en las situaciones de salud iniciales que puedan ser resaltadas positivamente. La aplicación del modelo de atención a la salud evidenciado en los resultados del PDSP a través de los cambios en la morbilidad

de las enfermedades transmitidas por vectores y las enfermedades no transmisibles muestran que, al no abordar su control mediante el abordaje de los determinantes sociales (y menos aún de la determinación social), el modelo mantuvo la enfermología pública,<sup>(16)</sup> manteniendo los supuestos que subyacen a los indicadores morbilidad y mortalidad. Bien reconocido hoy que a la aplicación de este modelo subyacen los modelos de salud pública desarrollista, cuyos postulados de la relación entre crecimiento económico y salud no se cumplieron. Ello obedece además a que, en las últimas décadas, en América Latina se han impuesto las concepciones en torno a la salud, incluidas en las propuestas de las Agencias Internacionales y Organismos Multilaterales<sup>(17)</sup> que anteponen el desarrollo económico al desarrollo social y humano. Dicha jerarquía además es impuesta por los lineamientos de la OMS, PNUD, OIT y demás organizaciones con sus declaraciones e intereses que hacen de las políticas “variables independientes de la vida social, económica y política del país que pretenden responder a derechos o necesidades”<sup>(18)</sup> de la población.

Estos indicadores vistos aisladamente refuerzan de un lado la perspectiva de ver superficialmente las problemáticas que inciden de manera negativa en el desarrollo armónico de los miembros de la sociedad y de otro la incapacidad de los gobiernos de contrarrestar las perspectivas hegemónicas impuestas con el auge y triunfos del neoliberalismo.<sup>(19)</sup>

### **Racionalidad de la evaluación y formulación**

Los resultados del Plan Decenal de Salud Pública (2012-2021) revelan una reducida capacidad del Estado para considerar y atender las causas que subyacen a las condiciones en las que transcurre la vida y salud de los pueblos y cuya atención es la base para el acceso al disfrute del derecho a la salud y para la disminución/erradicación de los procesos mórbidos resultantes de tales condiciones. La incapacidad del estado obedece al menos a tres perspectivas que

han dominado el panorama de la salud a lo largo de los años: el desconocimiento de los fundamentos de la teoría crítica latinoamericana y la medicina social latinoamericana y la salud colectiva, el sometimiento a los postulados neoliberales y las racionalidades que subyacen a los procesos de formulación/evaluación de los planes de salud.

La evaluación realizada al PDSP se corresponde con un enfoque empírico-analítico cuantitativo, en el que el seguimiento al comportamiento de los indicadores le permite al tomador de decisiones establecer si hubo cambios en términos de incremento o disminución de los eventos priorizados, sin que pueda atribuir dichos cambios a la influencia del PDSP 2012-2021. Y ello, porque si bien el plan cuenta con los instrumentos de poder que lo sustentan, como normatividad e institucionalización a través de lineamientos homogenizadores que deben ser adoptados en todos los rincones del país, no se puede “explicar la relación entre el sistema social, los modos de vivir y la salud; ni conocer la distribución de la exposición humana a procesos nocivos, ni la vulnerabilidad diferencial de los colectivos situados en inserciones sociales distintas”, como lo ha expresado Breihl.<sup>(16)</sup> A pesar de que el plan identifica a los grupos vulnerables en las dimensiones transversales del PDSP, so pretexto de un enfoque diferencial, no se identificaron reportes acerca de los logros en estas dimensiones. Las dimensiones del PDSP no hacen explícitas las condiciones de producción-reproducción social ni los componentes que permitan comprender el metabolismo sociedad-naturaleza y su impacto en la sociedad, evidenciado en la situación crítica de los indicadores tanto de las enfermedades transmisibles como de las no transmisibles.

El enfoque dominante ha promovido, fundamentalmente, el desconocimiento de que la salud es un hecho social y que como tal debe ser objeto de conocimiento y formación. Epistemológicamente, se pone en evidencia la insuficiencia de la ciencia positiva para modelar realidades como lo han hecho varias las ciencias

desde el reduccionismo de los enfoques empírico analíticos al intentar dar cuenta de los fenómenos de la vida humana.

## Conclusiones

La fundamentación y operacionalización del PDSP 2012-2021 revela el foco en los determinantes sociales Vs. la determinación social; la enfermología pública Vs. la salud colectiva; una racionalidad instrumental Vs. una racionalidad dialéctica que no se comparecen con lo declarado en el plan respecto a los objetivos propuestos.

## Referencias bibliográficas

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. 2021 [acceso 12/12/2022] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PDSP.pdf>
2. Corte Constitucional. Constitución Política de Colombia. 1991 [acceso 12/12/2022] Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%20politica%20de%20Colombia%20-%202015.pdf>
3. Corte Constitucional. Sentencia T 160 de 2008. 2008 [acceso 12/12/2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Documents/Sentencia%20T-760/SENTENCIA%20T760%20-2008.pdf>
4. Función pública. Ley 1450 de 2011. 2011 [acceso 12/12/2022]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=43101>
5. Función pública. Ley 1438 de 2011. 2011 [acceso 12/12/2022]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=41355>

6. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 4107 de 2011. 2011 [acceso 12/12/2022]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/DECRETO%204107%20DE%202011.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%204107%20DE%202011.pdf)
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 4110 de 2011. 2011 [acceso 12/12/2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-4110-de-2012.PDF>
8. Ministerio de Salud y Protección Social. Planes Territoriales de Salud 2020-2023. 2020 [acceso 12/12/2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/Paginas/planes-territoriales-de-salud.aspx#>:
9. Ministerio de Salud y Protección Social Informe de avance de metas pdsp 2012-2021 período 2012-2019. 2020 [acceso 12/12/2022] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/informe-avance-metas-pdsp-2012-2021-período2012-2019.pdf>
10. Ministerio de Salud y Protección Social. Informe avance de metas plan decenal de salud pública 2012-2021: Informe técnico 2012-2019. 2021 [acceso 12/12/2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/informe-avance-metas-pdsp-2012-2021-período2012-2019.pdf>
11. Casallas AL. La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud pública tradicional. Rev Cienc Salud. 2017;15(3):397-408. DOI: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6123>
12. Marx K. La ideología alemana, capítulo 1: "Feuerbach" 5ª ed. Montevideo: Ediciones Pueblos Unidos; 1970. p. 55.

13. Breilh J. Crítica a la interpretación capitalista de la epidemiología: un ensayo de desmitificación del proceso salud-enfermedad". México: Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco; 1977.
14. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2013 [acceso 01/12/2023];31(Supl 1):S13-S27. Disponible en: <http://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/16637/14425>
15. Vega R. Informe Comisión Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud. Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia). 2009;8(16):7-11.
16. Granda E. ¿A que llamamos salud colectiva hoy? Revista Cubana de Salud Pública. 2004 [acceso 01/12/2023];30(2):1-19. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662004000200009#](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000200009#)
17. Franco-Giraldo AJ. Configuraciones, modelos de salud y enfoques basados en la Atención Primaria en Latinoamérica, siglo XXI. Una revisión narrativa. Rev Gerenc Polit Salud. 2020;19. DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps19.cmse>
18. Fontaine G. El análisis de las políticas públicas. Conceptos, teorías y métodos. Barcelona: Anthropos; 2015.
19. Villasana López PE, Monteverde Sánchez A, Vergara Lasnibat F. Derecho a la Salud y neoliberalismo en Venezuela y América Latina: Crónica incompleta de una narrativa en disputa (1960-2021). Revista De Filosofía. 2022;39(100):378-97. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.5987201->

### **Conflicto de intereses**

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.