

La Promoción de la Salud en Colombia y su alcance en el complejo entramado político nacional (1990-2019)

Health promotion in Colombia and its scope within the complex political context in the country (1990-2019)

Rocío Robledo-Martínez

Recibido 23 julio 2021 / Enviado para modificación 28 noviembre 2021 / Aceptado 13 diciembre 2021

RESUMEN

El presente artículo examina el alcance de la promoción de la salud en el marco del escenario político colombiano, a la luz de los lineamientos planteados en la Carta de Ottawa, en el año de 1986. Teniendo en cuenta que la Carta de Ottawa definió unos prerrequisitos o condiciones para la salud, la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social, la equidad y que determinó para su acción cinco áreas operativas, formulación de políticas públicas saludables, creación de entornos saludables, fortalecimiento de participación social, desarrollo de aptitudes personales y reorientación de servicios de salud, se aborda la estrategia, en este ensayo, desde el carácter político de la promoción de la salud, moviéndose en el terreno de la salud pública, las políticas públicas saludables y las nociones de política, poder y poder político.

A nivel país, se argumentan como fuerzas de influencia sobre el tránsito político de la promoción de la salud en Colombia, desde su adopción en el año 1992, la reglamentación de la descentralización, la Constitución de 1991, la reforma del sistema de salud en 1993 y sus respectivas transiciones, los cambios en el modelo económico, la guerra, la violencia, el narcotráfico, la pobreza, la inequidad y las desigualdades territoriales; internacionalmente, la globalización, la corriente neoliberal, las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las fluctuaciones conceptuales y operativas de los principios de la Promoción de la Salud y de Atención Primaria en Salud.

Palabras Clave: Promoción de la salud; sistemas de salud; políticas públicas de salud; actividad política; conflictos armados; tráfico de drogas; pobreza; factores socioeconómicos (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

This paper examines the scope of health promotion within the Colombian political scenario in the light of the guidelines set forth in the Ottawa Charter of 1986. It also addresses the political nature of the health promotion strategy in the context of public health, healthy public policies, and the concepts of politics, power, and political power. All of this takes into account the prerequisites or conditions for health defined in the Ottawa Charter, which are peace, education, shelter, food, income, a stable ecosystem, social justice, and equity, as well as five action means, namely, the formulation of healthy public policies, the creation of supportive environments, the strengthening of community action, the development of personal skills, and the reorientation of health services. At the national level, we present the regulation of decentralization, the 1991 Constitution, the 1993 health sector reform and its associated transitions, changes in the economic model, war, violence, drug trafficking, poverty, inequity, and territorial inequalities as forces that have influenced the political aspect of health promotion in Colombia since its adoption in 1992. On the international level, the impact of globalization, the neoliberal tendency, the recommendations of the World Health Organization (WHO), and the conceptual and operational changes of the concepts of Health Promotion and Primary Health Care are described.

RB: OD. Ph.D. Salud Pública. M.Sc. Salud Pública. Docente Asociado, Universidad Nacional de Colombia. Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina. Bogotá, Colombia.
rrobledonm@unal.edu.co

Key Words: Health promotion; health systems; public health policy; politics; armed conflicts; drug trafficking; poverty; socioeconomic factors (*source: MeSH, NLM*).

La Promoción de la Salud (PS) y sus lineamientos se consignaron en la Carta de Ottawa, en el contexto de la primera conferencia de PS, en el año de 1986 (1). La orientación de su posicionamiento tuvo como base una visión integral del concepto “salud” y el propósito de influenciar los determinantes sociales, políticos, económicos, demográficos y ambientales que intervienen en la calidad de vida y bienestar de los pueblos (2). Esta posición holística retoma y amplía planteamientos previos, presentados de 1920 a 1985, en los cuales se concebía la salud centrada en los condicionantes materiales y sociales, la acción social y la política organizada, tratando de romper con la tradición epidemiológica y clínica morbicentrista imperante.

La Carta de Ottawa definió unos prerrequisitos o condiciones para la salud, la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Rescató la importancia que tienen las oportunidades de vida en el logro de la salud de la población, y señaló la necesidad de tener presentes los prerrequisitos sin los cuales la salud siempre será deficiente en las poblaciones carentes de ellos. Las directrices fundacionales de la Carta de Ottawa han sido fortalecidas y validadas en reuniones internacionales posteriores; asimismo, se han ratificado sus áreas de operativización, correspondientes a cinco campos de acción: formulación de políticas públicas saludables, creación de entornos saludables, fortalecimiento de participación social, desarrollo de aptitudes personales y reorientación de servicios de Salud (3). Las Políticas Públicas Saludables (PPS) son necesarias para el desarrollo de los restantes campos operativos de la PS.

La PS y su base doctrinal abrieron el camino para pasar de la retórica a la acción. La PS surge “... como una nueva forma de reactivar las dinámicas de la acción intersectorial y las intervenciones en el terreno político, para conseguir mejores condiciones de salud en el mundo. Indicó la necesidad de ejercer estrategias de ‘abogacía’ o ‘cabildeo’, participación ciudadana y militancia política mediante el empoderamiento individual y colectivo” (4). El carácter político de la PS se mueve en el terreno de la salud y de las políticas públicas saludables, remite a las nociones de política, poder y poder político. El poder viabiliza el dominio de unos actores sobre otros, en cabeza de quienes tienen esta potestad; el Gobierno, partidos políticos, medios de comunicación, asociaciones, grupos de interés y otros (5,6). Como proceso nacional, la PS conduce a la noción de Estado, a las decisiones políticas, a su expresión como un conjunto de políticas públicas que apuntan al

mejoramiento de la calidad de vida y a la situación de salud de comunidades y colectivos.

“Las democracias contemporáneas se fundan en una ‘Constitución’, por lo general, escrita, la cual se convierte en el referente obligado del ejercicio del ‘poder legítimo’, es decir, del ejercicio del gobierno con el consentimiento de los gobernados” (7). Colombia, fue declarada por la Constitución del año 1991, Artículo 1, como un “Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general” (8). La Asamblea Nacional Constituyente de 1991 tomó la decisión de que el Estado colombiano fuese un Estado Social, protector de derechos, descrito por algunos académicos como una aproximación intermedia entre el liberalismo clásico y el Estado benefactor. Incluye el intervencionismo estatal y judicial para garantizar la dignidad humana cuando esta sea vulnerada por las condiciones de miseria, y debe guiarse por el fin último de asegurar el bienestar de los ciudadanos, como objetivo de la propiedad privada de los medios de producción y de la libertad de empresa. Toda propiedad tiene una función social que debe ser cumplida (9).

En Colombia, la PS fue adoptada en 1992 en el escenario de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de Santa Fe de Bogotá; esta reafirmó lo planteado en la Carta de Ottawa, expresando la interdependencia entre promoción de la salud y equidad como elementos fundamentales para el desarrollo de la salud de los países de la región y declaró “el nuestro como un continente de esperanza y de futuro. Realizar la Esperanza, vivir en paz con dignidad es el compromiso que asumimos” (10); a partir de entonces, su tránsito por el clima político del país se ha visto enfrentado a presiones tanto nacionales como internacionales; se ha encontrado con cambios en sus estructuras, contándose entre las de mayor relevancia la reglamentación de la descentralización, la Constitución de 1991, la reforma del sistema de salud en 1993, junto con sus respectivas transiciones, y los acuerdos de paz. También ha tenido que enfrentar fenómenos como los cambios en el modelo económico, la guerra, la violencia, el desplazamiento forzado, la pobreza y la inequidad. Es en este complejo entramado político por donde ha marchado la promoción de la salud después de 1992. Desde entonces, se han causado numerosas determinaciones políticas que han impactado el desarrollo de la PS a nivel nacional.

Paralelamente, también, ha estado sujeta a fuerzas internacionales como la globalización, las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la responsabilidad de Colombia como país firmante de convenios marco y las fluctuaciones conceptuales y operativas de los principios de la Promoción de la Salud y de Atención Primaria en Salud (APS).

“La Constitución de 1991 está enraizada tanto en la violencia colombiana del siglo XX, que se derrama hacia el XXI, como en las instituciones democráticas que tantos embates han soportado” (11). El impacto de la globalización, la problemática política del país, la crisis económica de la década de los ochenta y las condiciones de pobreza persistentes, principalmente en el área rural, dieron paso a la descentralización administrativa en Colombia (12).

La reforma del Estado Colombiano y la perspectiva de la nueva Constitución que reclama más “Estado” para garantizar los derechos y la libertad y así adelantar hitos importantes contrastó con el Plan Nacional de Desarrollo (1990-1994) y con la reforma a la salud, ordenada por la Ley 100 de 1993. Tanto el Plan Nacional de Desarrollo (1990-1994) como la estructuración del sistema de salud en Colombia respondieron a la corriente neoliberal, visión social dominante. El estado social de derecho, germinado en la carta magna de 1991, nació cuando ya se posicionaba la corriente neoliberal, condición en la que fue recibida la PS en Colombia.

A mediados de los años ochenta, mediante el acto legislativo 01 de 1986 y las Leyes 14 de 1983, 22 y 76 de 1985 y las 3, 11, 12 y 23 de 1986, se puso en marcha el audaz acontecimiento descentralizador, apuntando a superar las situaciones creadas por el centralismo. La carta del 91 definió al municipio como la “Entidad fundamental de la organización político-administrativa del Estado”, le dio a provincias y regiones el carácter de entidades territoriales y constitucionalizó el criterio de autonomía. La ley 715 de 2001 determinó las competencias y la estructura financiera descentralizada. Sin embargo, este ambiente político, propicio para adoptar e impulsar la promoción de la salud, se vio afectado por múltiples problemas sociopolíticos a nivel local y regional (13).

Las áreas que caracterizan la geografía, áreas urbanas, dispersas o de alta ruralidad son “fuente de segmentación y diferenciaciones en el nivel de vida, acceso a bienes y servicios, rezago y rupturas en el desarrollo económico, desigualdades que pueden ser más nocivas si se asocian con factores de discriminación y segregación étnico-cultural” (14). La deficiente presencia del Estado en las zonas rurales y dispersas del país ha generado a la fecha, además de las desigualdades mencionadas, altos niveles de criminalidad y violencia, toma del poder por grupos armados al margen de la ley, vulneración intolerable de derechos humanos,

menor cohesión social, dificultades de acceso al sistema de salud, fragilidad institucional y cuestionamientos al orden social. Colombia es uno de los países de América Latina con mayor desigualdad de ingreso por regiones y departamentos, el ingreso se concentra en “los principales centros económicos geográficos” (14).

La década posterior a la reforma a la salud, dado el impulso de los preceptos de la Carta de Ottawa y de la Conferencia Internacional de PS, realizada en Santa Fe de Bogotá en 1992, se caracterizó por el florecimiento de la PS y las experiencias de Municipios y Escuelas Saludables por la Paz. No obstante, aspectos relacionados con la reforma (Ley 100 de 1993) como la desaparición de los SILOS (Sistemas Locales de Salud), la pérdida de la dinámica de la gestión local de la salud, la distorsión de los parámetros de acción de la PS, el conflicto armado, el narcotráfico y la corrupción condujeron a que las iniciativas se debilitaran en gran medida.

Era conocido el reto al cual se enfrentaba la PS en Colombia y uno de sus promotores expresó en el curso de la conferencia de 1992, “Transformar una política y un sistema de salud que han operado por muchos años con un enfoque curativo es un proceso que puede tomar un tiempo considerable. Lo importante es comenzar de inmediato. El camino no es recto ni expedito” (15). El contexto político de la nación y los efectos de la reforma a la salud superaron la fuerza de la PS en el país. La oportunidad de empoderamiento y de impactar los determinantes de la salud, visibles principalmente en la experiencia de ciudades sanas y experiencias locales de PS, adelantadas en muchos países, se debilitaron. Hacia el año 2000 estas experiencias decaen en su ímpetu y frecuencia, sin desaparecer totalmente.

Las conferencias internacionales permitieron avanzar en la identificación de escenarios y métodos de la PS, válidos y factibles (16), enfatizaron en la importancia no solo de formulación de políticas públicas saludables sino también de acciones políticas de gobernanza participativa, movilidad social, participación de la comunidad, rendición de cuentas, desarrollo sostenible, posicionar la PS en la agenda a 2030 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y una ciencia política para la promoción de la “salud en todas las políticas”, entre otros (17-24).

También para el año 2000, según expertos, el naciente sistema de salud, en la búsqueda de la justicia social y sanitaria, tuvo en su implementación algunos desvíos, entre ellos: la no focalización en áreas donde no hay acceso a los servicios de salud; diferencias en los niveles de desarrollo de la red de Instituciones Prestadoras de Servicios a nivel municipal; deterioro de programas específicos; y persistencia de la inequidad en la distribución de recursos humanos. Se hizo evidente la desarticulación de los servicios de salud, la pérdida de la

participación comunitaria, las acciones de los equipos de Atención Primaria en Salud (APS) y la organización de los niveles de atención en salud (25).

El compromiso con la PS, no solo del sector salud sino de otros se desvanecía paralelamente, a pesar de su célebre comienzo, con el advenimiento del milenio. Esta década se caracterizó por un duro periodo de adaptación. El liderazgo local estaba cooptado, tal como ocurre actualmente, por los problemas sociales y políticos en el área rural; es decir, la guerra, la violencia, el narcotráfico y el paramilitarismo. Y, dado el modelo de sistema de salud creado por la Ley 100, mixto, de competencia regulada, no fue posible movilizar el inaugural sistema de salud para asumir el reto de la PS.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el itinerario de la Conferencia Internacional de Alma-Ata en 1978, promovió y adoptó la Atención Primaria en Salud (APS) como estrategia central para obtener el objetivo de “salud para todos”, proporcionando una serie de valores y metodologías con una mirada amplia de la salud (26). Lamentablemente la APS fue desdibujada en sus máximas originales: en vez de constituirse en una herramienta para la organización de los sistemas de salud y la promoción de la salud en las poblaciones, perdió su concepción inicial; se configuraron entonces diferentes modos de implementación, la denominada APS Selectiva, instaurada en los países en desarrollo, caracterizada por un número limitado de servicios, restringido a eventos prevalentes de gran repercusión y a un conjunto de actividades de servicios dirigida a los pobres; la APS como nivel básico de atención clínica, característico de los países europeos; y La APS entendida según el tratamiento de los derechos humanos (27).

Posterior a la promulgación de la Carta de Ottawa, surgieron corrientes de pensamiento relacionadas con los cánones y operativización de la PS que, según sus bases teóricas y epistemológicas, en términos generales se pueden caracterizar como posturas dirigidas a la atención individual de tipo institucional; de desarrollo instrumental, enfocadas unilateralmente en alguno de sus elementos; y autores que reafirman el papel de los determinantes de la salud y la definición de la PS que aprueba la OMS en el año de 1990.

Dada esta multiplicidad, el significado fundacional de la PS consignado en la Carta de Ottawa quedó rezagado. La agenda de la Política Pública Saludable y su llamado a la acción en la década de 1990 y del 2000 pareció volver a la visión conductista, adoptando el término de estilos de vida. La propuesta que nació con la necesidad de superar los determinantes que menoscaban la salud y las desigualdades en salud se redujo a un enfoque de factores de riesgo individuales. A partir del año 2002, las fronteras

entre estos caminos pierden nitidez e, incluso, en algunos aspectos se diluyen (28,29).

Como resultado, la puesta en práctica de la promoción de la salud ha tenido dificultades para ser entendida en su campo de acción. Por un lado, aún persiste una confusión entre las acciones propias de la PS y las acciones preventivas y, por otro, se culpabiliza a las personas por su comportamiento saludable o no, es decir, por sus estilos de vida saludable y su responsabilidad en el autocuidado.

Esta falta de capacidad para entender la PS no pudo ser rebasada, a pesar de que la Carta de Ottawa presentó la PS de manera holística, amplia, multidisciplinaria, multisectorial y como fenómeno político. La PS fue distorsionada en su labor operativa, superponiendo las acciones preventivas a las propias de la PS.

Esta distorsión se hizo presente en los sistemas de salud de varios países, incluyendo el de Colombia. El nuevo sistema acuñó la expresión Promoción y Prevención (PyP) para referirse a acciones realizadas en la práctica de la atención en salud, acciones de carácter meramente preventivo; por tanto, se presentó una falta de entendimiento por parte de los equipos técnicos del alcance de la acción promocional y su puesta en marcha; las aseguradoras fueron bautizadas con el nombre de Empresas Promotoras de Salud (EPS), actualmente Empresas Administradoras del Plan de Beneficios (EAPB), cuyas funciones específicas se circunscriben al aseguramiento y no abarcan la amplitud de la PS. Estos dos sucesos se pueden considerar inocuos; sin embargo, evidencian la incomprensión de la trascendencia y parámetros de la PS. Para el 2006, esta confusión ya estaba en el ojo de autores críticos, advirtiendo que esta circunstancia, “abrió el espacio para profundizar la relación asimétrica entre promoción y prevención, situando la PS erróneamente en manos de los servicios de salud, impidiendo su apropiación social, política e institucional” (30).

Con el fin de afrontar estas contradicciones y retornar a los mandatos originales de Alma Ata, en 2003 y con motivo del 25º aniversario de la propuesta, los países miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) solicitaron reexaminar los valores y pautas que décadas atrás inspiraron la declaración y formular sus futuras orientaciones estratégicas y programáticas. Las premisas para la APS resultante se plasmaron en 2007, en el documento “Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición”, el cual otorga una visión de los sistemas de salud fundamentados en APS, recogiendo además el abordaje de la Promoción de la Salud (27).

En concordancia con la propuesta de la APS renovada y actuando esta como demanda al sistema de salud de Colombia, se promulgaron varias leyes. La Ley 1122 de

2007, mediante la cual se hacen modificaciones al SGSSS, hizo reformas en los aspectos de dirección, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización y mejoramiento en la prestación de los servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud. Su objetivo enfatizó en la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, de forma que fortaleció la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales (31).

La Ley 1438 de 2011, “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud”, plantea, con el fin de “generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud”, la concurrencia de acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y demás prestaciones que, partiendo de la estrategia de Atención Primaria en Salud, sean necesarias para promover constantemente la salud de la población” (32).

La Ley 1438 de 2011 determina que el Ministerio de la Protección Social debe elaborar un Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) a través de una metodología amplia de participación social, en el cual deben confluir las políticas sectoriales para mejorar la salud. A partir de la formulación de la Ley 1438 y del Plan Decenal de Salud Pública se reestructura el Ministerio de Salud y Protección Social, cuyas dependencias, instituciones, estructura y funciones se encuentran alineadas con las dimensiones prioritarias del plan, sus líneas operativas y transversales.

La Ley Estatutaria 1751 de 2015 “hizo un giro esencial cuando situó el derecho a la salud en el terreno del Sistema de Salud y no del Sistema de Seguridad Social en Salud y reconoció además su carácter de derecho social fundamental”. Destaca la formulación y adopción de “políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales”. Aspira en sus mandatos a reducir 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” y propone que estos requerimientos, se desarrollen bajo la dirección de una Política de Atención Integral en Salud (PAIS), la cual fue diseñada e inició su implementación el año 2016. La PAIS presenta la atención primaria con un enfoque de salud familiar y comunitaria, como uno de sus principales componentes estratégicos; define un Modelo Integral de Atención (MIAS), cuya

implementación se realizará mediante Rutas de Atención Integral (RIAS). Actualmente el MIAS enfatiza en un acercamiento de tipo territorial (MAITE).

En el año 2019, a cuatro años de lo ordenado por la Ley Estatutaria 1751, y a tres años de la implementada la PAIS, algunos académicos consideran que no es posible afirmar que “en Colombia se esté logrando la oportunidad del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, (33). El cometido del artículo 9 de la Ley Estatutaria, el cual establece que el Estado debe adoptar políticas públicas con el fin de solventar las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, “es tocado de una manera muy general en el MIAS, el concepto de Promoción de la Salud en la normatividad MIAS-RIAS se reduce a una línea de acción que orientan las intervenciones poblacionales que, si bien en su enunciado se entienden de forma amplia, en su aplicación es muy limitada” (34).

Posterior a la Ley Estatutaria 1751 de 2015, el Gobierno de Colombia y la guerrilla de las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC) firman acuerdos de Paz, el 26 de septiembre de 2016, para poner fin a 52 años de guerra, (35). El primer punto de los acuerdos reza: “Hacia un nuevo campo colombiano. Reforma Rural Integral (RRI)”, destacando la importancia de cambiar radicalmente las condiciones en las zonas rurales de Colombia, expresando que los planes de desarrollo social buscarán disminuir la brecha campo-ciudad y generar oportunidades para los habitantes del campo. Se acordó aplicar estímulos, apoyos, asistencia técnica y formalización laboral a la agricultura familiar, garantizar la seguridad alimentaria y nutricional. La seguridad alimentaria no se encuentra garantizada en Colombia.

Para la OXFAM (una confederación de 20 organizaciones que trabajan juntas en más de 90 países, como un movimiento global a favor del cambio para construir un futuro libre de la injusticia que supone la pobreza), uno de los mayores desafíos por afrontar en el posconflicto colombiano será restablecer los derechos de las víctimas del despojo de tierras, en su mayoría población indígena, afrocolombiana y campesina (36). “La tierra está en el corazón del conflicto”. Nunca se ha hecho una verdadera reforma agraria, “la tierra sigue siendo una promesa incumplida; no se ha modernizado la tenencia y el uso de los recursos rurales” (37). Aunque a finales de los años sesenta, se propuso sacar adelante una verdadera reforma agraria que acabara con el gran latifundio improductivo en manos de terratenientes, intereses de congresistas y grupos dedicados a la producción agropecuaria ejercieron su poder para frenar la iniciativa. “El resultado final es que hoy Colombia tiene una distorsión de la tenencia y uso de la

tierra, posee uno de los índices de desigualdad más grandes del mundo en cuanto a la distribución de la tierra, y expansión de monocultivos industriales” (38).

Colombia cuenta con cuatro políticas relacionadas, con la participación ciudadana y comunitaria, la Ley 134 de 1994; Política Nacional para el fortalecimiento de los organismos de acción comunal de 2010; la Ley Estatutaria participación ciudadana, Ley 1757 de 2015 y la reciente promulgada Ley de Política de Participación Social en Salud de 2017. Sin embargo, la realidad de nuestro país impide el pleno desenvolvimiento del ciudadano para apropiarse de sus derechos de participación, por situaciones de desplazamiento, asesinato de líderes sociales, persecución a integrantes de sindicatos y la restricción de la consulta popular.

A pesar del acervo de normatividad que busca reorientar los servicios y de las múltiples políticas formuladas en Colombia, estas últimas, con el fin de combatir el hambre, la pobreza, la violencia y la inequidad, las problemáticas, motivo de su formulación no han sido resueltas (39). En el país también se han formulado generosamente políticas públicas saludables (PPS), asumiendo como tales aquellas que se ciñen a la definición de expertos en el campo de la PS, caracterizadas principalmente por “tener una reconocida y fuerte influencia en los determinantes de la salud”, “por atribuírseles una responsabilidad en la salud”, por “poner la salud en la agenda”, las cuales se pueden originar en otros sectores diferentes al sector salud” (4,40,41).

Es de destacar el éxito en la gestión de la política de Control del Consumo de Tabaco (Ley número 1335 de 2009), la cual se vio vigorizada al adoptar el Convenio Marco de la OMS. El Estado ratificó el Convenio y fue aprobado mediante la Ley 1109 de 2006 (42). Es sabido que, entre las medidas relacionadas con la reducción de la demanda de tabaco, se encuentra el incremento de precios e impuestos. En medio de esta circunstancia normativa y jurídica favorable, el Ministerio de Salud toma la decisión de impulsar la estrategia del incremento de los impuestos al tabaco. En comunicado de prensa, el entonces ministro de salud anunció, que “gracias al impuesto al tabaco en 2017 se recaudaron 888 815 millones de pesos, casi 50 % más de lo que se recaudó en el 2016” y que “para este 2018, la proyección de recaudo se estima en más de 1.1 billones de pesos”. Informó que Colombia consolidó la disminución del consumo de tabaco, de 12,9% en 2010 a 7,0 % en 2017. Subrayó además, que la reducción de consumo de tabaco al 7,0% en todos los grupos de edad de áreas rurales y urbanas, según la encuesta de Calidad de Vida del DANE, es una muestra de que la política pública bien aplicada tiene resultados efectivos (43). Colombia ha recibido importantes distinciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) por su trabajo en la prevención del consumo de tabaco, entre ellos el Premio del Día Mundial sin Tabaco 2017 (43).

Pero en su mayoría, las PPS formuladas en Colombia no han logrado alcanzar su objetivo de afectar positivamente los determinantes la salud (DSS) ni fortalecer los prerequisites para la salud señalados en la carta de Ottawa y, por tanto, de cumplir el cometido de la PS.

Autores coinciden en que algunas de las razones por las cuales las PPS no logra cosechar sus objetivos de impactar los DSS provienen de una cierta dependencia de las políticas de salud a los criterios de estilos de vida; de la manera como se formulan e implementan y al desconocimiento por parte de los actores de las magnitudes de esta actividad política, la cual requiere amplias capacidades de conectividad, compromiso de la sociedad civil y gobernanza entre los sectores (44,45).

Otros argumentos hacen referencia al límite relacionado con la articulación entre las políticas públicas sociales y las acciones en el campo económico: ¿se presenta “ausencia de una élite susceptible de integrar desarrollo económico y desarrollo social a través de la elaboración de un referencial global local”? Los gremios de la producción negocian independientemente de los grupos sociales (46).

En Colombia las PPS saludables no cuentan con financiamiento suficiente para su implementación y desarrollo; no se involucran, como tampoco dialogan los actores clave; la intersectorialidad y el liderazgo intersectorial son débiles; no hay líneas claras de liderazgo intersectorial, los sectores no actúan en concurso; son escasas las políticas evaluadas en términos de resultados en salud, de acuerdo con sus metas e indicadores. No hay participación social en sus formulaciones y la implementación de los acuerdos de paz se mueve por un camino tortuoso. Los determinantes “políticos” de la salud son los fenómenos menos comprendidos y estudiados. El análisis de cómo se toman las decisiones, quién asume las responsabilidades, qué intereses e influencias subyacen en el acto decisorio y qué criterios se utilizan para definir la inversión y las prioridades en salud todos ellos en la actualidad deben ser y son objeto de estudio (47).

Atendiendo el mandato de “salud en todas las políticas” propuesto en la octava conferencia de PS (23), se convoca, en esta reflexión, al diálogo y sinergia de las políticas públicas nacionales para lograr el cometido de la PS, influir efectivamente frente a los Determinantes Sociales de la Salud y promocionar los prerequisites para la salud proclamados en la Carta de Ottawa. Las medidas nacionales no han contribuido a resolver situaciones cuestionables medulares del país, principalmente las relacionadas con la distribución de la riqueza, la renta y problemas ambientales. La ausencia de decisiones también muestra un panorama de negligencia estatal.

Colombia es un país de contradicciones de Estado; por un lado, persiste la violencia, la inequidad y la pobreza;

pero, por otro, permanece el uso de las leyes para ordenar la sociedad. No obstante, y a pesar de sus contradicciones, se han generado Políticas Públicas Saludables (PPS) bajo la cobertura de los derechos y libertades otorgados por la Carta Magna, la Constitución de 1991. Si bien se argumenta, y con razón, que después de la promulgación de la carta no ha habido una real transformación social en beneficio de la ciudadanía colombiana, principalmente para las poblaciones más necesitadas, marginadas y vulnerables, también se ve con benevolencia el espacio democrático que se encuentra abierto para la toma de decisiones que puedan promover la salud en escenarios específicos.

Comunidades y gestores de las PPS no han perdido la esperanza. Ya sea como representantes y actores de sectores, cuyas funciones y según la visión de sus organizaciones tienen a su cargo la hechura de PPS o en el espacio de las comunidades, quienes, a través de difíciles procesos de movilización y participación social identifican los problemas e intentan llegar a la agenda política; todos en conjunto han mantenido un espíritu de construir un mejor país.

Los esfuerzos, no siempre exitosos, del sector salud para gestionar en conjunto e intersectorialmente las PPS se entienden bajo el presupuesto de que “el sector sanitario no puede por sí mismo proporcionar las condiciones previas ni asegurar las perspectivas favorables para la salud; la promoción de la salud exige la acción coordinada de los gobiernos, sectores sanitarios, sociales y económicos, las organizaciones benéficas, autoridades locales, la industria y los medios de comunicación. Las gentes de todos los medios sociales, individuos, familias y comunidades, los grupos sociales y profesionales y el personal sanitario a quienes les corresponde especialmente asumir la responsabilidad de actuar como mediadores entre los intereses antagónicos y a favor de la salud” (48).

A pesar de que la PS y la APS y la directriz adoptada de abordar el modelo de determinantes sociales de la salud (DSS) se han presentado como indicativo de real importancia en las políticas públicas en salud en Colombia, su materialización y operativización, en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), han tenido y siguen manteniendo retos importantes por superar ♣

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Salud y Bienestar Social Canadá. Asociación Canadiense de Salud Pública. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud Ottawa 1986. Ottawa; 1986.
2. Organización Panamericana de la Salud. Renovando la promoción de la salud en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. Washington: OPS; [cited 2019 Marzo 12]. <https://bit.ly/2LLJDXb>.
3. Restrepo H. Agenda para la acción en Promoción de la Salud. In E-Restrepo H, Málaga H, editors. Promoción de la Salud: como construir vida saludable. Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 2001. pp.34.
4. E, Restrepo H. Conceptos y definiciones. In Restrepo H, Málaga H. Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable. Bogotá: Editorial Médica Internacional; 2002. pp. 37-38.
5. Vallés JM. ¿Qué es política? In: Ciencia Política. Una Introducción. 8th ed. Barcelona: Editorial Planeta S.A.; 2011. p. 17-28.
6. Vallés JM. ¿Qué es poder político? In Ciencia Política. Una Introducción. 8th ed. Barcelona: Editorial Planeta S.A.; 2011. p. 31-43.
7. Alviar-García H, Lemaitre-Ripoll J, Perafán-Liévano B. Constitución y Democracia en Movimiento. Bogotá, D.C.: Ediciones UniAndes; 2016.
8. República de Colombia. Artículo 1. In Constitución Política de Colombia; 1991.
9. Alviar-García H. La distribución de los recursos y la función del Estado. In: Alviar-García H, Lemaitre-Ripoll J, Perafán-Liévano B, editors. Constitución y democracia en movimiento. Bogotá D.C.: Ediciones Uniandes ; 2016.
10. OMS/OPS. Declaración de la conferencia Internacional de promoción de la salud [Internet]. Bogotá; 1992 [cited 2021 Jun 21]. <https://bit.ly/cKME>.
11. Lemaitre-Ripoll J. El origen de la Constitución de 1991: la reforma institucional como respuesta a la “presente crisis”. In Alviar-García H, Lemaitre-Ripoll J, Perafán-Liévano B, editors. Constitución y democracia en movimiento. Bogotá: Ediciones Uniandes; 2016.
12. Jorge-Garay L. Composición y estructura económica colombiana modelos económicos de la industrialización colombiana. In: Gara LJ. Colombia: estructura industrial e internacionalización 1967-1996. Bogotá: Banco de la República; 1998.
13. Castro-Castro J. Descentralización: en vez de desmontarla hay que salvarla. In Descentralización, Gobernabilidad y Salud Pública. Bogotá D.C.: Cuadernos de Doctorado. Universidad Nacional de Colombia; 2007.
14. Sánchez-Torres R. Desigualdad del ingreso en Colombia: Un estudio por departamentos. Cuadernos de Economía. 2017; 36(72). <https://doi.org/10.15446/cuad.econ.v36n72.65880>.
15. Agudelo-Calderón C. Promoción de la Salud en Colombia: ¿por qué y para qué? In: Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Bogotá; 1992.
16. Cerqueira M. Reflexión sobre la búsqueda de evidencia de efectividad de la promoción de la salud en las Américas. In: OPS. Evaluación de la promoción de la salud. Principios y perspectivas. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2007.
17. WHO. Second International Conference on Health Promotion. Adelaide: WHO; 1988.
18. WHO. Third International Conference on Health Promotion. Sundsvall: WHO; 1991.
19. WHO. The Fourth International Conference on Health Promotion: New Players for a New Era - Leading Health Promotion into the 21st Century, meeting. Jakarta: WHO; 1997.
20. WHO. Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud Promoción de la salud: hacia una mayor equidad. Ciudad de México: WHO; 2000.
21. WHO. Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado. Bangkok: WHO; 2005.
22. WHO. 7th Global Conference on Health Promotion. Nairobi: WHO; 2009.
23. WHO/Ministerio de Asuntos Sociales y Salud F. La 8va Conferencia Global sobre Promoción de la Salud. Helsinki: Helsinki; 2013.
24. World Health Organization. Promoting health in the SDGs. Report on the 9th Global conference for health promotion: all for health, health for all, Shanghai, China, 21–24 November 2016. Geneva: WHO; 2017.
25. Málaga H, Latorre M, Cárdenas J, Montiel H, Sampson C, De-Taborda M, et al. Reforma en salud en Colombia. Revista de Salud Pública. 2000;2(3):193-219.
26. Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud. In: Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Salud para Todos; 1978.
27. Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington: OPS; 2007.
28. Goodstadt M, Hyndman B, McQueen D, Potvin L, Rootman I, Springett J. Evaluación en la promoción de la salud: síntesis y recomendaciones. In: Evaluación de la promoción de la salud. Principios y perspectivas. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2007. p. 485-500.

29. Beattie A. Knowledge and control in health promotion: a taste case for social policy and social theory. In: Routledg, editor. *The sociology of health service*. London: Routledge; 1991. pp. 162-202.
30. Eslava J. Repensando la Promoción de la Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Revista de Salud Pública* [Internet]. 2006 [cited 2021 Jun 21]; 8(Suplemento 2): p. 106-115. <https://bityl.co/CkMs>.
31. Jaramillo-Pérez I, 7. Una reconstrucción histórica de la Descentralización en Salud en Colombia. In: *Descentralización, Gobernabilidad y Salud Pública. Cuadernos del Doctorado*. Bogotá: Universidad Nacional en Colombia; 2007.
32. Congreso de Colombia. Ley 1438 de 2011 "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS". Bogotá: República de Colombia; 2011.
33. Hernández-Álvarez M. 25 años de la Ley 100: ¿crisis perpetua? [Internet]. *UN Periódico Digital* [Internet]. 2019 [cited 2021 Jun 21]. <https://bityl.co/CkN5>.
34. Hernández-Flórez L. ¿Desarrolla el MIAS, la Ley Estatutaria en salud? [Online]. 2019 [cited 2019 Mar 6].
35. Cancillería de Colombia. Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera [Internet]. Bogotá: República de Colombia; 2016 [cited 2021 Jun 21].
36. Guareña A. Radiografía de la Desigualdad. Lo que nos dice el último Censo Agropecuario de la Distribución de la Tierra en Colombia [Internet]. *Oxfan Internacional*; 2017 [cited 2021 Jun 21]. <https://bityl.co/CkNf>.
37. Centro Nacional de Memoria Histórica. Los orígenes, las dinámicas y el crecimiento del conflicto armado13. In: *¡Basta Ya! Colombia: Memoria de Guerra y Dignidad*. Re. Bogotá: Pro-Off Set, Editorial S.A.; 2013.
38. Ayala-Diago C. Banrepultural. [Online]. [cited 2018 Junio 1]. <https://bit.ly/3xNhLsi>.
39. Soto-I C. Editorial. In Soto-I C, editor. *Seguimiento y análisis de políticas públicas en Colombia 2016*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia; 2016.
40. Don N. *Glosario de Promoción de la Salud*. Centro Colaborador de Promoción de la Salud, Departamento de Salud Pública y Medicina. Ginebra: Departamento de Salud Pública y Medicina Comunitaria; 1988.
41. Labonté R. *Políticas Públicas Saludables*. In *Conferencia Internacional de Promoción de la Salud*. Santafé de Bogotá; 1992.
42. Defensoría del Pueblo. Informe de seguimiento al cumplimiento del convenio marco de la OMS para el Control del tabaco en Colombia. Bogotá: República de Colombia; 2017.
43. Ministerio de Salud y Protección Social. Reduce consumo de tabaco en Colombia. *Boletín de Prensa*. Report No.: 069 de 201. Bogotá: República de Colombia.
44. De-Leeuw E, Clavier C. Healthy public in all policies. *Health Promotion International*. 2011; 26(S2).
45. De-Leeuw E, Clavier C. Healthy public in all policies. *Health Promotion International*. 2011 Dec;26 Suppl 2:ii237-44. <https://doi.org/10.1093/heapro/dar071>.
46. Muller P. Las políticas públicas entre sectores y territorios. *Innovar* [Internet]. 2000 [cited 2021 Jun 21]; 16(2000). <https://bityl.co/CkNr>.
47. Nieto-Encizo H. Descentralización gobernabilidad y salud pública. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2007.
48. E-Restrepo H. Antecedentes Históricos de la Promoción de la Salud. In: E-Restrepo H, Málaga H, editors. *Promoción de la Salud: como construir vida saludable*. Editorial Médica Panamericana; 2001.